

Rapport akutsjukvården – utmaningar, utvecklingsmål och aktuella insatser

Tobias Carlson, chef Akututvecklingscentrum
Sahlgrenska Universitetssjukhuset
Juli 2018

Diarienummer: SU 2018-03905

Sammanfattning

Sahlgrenska Universitetssjukhuset har under det senaste året genomfört en rad åtgärder för att korta väntetiderna på akuten, vilket gett resultat. Med stöd av en systematisk HTA-analys tar sjukhuset nu nästa steg och förändrar arbetssätt och organisation.

Väntetiderna på akuten är en nationell utmaning för sjukvården. Socialstyrelsen har i flera rapporter redovisat att väntetiderna ökar och att sjukhusen inte når de uppsatta målen för ledtider. Sahlgrenska Universitetssjukhusets mål är att 55 procent av patienterna ska få träffa läkare inom 60 minuter. Det målet har sjukhuset inte lyckats leva upp till, trots hårt arbete av engagerad och kompetent personal. Generellt har akutsjukvården stora utmaningar framför sig: en åldrande och växande befolkning gör att allt fler patienter söker akutsjukvård, och kräver allt mer avancerad vård. Vidare ses för barnsjukvården högre födelsetal, och fler svårt sjuka barn överlever såväl i neonatalperioden som senare under barndomen, med svårare sjukdomstillstånd som följd.

För att vända utvecklingen och kraftigt förkorta väntetiderna och förbättra vården tog sjukhusdirektören på Sahlgrenska Universitetssjukhuset under förra året ett strategiskt beslut att inrätta Akututvecklingscentrum. Uppgiften var att sammanfatta läget inom akutsjukvården och komma med förslag på förbättringsåtgärder.

Det arbete medarbetare och ledning utför på akuterna och inom slutenvården håller en mycket hög medicinsk nivå, både när det gäller att vårda akut sjuka patienter i vardagen och att utveckla akutsjukvården till det bättre. Utvecklingsarbetet rör i första hand akutmottagningarna men även ambulanssjukvården, slutenvården och andra på sjukhuset. Till stöd för utvecklingen har HTA-centrum genomfört en så kallad HTA-analys – en genomgång av tillgänglig forskning om akutsjukvård som legat till grund för en rad åtgärder. Sahlgrenska Universitetssjukhusets strategiska grepp har gett resultat: under det senaste året har akutsjukvårdens ledtider förbättrats kraftigt.

Denna rapport är en del av Akututvecklingscentrums återrapportering till sjukhusledningen.

Bakgrund och uppdrag

Sjukvårdens främsta resurs är personalen. Akutsjukvården inom Sahlgrenska Universitetssjukhuset bemannas av kompetenta och engagerade medarbetare som dagligen hanterar svåra medicinska och etiska frågor i en krävande miljö.

Akutsjukvården vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset befinner sig i en period av snabb utveckling. Antalet patienter som söker vård ökar och är i behov av mer avancerad sjukvård. En åldrande befolkning ställer stora krav på akutsjukvårdens personal, vad gäller det dagliga arbetet men också på arbetet med att förändra och utveckla verksamheten. Samtidigt är kvaliteten på akutsjukvården mycket god och personalen utför ett svårt arbete på ett beundransvärt sätt – vi har en akutsjukvård att vara stolta över (men inte nöjda med).

Sahlgrenska Universitetssjukhuset har i flera år haft för långa ledtider på akutmottagningarna. I Socialstyrelsens rapport *Tillgänglighet i hälso- och sjukvården* från februari 2018 framgår att väntetiderna vid landets akutmottagningar ökar i hela landet. Mediantiden som en patient som söker akut vård tillbringar på akutmottagningen ökade med sju minuter jämfört med mätningen juli 2015-juni 2016. Enligt rapporten vistas hälften av patienterna tre timmar och 30 minuter eller mer på akutmottagningen. Den tid patienten fick vänta på att få träffa en läkare på akuten varierade också stort över landet, där rikets medianväntetid låg på 61 minuter. Sahlgrenska Universitetssjukhuset hörde i jämförelsen till de tre sjukhus med längst medianvistelsetid i landet.

Sahlgrenska Universitetssjukhuset har under många år arbetat mycket aktivt med att utveckla tillgänglighet och kvalitet, både lokalt och sjukhusövergripande. Under samma tid har dock antalet sökande ökat kraftigt, vilket är en förklaring till att tillgängligheten inte har ökat – trots att förbättringsåtgärder genomförts.

För att förbättra ledtiderna och systematiskt förbättra och utveckla sjukvården på Sahlgrenska Universitetssjukhusets akutmottagningar fattade sjukhusdirektören den 17 maj 2017 beslut om att inrätta ett övergripande Akututvecklingscentrum på sjukhuset. Centret fick i uppdrag att:

- Samordna och effektivisera utvecklingsarbetet inom akutsjukvården mellan sjukhustomterna och över områdes- och verksamhetsområdesgränser.
- Fokusområden i korta perspektivet:
 - Hantera det ökade inflödet, framför allt i relation till andra vårdgivare och andra vårdnivåer (framför allt primärvård och kommunal sjukvård)
 - Effektivisera akutmottagningarnas interna arbete med bland annat planstyrt arbete, högre beslutskompetens och nya arbetssätt.
 - Stärka akutsjukvårdens unika medicinska profil och kompetens.
 - Förbättra tillgången till slutenvård för de patienter som behöver det.
- Strategiska fokusområden på längre sikt:
 - Utredda en eventuell ny organisationsform för akutsjukvården på Sahlgrenska Universitetssjukhuset som bättre stödjer tillgänglighet, samordning och utveckling.

