

### **Beställning**

Kontorsservice

Tel 08-737 49 57; Fax: 08-737 49 59

E-post: [kontorsservice@hsn.sll.se](mailto:kontorsservice@hsn.sll.se)

Postadress: Box 6401, 113 82 Stockholm

Besöksadress: Olivercronas väg 7, bv, Sabbatsbergs sjukhus

Rapporter från Medicinskt Program Arbeter är publicerade på:  
[www.hsn.sll.se/mpa](http://www.hsn.sll.se/mpa)

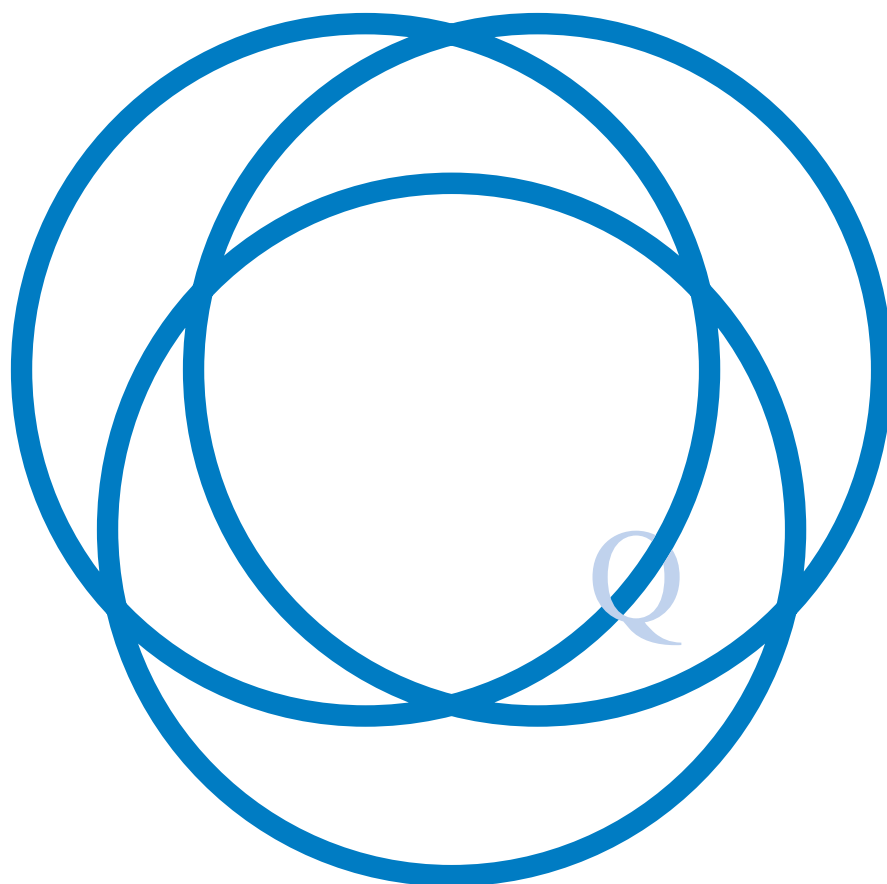


**Stockholms läns landsting**

Beställarkontor vård

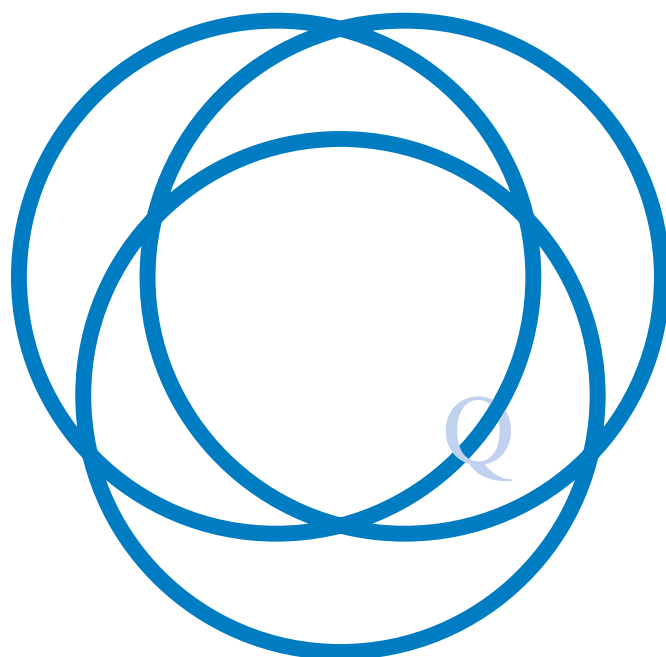
Box 6909, 102 39 Stockholm

Telefon 08-737 25 00. Fax 08-737 48 00



Medicinskt Program Arbete  
Årsrapport 2002  
Programområde  
**Akut omhändertagande**