- Tillse att akutsjukvården har en adekvat kompetensförsörjningsplan.
- Stärka forskning och undervisning i akutsjukvård.
- Akututvecklingscentrum har sedan det bildades bidragit med beslutsunderlag och genomfört åtgärder inom- och tillsammans med - samtliga akutmottagningar på Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

Denna rapport har tagits fram inom ramen för Akututvecklingscentrums uppdrag och utgör en del i beslutsunderlag och för sjukhusets fortsatta arbete med att förbättra sjukvården på Sahlgrenska Universitetssjukhusets akutmottagningar.

Vad är akutsjukvård?

Akutsjukvårdens historia

Akutsjukvård som medicinskt fält är en relativt ung företeelse internationellt och dess historia kan huvudsakligen spåras till USA. Innan 60- och 70-talet bemannades akutmottagningarna i USA framför allt av läkare från sjukhusens avdelningar samt av allmänläkare, alla i någon form av rotationstjänst och tidigt i sin karriär. Under åren utvecklades det unika fältet akutsjukvård, parallellt med att de medicinska möjligheterna ökade. Detta var till del en utveckling som stammade ur krigssjukvården från framförallt Korea och Vietnam. Kraven på adekvat tidigt omhändertagande ökade också, speciellt från veteranföreningar, som kände till hur ett gott akut- och traumaomhändertagande kunde se ut. 1979 blev Emergency Medicine en egen specialitet i USA. Under 90-talet expanderade specialiteten kraftigt, till stor del på grund av att försäkringsindustrin fick upp ögonen för de medicinska vinsterna med akutsjukvårdskompetensen men sannolikt också på grund av en stark kulturell drivkraft (både mot allmänheten och professionen) i och med TV-serien Cityakuten. I dag är Emergency Medicine en väletablerad medicinsk specialitet såväl kliniskt som undervisnings- och forskningsmässigt i den anglo-amerikanska världen, medan den i många andra länder fortfarande är i sin linda.

Akutsjukvården i Sverige har en delvis annan historia. Här har akutmottagningarna under många år levt kvar i en gammal struktur som inskrivningsplats till slutenvården (det så kallade ”intaget”), bemannad med läkare från andra medicinska fält och med en mycket hög andel utbildningsläkare. Detta trots en medicinsk, teknisk och organisatorisk utveckling som ställer högre krav på den tidiga diagnostiken och behandlingen. 1999 bildades Svensk förening för akutsjukvård (Swedish Society for Emergency Medicine, SWESEM) och var initialt en sektion inom Svensk internmedicinsk förening. Insikten om att akutsjukvård var ett eget kompetensområde ledde bland annat till att:

- SWESEM blev en självständig förening 2002.
- Den första målbeskrivningen för specialistutbildningen skapades.
- 2008 blev akutsjukvård en tilläggspecialitet, för att 2015 bli en basspecialitet.

I dag är akutsjukvård en av de snabbast växande specialiteterna med aktiv utbildning och pågående forskning. Med tanke på det stora kliniska fältet och den mängd patienter som berörs av akutsjukvård kommer akutsjukvårdsspecialiteten att vara under uppbyggnad under många år framåt.

Akutsjukvårdskompetens

Specialiteten akutsjukvård karaktäriseras av handläggning av alla akuta sjukdomstillstånd och olycksfall, i alla åldrar, under begränsad tid och med tillgängliga resurser. Akutsjukvården innefattar larmfunktion, prehospitalt omhändertagande och handläggning på akutenhet.

Kompetensområdet omfattar

- värdering av risken kontra nyttan med olika handläggnings- alternativ ur ett medicinskt, logistiskt och etiskt perspektiv samt ur ett patientsäkerhetsperspektiv, och
- ledning och prioritering av vårdinsatser såväl för den enskilda patienten som för akutenheten som helhet, inklusive arbetsledning i situationer där det akuta vårdbehovet överstiger tillgängliga resurser.

Samverkan med andra specialiteter och professioner inom hälso- och sjukvårdens organisation är viktigt för kompetensområdet.

Inom akutsjukvården fattas viktiga beslut på kort tid med begränsat underlag, många patienter ska tas omhand samtidigt och det finns ett ansvar även för de patienter som står näst på tur. Besluten måste därför anpassas för att nå god balans mellan över- och underbehandling. Kompetensen behöver vara generalistisk, väga tungt på den kliniska bedömningen och ha djup förståelse för patientens behov även utanför det rent medicinska.

Akutsjukvårdens uppdrag

Akutsjukvårdens medicinska och organisatoriska uppdrag har inte varit tydligt definierat, som en följd av den successiva framväxten. En sådan definition är önskvärd av flera skäl, dels för att kunna utveckla kompetensområdet, dels för att kunna utföra kärnuppdraget. En definition av området är också viktig för att säkra tillgängligheten av högkvalitativ och likvärdig akutsjukvård när sjukvården i landet utvecklas, genom så kallad nivåstrukturerings och koncentration av vård. Den 1 juli i år började lagen om nationell högspecialiserad vård att gälla. Den innebär att den högspecialiserade vården ska koncentreras till ett fåtal sjukhus i landet, och under de närmaste åren ska nu Socialstyrelsen undersöka vilka effekter denna nivåstrukturerings får för akutsjukvården. Arbetet med att definiera akutsjukvårdens medicinska och organisatoriska uppdrag pågår också inom akutsjukvårdens egen organisation SWESEM, samt inom ramen för den nya kunskapsorganisationen Nationellt programområde för akut vård.

Västra Götalandsregion har formulerat de sjukhusbundna akutmottagningarnas uppdrag enligt följande:

- *Patienter med plötsligt inträdande eller hastigt förlöpande sjukdom eller skada som kräver omedelbar bedömning eller åtgärd för att inte tillståndet skall utvecklas på ett farligt sätt.*
- *Akutsjukvårdens arena är prehospital, sjukhusbunden akutmottagning och akut odifferentierad slutenvård.*
- *Akutsjukvårdens uppdrag omfattar i enlighet härmed åtgärder som inte kan vänta eller inte bör vänta mer än timmar eller högst upp till ett dygn, men också att hänvisa övriga patienter till rätt vårdnivå och instans.*

Detta kan förkortas med formuleringen: ”Akutmottagningen ska ta hand om patienter där det är både bråttom och potentiellt farligt, men också hjälpa övriga patienter till rätt vårdnivå.”

Akutsjukvård eller akutmottagning

Akutsjukvård har traditionellt setts som något som endast bedrivs inom akutmottagningens väggar. Ett mer modernt synsätt är att akutsjukvård är ett medicinskt behov i ett tids- och rumsmässigt flöde och en kompetens som behöver matcha detta behov. Det betyder i praktiken en utveckling som går ifrån att akutsjukvård endast praktiseras på akutmottagningen till att samma principer och kompetenser gäller i hela vårdkedjan, från telefonrådgivning, ambulansdirigering och prehospitalvård till akutmottagning.

Ledtider och kvalitetsmått

Västra Götalandsregionen har sedan ett antal år leddidsmål satta för akutmottagningarna. De kan för Sahlgrenska Universitetssjukhuset enklast formuleras i att:

- 55 procent av alla patienter ska träffa läkare inom en timme.
- 90 procent av alla patienter som söker ska ha lämnat akutmottagningen inom fyra timmar.

Målen uppkomst kan spåras till Storbritannien som införde ett fyratimmarsmål tidigt på 2000-talet. Detta medförde en kraftig satsning på akutsjukvården, även om det också höjdes kritiska röster som ansåg att målen ensidigt fokuserade på tid som enda kvalitetsfaktor. Detta ledde i sin tur till att National Health Service (NHS) utvecklade en palett av mått och mål för att täcka fler aspekter av akutsjukvården, till exempel andelen ”oplanerat åter inom 72 timmar” (patienter som kommer tillbaka till akuten inom 72 timmar utan att det har varit överenskommet), patientnöjdhet, undvikbar slutenvård, med flera.

Sahlgrenska Universitetssjukhuset följer också flera mål och mått för akutsjukvården:

- **Tid till triage**
 - Tiden från att en patient söker vård på akuten tills första vårdkontakt – oftast en sjuksköterska – och riskvärdering/triage initieras.
 - Det är en viktig parameter då det är först då vårdpersonalen får reda på varför patienten söker vård och hur bråttom det är.
 - Målet är 90 procent inom 10 minuter.
- **Tid till läkare**
 - Tiden det tar innan patienten träffar en läkare (för dem som behöver träffa läkare). Ett mått som är viktigt ur både kvalitets- och säkerhetssynpunkt.
 - Det regionala målet är 55 procent inom 60 minuter men Sahlgrenska Universitetssjukhuset följer och driver också en succesiv ökning av *antalet* patienter inom 60 minuter månad till månad.
- **Total vistelsetid (både antal och andel inom fyra timmar)**
 - Tiden från det att patienten ankommer fysiskt till akuten (tar nummerlapp eller kommer in med ambulans) och fysiskt lämnar akutmottagningen (antingen till avdelning eller hem).
 - Det regionala målet är 90 procent inom 4 timmar men Sahlgrenska Universitetssjukhuset följer och driver också en succesiv ökning av *antalet* patienter inom 4 timmar månad till månad.
- **Tid till läkare för högprioriterade patienter**

- Det är av särskild vikt att de patienter som har högst risk har så kort tid som möjligt innan läkarbedömning.
- **Oplanerat åter inom 72 timmar**
 - Patienter som går hem från akuten men som kommer åter inom 72 timmar utan att det är bestämt att de skall komma (något som exempelvis förekommer i samband med röntgenundersökningar).
 - Målet är att ligga mellan 1 och 5 procent (under 1 procent indikerar att patienter överbehandlas med till exempel antibiotika, över 5 procent kan indikera underbehandling men också bristande information).
- **Patientnöjdhet**
 - Vi mäter patientnöjdhet varje månad med en hel panel av frågor kring bemötande, information, nöjdhet med vården, medmera.
 - Det övergripande målet är att bemötandet upplevs som utmärkt, mycket bra eller bra av mer än 95 procent av de svarande.
- **Tid till avdelning för de patienter som skall läggas in**
 - Den tid det tar från att ett beslut om att lägga in en patient på sjukhuset är fattat, all administration avklarad, och patienten fått plats på en avdelning, till dess att patienten anländer till avdelningen. Måttet är viktigt för patientsäkerheten då dessa patienter inte får bästa möjliga omvårdnad på akuten, samt att de bidrar till crowding¹.