Medicinskt Program Arbete  
Årsrapport 2002  
Programområde  
**Akut omhändertagande**



**Stockholms läns landsting**  
Beställarkontor vård

## Förord

### Årsrapporterna från det medicinska programarbetet

Det medicinska programarbetet (MPA) har som ett deluppdrag att beskriva tillståndet i vården i Stockholm en gång årligen. Tack vare att projektet involverar 14 medicinska råd, de 60 specialsakkunniga och 14 vårdsakkunniga i Stockholm, har MPA fått möjlighet att täcka hela sjukvårdspanoramats.

Syftet med årsrapporten är att ge lägesbeskrivningar i termer av behov och efterfrågan i relation till dagens utbud och diskussion om morgondagens möjligheter. En beskrivning av nuläget inom SLL, som utgångspunkt för arbetet med att forma morgondagens hälso- och sjukvård.

Den primära målgruppen för denna årsrapport är politiker/ beställare, ägare/producenter, patientorganisationer men även massmedia och allmänhet får tillgång till rapporterna via WEB-nätverket.

Årsrapporten utgör ett basdokument för de 14 programområdena och ligger till grund för framtida uppdateringar vilka tillkommer genom det medicinska programarbetet. Årsrapporten är således början på ett levande dokument om vården där utgångspunkten är beskrivningen av behov, efterfrågan och utbud.

Årsrapporten byggs upp dels från det arbete som gjorts inom respektive programområde under året, dels från beskrivningar från specialsakkunniga om hur tillståndet är inom patientgruppen/specialiteten/omvårdnaden och dels från andra behovsanalyser som tagits fram inom länet. Rapporten bygger således huvudsakligen på de specialsakkunnigas underliggande rapporter och är en summering ur programområdets synvinkel. Därefter ligger denna rapport, tillsammans med övriga 14 rapporter från programområdena och Årsrapporten från arbetet med kvalitetsutveckling till grund för en övergripande sammanställning från Stockholms Medicinska Råd, där generella och viktiga frågeställningarna lyfts fram.

Årsrapporten utgörs av lägesbeskrivningar som grund för de analyser och förslag som görs i fokusrapporter och regionala vårdprogram.

### Årsrapport Akut omhändertagande

Årsrapporten är framtagen av programgruppen för Akut omhändertagande, under ledning av Bo Brismar, Medicinskt Råd och programansvarig.

### Programområdet Akut omhändertagande

Akutmedicin. Intagningsavdelningar. Anestesi. Intensivvård. Katastrofmedicin. Intoxikationer. Sjukvårdupplysning. Sjukvårdstransporter. Trauma/Multitrauma. Brännskador. Prevention.

### Programrådets deltagare:

I föreliggande årsrapport av **Akut omhändertagande** beskrivs behov, efterfrågan och utbud av akut vård i Stockholmsregionen. Hela vårdkedjan från akut insjuknande/skada till omhändertagande diskuteras utifrån dagens situation och med presentation av utvecklingsmöjligheter.

För rapportens innehåll svarar specialister inom de aktuella delområdena (se nedan). Rapporten har sammanställts av Bo Brismar, HS och Sten Holm HSNstaben.

Bo Brismar	Medicinskt Råd; sammankallande
Sten Holm	Sakkunnig i beställarfrågor
Lena Lindén	Medicinsk beställarsakkunnig
Nils-Olov Sandberg	Sakkunnig i primärvårdsfrågor
Pia Essén	SPESAK i anestesi-intensivvård
Elisabet Wennlund	SPESAK i geriatri
Inger Gretzer-Quick	Sakkunnig i medicin
Staffan Törngren	Sakkunnig i kirurgi
Susanne Bergenbrant-Glas	Sakkunnig i ASIH-frågor
Bo Runeson	Sakkunnig i psykiatrifrågor
Kitty Kook Wennberg	Sakkunnig i ambulanssjukvård
Anna Letterstahl	VÅRDSAK
Johanna Sopo-Häggroth	Sakkunnig i kommunal sjukvård
Torbjörn Schultz	Sakkunnig i beställarfrågor
Olle Johansson	Patientföreningen RTP-S

Februari 2003

Bo Brismar  
*Programområde  
Akut Omhändertagande*

Kaj Lindvall  
*Projektledare, MPA*

## Innehåll

Förord .....	1
Innehåll .....	3
Sammanfattning.....	5
Akut omhändertagande.....	5
Översikt över programområdet.....	7
Rapporter .....	8
Definitioner.....	9
Prevention.....	11
Sjukvårdsrådgivning med hänvisning .....	12
Första hjälpen (lekmannainsatser).....	14
Vårdkedjor/Vårdprocesser och koordinatorfunktion.....	14
Akut medicinskt omhändertagande av multisjuka patienter och av äldre patienter med flera diagnoser .....	15
Hemsjukvård, basal via vårdcentral eller via kommunal sjuksköterska på särskilt boende .....	16
Specialicerad hemsjukvård .....	17
Närsjukvårdskonceptet .....	18
Primärvård .....	18
Närakutmottagningar .....	20
Akutsjukhusen .....	21
Ambulanssjukvård .....	24
Statistikbilaga .....	29
Förteckning över rapporter från MPA .....	37



## Sammanfattning

### Akut omhändertagande

Inom SLL finns idag sju akutsjukhus. Sjukhusens uppdrag är otydliga och såväl högspecialiserad vård som bassjukvård utförs vid flera av sjukhusen. Flera aktuella studier vid akutmottagningarna visar att fortfarande är 20-30 % av alla sökande (30 % - 40 % av de som hemsänds) inte i behov av akut omhändertagande vid sjukhus utan skulle ha erhållit lika bra eller bättre omhändertagande inom primärvården. De senaste åren kan ett trendbrott skönjas då antalet akutbesök vid akutmottagningarna endast ökat i måttlig omfattning och prognostiseras år 2002 bli oförändrat eller något lägre än 2001. Utvecklingen kan delvis förklaras av en ökad tillgänglighet vid närakutmottagningar. Samtidigt ökar dock antalet akut inlagda vid sjukhusen framför allt i gruppen äldre än 80 år vilket bl.a. beror på bristande medicinskt stöd inom den kommunal vården.

Om universitetssjukhusens akutmottagningar skulle reserveras för ambulanspatienter och patienter som remitterats eller hänvisats (enligt förslaget i utredningen om ett nytt universitetssjukhus) kan antalet akutbesök vid dessa sjukhus halveras och de akuta vårdtillfällena minska med ca 25 %. Verksamheten vid universitetssjukhusen kan då inriktas mot den högspecialiserade vården samtidigt som huvuddelen av bassjukvården överförs till andra sjukhus.

- Den medicinska och medicintekniska utvecklingen leder till ökade kompetens- och resurskrav inom akutsjukvården (ex vid omhändertagande av strokepatienter)
- En fortsatt strukturförändring av akutsjukvården blir nödvändig med koncentration av den högspecialiserade akutvården och samtidigt en utveckling av närsjukvården
- Närsjukvården skall svara för tillgänglighet och trygghet och bör omfatta följande samlokaliserade komponenter - primärvård, sjukvårdsrådgivning med koordinatorfunktion, specialistmottagningar, närakutmottagning, (geriatriska) vårdplatser, hemsjukvårdsorganisation och specialiserad sjukvård i hemmet (ASIH)
- Genom hög tillgänglighet med korta väntetider såväl vid telefonkontakt som för besök kan närsjukvården möta efterfrågan på vård och antalet "onödiga" besök vid akutsjukhusen reduceras.





## Översikt över programområdet

En fortsatt strukturförändring av akutsjukvården med en koncentration av den högspecialiserade vården förutsätter en samtidig utveckling av närsjukvården. Ett framtida närsjukvårdskoncept bör omfatta följande samlokaliserade komponenter - primärvård, sjukvårdsrådgivning med koordinatorfunktion, hembesöksorganisation, specialistmottagningar med dagkirurgi, närakutmottagning, vårdplatser och specialiserad sjukvård i hemmet (ASIH). Genom hög tillgänglighet inom närsjukvården med korta väntetider såväl vid telefonkontakt som för besök kan efterfrågan på vård mötas och antalet "onödiga" besök vid akutsjukhusen reduceras.