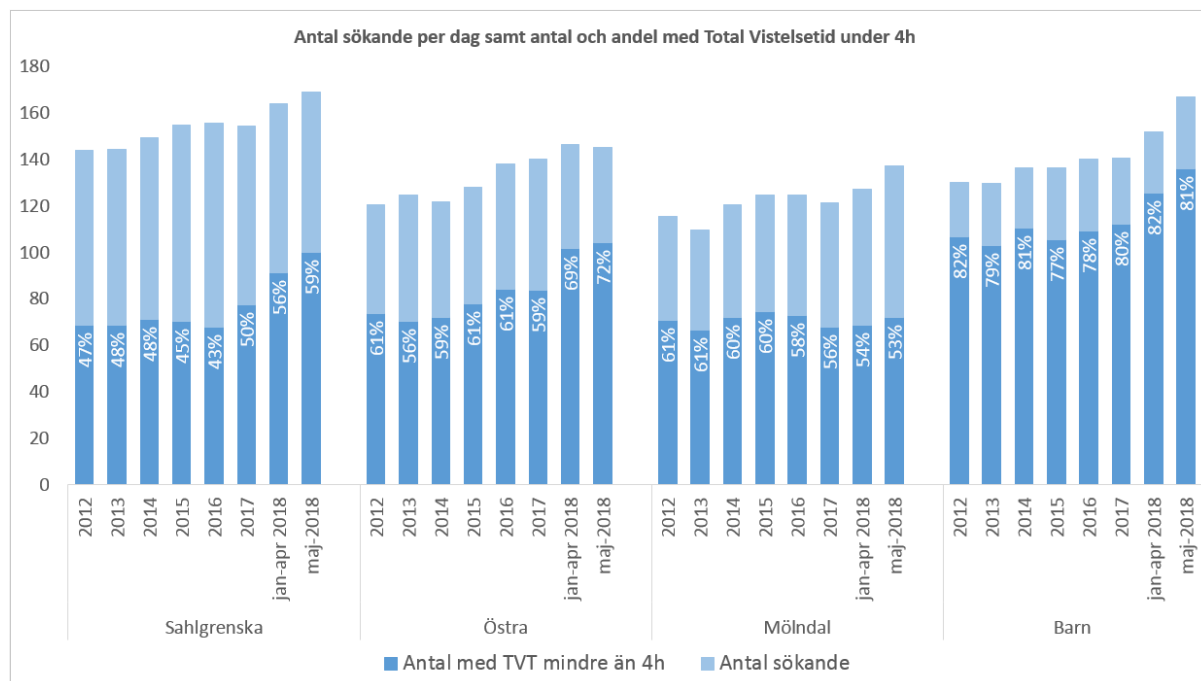
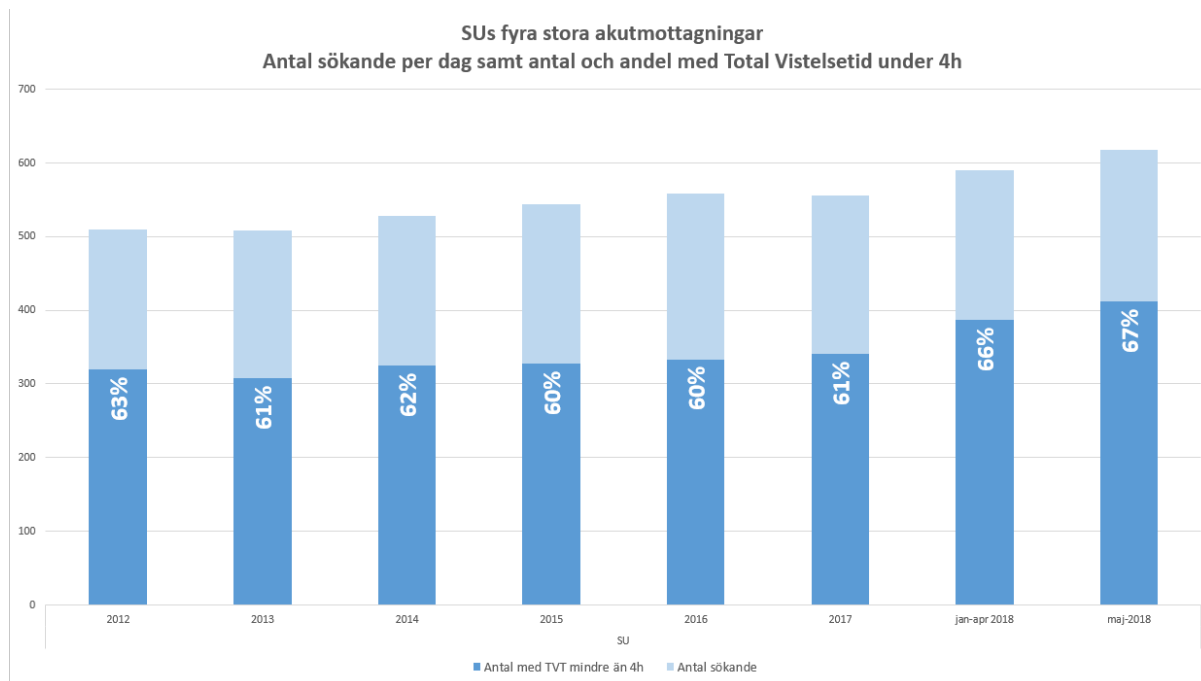
Framtida kvalitetsmått

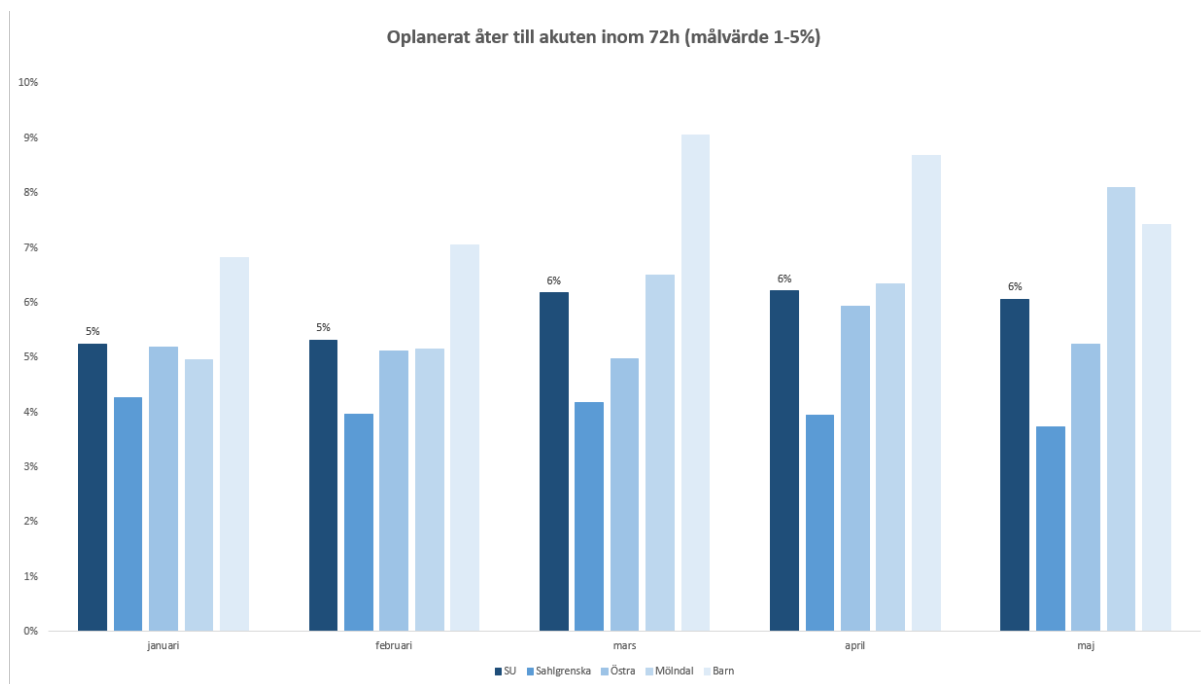
Det är komplext att skapa relevanta medicinska kvalitetsmått för en verksamhet som omfattar allt från små barn till multisjuka äldre, från enkla medicinska åkommor till multitrauma och komplexa utredningsfall. Tidsmåtten är de traditionellt mest använda kvalitetsparametrarna, dels för att de är lätta att mäta, dels för att de har en medicinsk relevans som bidrar till upplevd kvalitet och dessutom är en tydlig indikator på hur det akuta sjukvårdssystemet fungerar, både organisatoriskt och kompetensmässigt. Sahlgrenska Universitetssjukhuset ser behov av att fortsätta utveckla mått och mål ytterligare, framför allt för att mäta medicinsk kvalitet.

¹ Crowding beskriver det som sker när akutsjukvårdens kapacitet överskrids, antingen genom att antalet patienter är fler än sjukvården är dimensionerad för, eller om deras samlade sjuklighet är större. Crowding är ett patientsäkerhets- och arbetsmiljöproblem och det är därför av stor vikt att försöka minska crowdingen. För att åtgärda problemet är det allra viktigast att minska tiden till slutenvårdsplats för de patienter som skall läggas in, så att dessa patienter inte ligger kvar på akuten.

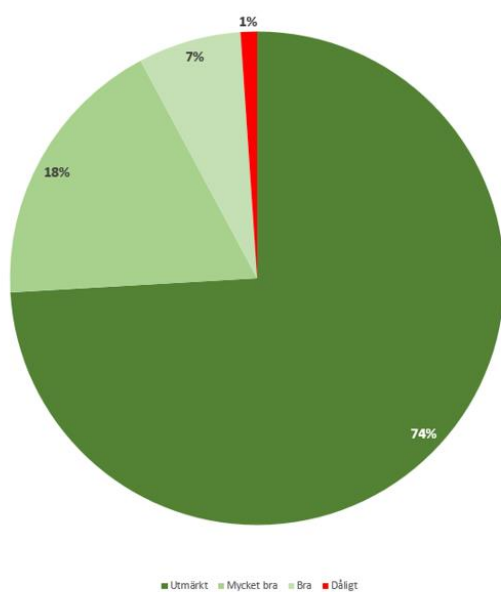
Resultat

Nedan följer ett urval av Sahlgrenska Universitetssjukhusets resultat för akutsjukvården per sista maj 2018 där man även kan följa utveckling över tid.