Sjukvårdsrådgivning och larmfunktion måste samtidigt utvecklas så att de vårdsökande (och även sjukvårdspersonal) hittar rätt i det sjukvårdsnätverk som nu utvecklas. Under hösten 2001 lanserades konceptet Vårdguiden som skall informera om all den hälso- och sjukvård som finansieras av landstinget. Här ingår en portal på internet, tidning till länets hushåll, telefonservice och central sjukvårdsrådgivning. Den senare bör kompletteras med en sjukvårdsrådgivning som är lokalt förankrad och som har nära relation till vårdgivarna.

Genom ett system med vårdkoordinatorer ansvariga för en befolkning motsvarande ett närsjukvårdsområde skulle en ökad trygghet och kontinuitet i vården kunna åstadkommas. Koordinatorn kontaktas av den vårdsökande eller vårdpersonalen och samordnar planeringen och uppföljningen i vårdprocesserna. Detta är av särskild betydelse för vissa kroniskt sjuka patienter med återkommande akuta vårdbehov.

Många intagningar till sjukhus kan också undvikas genom en hög beredskap för akuta hembesök. Strukturen för hur de akuta hembesöken organiseras kan se olika ut beroende på lokala förutsättningar. Tillgängligheten är väsentlig. Patient eller anhöriga skall snabbt kunna få kontakt med sjukvården för bedömning per telefon eller få hembesök inom rimlig tid då detta är indicerat. För att underlätta samarbetet mellan sjukhus, primärvård och hemtjänst bör en gemensam datoriserad vård dokumentation utvecklas. Den bör också vara åtkomlig genom uppkoppling vid hembesök. Ett kostnadseffektivt system med mobila jourläkare relaterade till telefonrådgivning och sambandscentral kan då etableras.

Inom SLL finns idag sju akutsjukhus. Sjukhusens uppdrag är otydliga och såväl högspecialiserad vård som bassjukvård utförs vid flera av sjukhusen. Flera aktuella studier vid akutmottagningarna visar att fortfarande är 20-30 % av alla sökande (30 % - 40 % av de som hemsänds) inte i behov av akut omhändertagande vid sjukhus utan skulle ha erhållit lika bra eller bättre omhändertagande inom primärvården. De senaste åren kan ett visst trendbrott skönjas då antalet akutbesök vid akutmottagningarna ökat i måttlig omfattning och prognostiseras år 2002 bli oförändrat eller något lägre än 2001. Samtidigt ökar dock antalet akut inlagda framför allt i gruppen äldre än 80 år

Utvecklingen varierar mellan sjukhusen och det är för tidigt att dra några definitiva slutsatser om orsakssambanden. Etableringen av flera närakutmottagningar och aktiv hänvisning av akutsökande (SÖS) från akutmottagningarna i kombination med ett bättre infektionsläge (lindrigare influensaepidemi) jämfört 2001 kan delvis förklara minskningen av antalet akutbesök vid sjukhusen. Generellt sett har dock jourmottagningarna och de fristående närakutmottagningarna, som nu tillsammans svarar för nära 300 000 besök årligen, bara marginellt avlastat akutmottagningarna vid sjukhusen. Endast genom att kombinera jourmottagningarna och de fristående närakuterna med lokal sjukvårdsrådgivning och samtidigt begränsa tillgängligheten till sjukhusens akutmottagningar kan en betydande effekt uppnås.

Om universitetssjukhusens akutmottagningar skulle reserveras för ambulanspatienter och patienter som remitterats eller hänvisats (enligt förslaget i utredningen om ett nytt universitetssjukhus) kan antalet akutbesök vid dessa sjukhus halveras och de akuta vårdtillfällena minska med ca 25 %.

Verksamheten vid universitetssjukhusen kan då inriktas mot den högspecialiserade vården samtidigt som huvuddelen av bassjukvården överförs till andra sjukhus. Akutpatienter som inte omhändertas vid universitetssjukhusen bör i första hand hänvisas till närsjukvården eller till de andra akutsjukhusen om behov föreligger. Även vid dessa akutsjukhus bör dock sorterings- och hänvisningsfunktionen vid akutmottagningarna förstärkas så att patienter som inte kräver sjukhusens resurser kan överföras till närsjukvården.