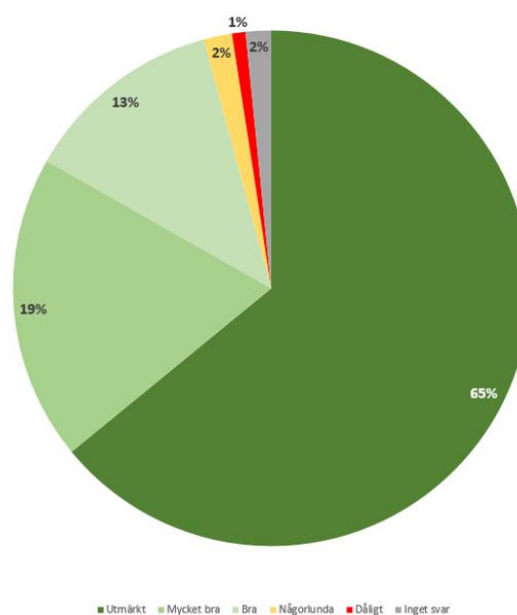




Patientnöjdhet med bemötande jan-maj 2018



Patientnöjdhet med vården som helhet jan-maj 2018



Ett år i siffror

Akutsjukvården är en omfattande verksamhet. Nedan följer siffror som beskriver en del av den vård som bedrivits inom akutsjukvården på Sahlgrenska Universitetssjukhuset under 2017:

Under 2017 sökte 202 695 patienter någon av Sahlgrenska Universitetssjukhusets fyra stora akutmottagningar (Östra, Sahlgrenska, Mölndal och Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus), att jämföra med 171 471 patienter 2010 (en ökning med 18 procent).

Av dessa sökte cirka 159 254 själva via vår entré, 42 482 kom med ambulans eller ambulanshelikopter och 1 014 med polishandräckning.

Besöken fördelades så här på respektive akutmottagning:

Sahlgrenska Universitetssjukhuset:	56 280
Östra sjukhuset:	51 189
Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus:	51 036
Mölnadalssjukhus:	44 190

Den enskilda dag som flest patienter sökte akutsjukvård var den 2 maj, då 706 patienter sökte vård.

6 835 (3,4 procent) patienter kom som larmpatienter, det vill säga kritiskt sjuka eller skadade (prio röd).

124 338 av 202 695 patienter hade lämnat akutmottagningen inom 4 timmar.

Det utfördes över 75 000 röntgenundersökningar (varav cirka 1/3 var för ortopediska skador) och det togs och analyserades mer än 600 000 blodprover.

39 723 patienter lades in på någon av Sahlgrenska Universitetssjukhusets slutenvårdsavdelningar för fortsatt inneliggande vård och 34 procent av dessa fick en vårdplats inom 30 minuter efter att inläggningsbeslutet var färdigt.

Av de dryga 200 000 patienterna var 17 000 under 2 års ålder och 21 000 var över 80 år.

Omsorgskoordinatorena träffade och hjälpte mer än 4 000 sköra äldre.

Cirka 10000 patienter hänvisades till eller bokades in hos primärvården och cirka 2000 gick till annan akutmottagning inom Sahlgrenska Universitetssjukhuset (exempelvis gynekologisk akutmottagning)

Drygt 150 000 patienter utreddes och färdigbehandlades på akutmottagningarna.

Akutsjukvårdens utveckling

Akutsjukvården vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset är generellt sett välfungerande och erbjuder en god vård. Dock har sjukhuset utmaningar som adresseras på olika sätt. Akutsjukvården är en komplex verksamhet med ett stort antal patienter med olika medicinska behov samt en stor mängd olika kontaktytor (prehospitalvård, 1177, primärvården, radiologi, en mängd olika slutenvårdsenheter och specialiteter). Således finns inte en lösning som hanterar alla problem samtidigt utan utmaningarna kräver en palett av åtgärder. Systematiken i hur akutsjukvården bör utvecklas skiljer sig åt mellan olika akutmottagningar och sjukhus beroende på storlek, typ av patienter (case-mix), kompetensnivå, var i utvecklingen sjukhuset befinner sig, tillgången till slutenvårdsplatser, specialiteter på sjukhuset med mera.

Sahlgrenska Universitetssjukhuset arbetar systematiskt utifrån tre axlar för utvecklingen.

- Flödesaxeln:

- Inflöde
 - Handlar om hur sjukhuset hjälper patienter att söka på rätt vårdnivå så att deras problem tas om hand av rätt kompetens och i rätt tid.
 - Exempel på detta är att snabbt ge egenvård men även att lotsa vissa patienter till vårdcentral eller jourcentral.
- Genomflöde
 - Handlar om att organisera sjukhusets eget arbete för att göra det så effektivt som möjligt.
 - Exempel på detta är:
 - Stream-team
 - Teamarbete
 - Planstyrt arbete
- Utföde
 - Handlar om hur vi ser till att patienter i behov av slutenvård får en så korrekt slutenvårdsplacering som möjligt så snabbt som möjligt.
- Kompetensaxeln
 - Beskriver hur vi bygger upp kompetens i akutsjukvård.
 - Exempel på detta är utbildning av akutläkare och behandlingssjuksköterskor.
 - Andra exempel är behandlingsriktlinjer utformade just för akutsjukvårdens särskilda förutsättningar samt inrättande av överläkarfunktion på akuten (ledningsläkare).
- Strategiska axeln
 - Beskriver de mer långsiktiga utvecklingsstegen för akutsjukvården.
 - Exempel på detta är IT-utveckling, organisatoriska frågor samt forskning inom akutsjukvård.