Behovet av primär- och sekundärprevention blir allt större. Övervikt, inaktivitet och rökning blir allt vanligare hos unga och likaså ökar skadeeffekterna p.g.a. överkonsumtion av alkohol. Vid det akuta omhändertagandet kan information om riskfaktorer ges då de oftast har bäst effekt på individnivå och i en aktuell akutsituation. Vårdpersonalen vid jourmottagningar och sjukhusens akutmottagningar bör i ökad utsträckning engageras i detta arbete.

## Rapporter

### Årsrapporter, fokusrapporter och handlingsprogram

Med utgångspunkt från årsrapporten, som årligen uppdateras, kommer fokusrapporter att tas fram för att belysa särskilda områden. Två fokusrapporter är färdiga ”Akut omhändertagande av äldre multisjuka” och ”Utökad rådgivning och hänvisning av akutsökande patienter”.

### Publicerade rapporter

Årsrapport 2001 Akut omhändertagande

Årsrapport 2002 Akut omhändertagande

Akut omhändertagande av äldre multisjuka, steg 1, 2001, Göran Selander och Bosse Brismar

Akut omhändertagande av äldre multisjuka, steg 2, 2001

## **Fokusrapporter under bearbetning:**

### **Rådgivning och hänvisning – Ansvarig Bo Brismar**

Syftet är att se hur sjukvårdsrådgivning förutom att vara en lättillgänglig del för rådgivning, hänvisning under ett telefonnummer, även kan utvecklas som en koordinatorfunktion för ett integrerat lokalt akut omhändertagande.

### **Akuta bröstsmärtor – Ansvarig Peter Henriksson**

Symptomet bröstsmärta beskrivs från symton, bedömning/prioritering diagnos till behandling. Här ingår hela vårdkedjan - prevention/egenvård, första hjälpen, lekmannainsatser, sjukvårdsrådgivning, larmning, ambulanssjukvård fram till att diagnos blir ställd och behandling vidtar. Förslag till kvalitetsindikatorer redovisas.

### **Multitrauma – Ansvarig Lennart Malmström**

Rapporten beskriver och utvärderar aktuell organisation för akut omhändertagande av patienter med multitrauma/stort trauma inom SLL. Förslag tas fram på framtida organisation och lämpliga nyckeltal för att följa verksamhetens kvalitet och kostnadseffektivitet.

### **Familjevåld – Ansvarig Bo Brismar**

Rapporten avgränsas till att beskriva sjukvårdens möte med familjevåld. Här ingår att belysa problemets omfattning och konsekvenser i samhället och inom sjukvården. Fokus sätts på sjukvårdens ansvar och möjlighet att upptäcka en familjevåldssituation då kvinnor och barn söker sjukvård, åtgärder som skall vidtas då en familjevåldssituation misstänks samt förslag på samverkan mellan sjukvården och sociala myndigheter, andra institutioner/ enheter.

### **Intensivvård – Ansvarig Pia Essen**

En fokusrapport om dagens och morgondagens intensivvård i Stockholm kommer att presenteras våren 03 av regionens intensivvårdschefer. Dagens utbud och det framtida behovet av resurser såsom specialutbildad personal, medicinsk-teknisk utrustning samt platsantal kommer att definieras. Detta skall bedömas i ljuset av en ökad efterfrågan från avnämarna orsakad av en kontinuerlig medicinsk utveckling som ger stora möjligheter till livsuppehållande åtgärder samt det åldrande befolkningsunderlaget. För att möjliggöra en utvecklad gemensam regional uppföljning kommer ett antal kvalitetsindikatorer att presenteras.

## **Definitioner**

Begreppet akut omhändertagande används ofta utan en tydlig definition. Ibland avses *akut omhändertagande* av skadade och sjuka och ibland omhändertagande av *akut sjuka och skadade*.