Kompetensuppbyggnad

Över tid ska Sahlgrenska Universitetssjukhusets akutsjukvård vara bemannad med fler akutläkare och akutläkarspecialisterna kommer att utgöra akutsjukvårdens ryggrad. Det är en av de viktigaste komponenterna för en förbättrad akutvård, men också den som tar längst tid. Sahlgrenska Universitetssjukhuset har idag fyra specialister i akutsjukvård samt ett 40-tal ST-läkare under specialistutbildning. På kort sikt kommer akutsjukvården till största delen att vara fortsatt bemannad av slutenvårdsspecialiteterna när det gäller läkare. Även i denna grupp behöver kompetensnivån höjas för att minska den skeva fördelningen mellan erfarna och oerfarna läkare, framför allt av patientsäkerhetsskäl, men också för att utbildningen för oerfarna läkare ska bli bättre. Parallellt med den generella kompetensutvecklingen arbetar sjukhuset med skriftliga beslutsstöd för stora symptom- och sjukdomsgrupper. Under uppbyggnad är även förbättrade introduktionssystem samt riktade handlednings- och undervisningssatsningar för att höja läkargruppens beslutskompetens och förståelse för flöden.

Akutsjukvård som särskilt kompetensområde gäller naturligtvis inte enbart för läkargruppen utan i lika hög grad för alla yrkeskategorier som arbetar med dessa patienter. Behovet är stort av interna utbildningar samt formell vidareutbildning inom akutsjukvård. Detta är en fråga som påverkar såväl vårdkvalitet som sjukhusets möjligheter att rekrytera och behålla medarbetare.

Workshifting

Alla medarbetare på Sahlgrenska Universitetssjukhuset ska arbeta på toppen av sin kompetens. Därför behöver chefer och medarbetare hela tiden arbeta tillsammans för att se över vem som utför vilka arbetsuppgifter bäst, om någon annan utför vissa uppgifter bättre, samt vilken utbildning som behövs för att kunna uppnå detta. Inom akutsjukvården på Sahlgrenska Universitetssjukhuset finns flera exempel på workshifting:

- Kanslisterna som hanterar in- och utskrivning och andra administrativa sysslor bättre och mer effektivt än vårdpersonal.
- Behandlingssjuksköterskor som efter särskild utbildning tar över vissa traditionella läkaruppgifter som till exempel sårsuturering, bedömning av lättare hjärnskakningar, bedömning av misstänkt propp i benet med mera.

Prioritering och segmentering

- **Triage**
 - Triage beskriver en initial riskvärdering, oftast utförd av sjuksköterska, för att bedöma vilka patienter som av medicinska skäl först behöver träffa läkare. På Sahlgrenska Universitetssjukhuset används för närvarande ett strukturerat system för detta (RETTS) som delar upp patienterna i fem risk-kategorier (röd-orange-gul-grön-blå).
 - Kopplat till triage finns även en mängd åtgärder, till exempel hänvisning till annan vårdnivå, provtagning på utvalda grupper, val av lämpligt team/specialitet (segmentering).
- **Primär teambedömning**
 - Kallas ibland för ”läkartriage”, vilket egentligen är en felaktig benämning, eftersom begreppet triage ursprungligen beskriver en process för hur patienter bedöms innan de träffar läkare. Primär teambedömning beskriver en modell där en erfaren läkare möter patienten längst fram i flödet för att så tidigt som möjligt fatta strategiska beslut och vid behov initiera undersökningar och/eller behandlingar.
- **Teamarbete**
 - Arbetet på akutmottagningen bedrivs i små team (oftast bestående av en läkare, en sjuksköterska och en undersköterska, men det varierar beroende på behov och patientsammansättning).
 - Teamarbetets fördelar är:
 - Kortare rapportvägar.
 - En mindre andel patienter som teamet ansvarar för, därigenom uppstår en bättre kommunikation och ett bättre ansvar för patientgruppen.
 - Teamets olika kompetenser kompletterar varandra.
- **Planstyrt arbete**
 - En formalisering av hur arbetet bedrivs på akuten för de patienter som genomgår undersökning och/eller behandling. Beskriver vad som skall göras och hur resultatet skall följas upp samt att informationen når fram till alla som behöver den.
 - För att planstyrt arbete skall vara uppfyllt krävs följande:
 - En aktivitet (till exempel en röntgenundersökning) skall vara beslutad
 - Aktiviteten skall ha relevans för den *akuta* bedömningen

- Det skall vara bestämt vad som skall göras efter aktiviteten och av vem (till exempel: om röntgen är bra skall teamets sjuksköterska skicka hem patienten, om den till exempel visar en fraktur skall läkaren behandla).
 - Som stöd för detta är akutjournalen utformad efter planstyrt arbete
- **Lab och röntgen**
 - Hur lab och röntgen utnyttjas är centralt för akutsjukvården.
 - Huvudregeln är att det skall användas för att ställa skarpa frågor (i motsats till screening) och ge svar som vägleder i den akuta processen.
 - Parallellt med detta behöver flödena optimeras så att det går så snabbt som möjligt.
- **Tillgång till slutenvård**
 - En stor och mycket viktig fråga för akutsjukvården är att patienter som behöver slutenvård kommer till rätt avdelning så snabbt som möjligt. Således påverkas akutsjukvården hela tiden av beläggningssituationen, den elektiva vården, andra akuta flöden till slutenvården samt processen på avdelningen rörande vårdtid och utskrivningstid.
- **Sköra äldre**
 - En växande grupp med särskilda behov som sjukvården behöver satsa mer på.
 - Det gäller både hur sjukhuset riskvärderar och prioriterar, vilken vård och omvårdnad de sköra äldre får på akuten, hur kommunikationen med den kommunala vården ser ut, samt att sköra äldre får tillgång till slutenvård så snabbt som möjligt när de så behöver.
- **Arbetsmiljö och uthållighet**
 - När akutsjukvården växer och kraven höjs är arbetsmiljön viktig, för att behålla personalen och deras kompetens.
 - Faktorer att ta in är utbildning och fortbildning, en arbetsbelastning som ligger som tyngst under kvällar och helger, personlig säkerhet, möjlighet till personlig utveckling och karriär.
- **Observationsenheter/ITVA/CDU**
 - Detta beskriver enheter anpassade för patienter med förväntad kort vårdtid och internationellt är detta ett fält som växer inom ramen för det som kallas ”observational medicine”.

Åtgärder på Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Sahlgrenska Universitetssjukhuset arbetar med att reducera ledtider och öka kvaliteten inom akutsjukvården. Utifrån en genomförd HTA-analys (se nedan) och med beslutsunderlag från en genomförd pilot på Östras akutmottagning fattade sjukhusdirektören den 2 mars 2018 ett verkställighetsbeslut om åtgärder för förstärkt kompetensnivå inom akutsjukvården på Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Under 2018 genomförs beslutet på samtliga akutmottagningar, vilket kommer att höja läkarkompetensen och den medicinska kvaliteten, samt väntas bidra till kortare ledtider.

Exempel på andra arbeten som pågår:

- Hänvisning till adekvat vårdnivå (till exempel jourcentral).
- Uppbyggnad av samarbete med Närakuten Östra sjukhuset för bättre utnyttjande av rätt vårdnivå.
- Stream-team för snabbare handläggning av patienter med låg risk och förväntat kort handläggningstid på akutmottagningen.
- Behandlingssköterskor.
- Omvårdnadscoordinatorer.
- Införande av teamarbete och planstyrt arbete.
- Skriftliga besluts- och behandlingsstöd.
- Ökad tillgång till slutenvårdsplatser.
- Akutläkarutbildning.

Planerade åtgärder:

- Uppbyggnad av ITVA/Observationsenheter för patienter med förväntad kort vårdtid (under 24 timmar).
- Handledning inom beslutsfattande och riskvärdering.
- Fokusering kring röntgenprocessen, både vad gäller indikation och flöden.
- Särskild satsning på sköra äldre på akutmottagningen.
- Förändring av triageringssystemet samt hur vi använder triagering i det dagliga arbetet

Strategiska förändringar för framtiden:

- Utveckling av modernt IT-stöd.
- Fortsatt fokuserad satsning på akutläkaruppbyggnad
- En rad forskningsprojekt kopplade till akutsjukvården.

Utredningar, analyser och litteratur i urval

HTA-analys "Triage for Prioritisation in the Emergency Department"

Som ett led i utvecklingen av akutsjukvården fick HTA-centrum uppdraget att genomföra en HTA-analys kring triage-system och triagemodeller. En HTA-analys syftar till att gå igenom tillgänglig forskning för att få beslutsunderlag om medicinska behandlingar, modeller, eller arbetssätt.

HTA-analysen genomfördes 2017-2018 och granskade över 30 vetenskapliga artiklar.

Sammanfattningsvis konkluderar denna rapport att:

- a) triage i sig kan vara av värde.
- b) medverkan av läkare i triageteamet kan förbättra kliniska utfall och väntetider.
- c) slutsatserna är baserade på ett begränsat vetenskapligt underlag.
- d) jämförelser mellan olika triagesystem var bristfälliga och inget system kunde betraktas som överlägset ett annat.

Hela HTA-analysen finns publicerad [här](#).

Resultaten i HTA-analysen ligger till grund för verkställighetsbeslutet att arbeta med primär teambedömning (läkare i triage) på Sahlgrenska Universitetssjukhuset, samt justering av triagesystem.

Andra sammanfattande utredningar och underlag

Det finns också andra goda exempel i den litteratur som finns tillgänglig kring akutsjukvård.

- American College of Emergency Physicians publicerade 2016 sin rapport ”**Emergency Department Crowding: High Impact Solutions**”, där man listade åtgärder som visat sig effektiva för att minska crowding och därigenom öka tillgången till adekvat akutsjukvård. De viktigaste exemplen i rapporten är:
 - Triage till annan vårdnivå.
 - Primär teamtriage/läkare i triage.
 - Sjuksköterskeinitierade undersökningar.
 - Stream-team för patientgrupper med låg risk och förväntad kort vårdtid på akuten.
 - Behandlingssjuksköterskor.
 - Högre tillgänglighet till lab och röntgen.
 - Moderna IT-stöd.
 - Omvårdnadscoordinatorer.
 - Observationsenheter/ITVA/CDU.
 - Väntan på ledig plats på avdelning istället för på akutmottagning.
 - Platscoordinatorer.
 - Utskrivning från avdelning tidigt på dagen.
- The Care Quality Commission (en fristående kommission som reglerar sjuk- och socialvård i England och sponsras av the Department of Health and Social Care) publicerade i maj 2018 rapporten “**Under pressure - Safely managing increased demand in emergency departments**”
 - I rapporten beskrivs akutsjukvårdens roll i hela hälso- sjuk- och socialsystemet, dess utmaningar inte minst vintertid samt en rad exempel och strategier på hur problemen kan adresseras.
- Department of Health publicerade 2010 “**A&E Clinical Quality Indicators - Implementation guidance**”
 - Här utreds de tids- och kvalitetsparametrar som ligger som underlag för NHS i Storbritannien igenom, både vad gäller metod och orsak till att de existerar.