Med *akut omhändertagande* avses i denna rapport omhändertagande (bedömning, diagnostik och/eller behandling) utan tidsfördröjning (väntetid) i hela vårdkedjan

- från första hjälp på skade- /insjuknandeplats (lekmannainsatser)
- larm ( inkl sjukvårdsrådgivning)

- ambulanssjukvård/transport
- omhändertagande på öppenvårdsmottagning / akutmottagning
- diagnostik/utredning på sjukhus (inkl laboratorie- och röntgenundersökningar)
- till definitiv behandling (medicinsk behandling/operation/intensivvård).

Inom den öppna vården definieras ofta oplanerade besök som akuta oberoende av besökets karaktär.

Även definitionen av *akut sjuka och skadade* varierar. Med akuta buksmärter avses smärter med en duration understigande en vecka. Akuta bröstsmärter avser som regel en kortare besvärperiod (timmar) medan definitionen akut skada varierar från skada inom sex timmar (sårskada som kan primärsys) till skada äldre än flera dygn (distorsion).

I föreliggande arbete kommer hela vårdkedjan från akut insjuknande (symtomdebut) eller skada till definitivt omhändertagande (bedömning, diagnostik och/eller behandling) att belysas.

## Utbud

Utbudet av akut omhändertagande är otydligt definierat. Oftast innefattar det "*Akut och icke akut omhändertagande av akut och icke akut sjuka och skadade*". I tillgänglig produktionsstatistik från öppen vård likställs ofta icke planerad verksamhet med akut verksamhet.

Målsättningen med dagens planering är att:

- patienter vid akut sjukdom och olycksfall skall få snabb tillgång till adekvat vård
- kvalificerat akut omhändertagande inleds i hemmet
- den lokala sjukvården har ett första handsansvar för det akuta omhändertagandet
- den akuta vård som kräver högspecialiserad vård koncentreras
- utvecklingen inom IT tas till vara för att underlätta patientens tillträde till vården
- medicin tekniska framsteg utnyttjas för att optimera vårdens kvalitet och effektivitet

## Efterfrågan

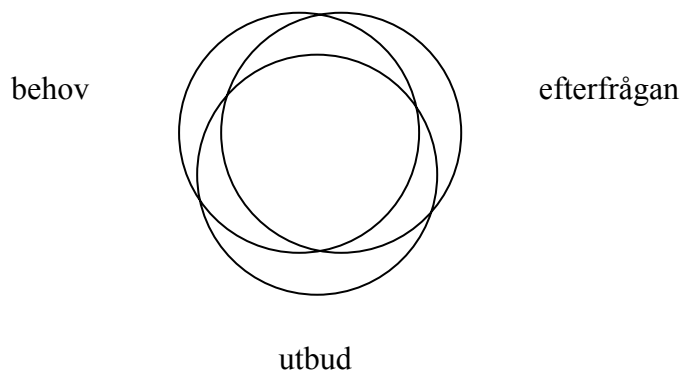
Efterfrågan definieras av kunderna/patienterna som ofta ser begreppet "Akut omhändertagande" som "*Akut omhändertagande av akut och icke akut sjuka och skadade*". Den akuta tillgängligheten till vård blir härvid avgörande vid bedömning av utbudet.

## Behov

Den medicinska professionens definition av akut omhändertagande baseras på en medicinsk behovsanalys och inte på patienternas efterfrågan eller producenternas utbud (SoS 1994):

*”Akut omhändertagande av akut sjuk/skadad patient från skada/insjuknande till definitiv behandling/vård”.*

Det föreligger således en diskrepans mellan patienternas efterfrågan, producenternas utbud och den medicinska professionens bedömning av behovet av akut omhändertagande.



## Prevention

Behovet av preventiva insatser hos medicinska riskgrupper överstiger efterfrågan. En stor andel av olycksfallen (såväl trafikolycksfall, misshandel som övriga olycksfall) drabbar alkoholpåverkade individer. Trots tidigare informationsinsatser ökar rökningen hos fr.a. unga flickor. ”Välstående” individer med övervikt, inaktivitet, överkonsumtion av alkohol och därpå följande risk för sjukdomar är inte motiverade till livsstilsförändringar.

De personer som är i störst behov av preventiva åtgärder är ofta svåra eller omöjliga att nå och inte heller själva intresserade av någon intervention eller livsstilsförändring. Detta kan t ex gälla vid alkohol- och drogmissbruk. Vid dessa finns sällan någon egen efterfrågan på prevention.

Den största chansen att etablera en god livsstil och medvetenhet om riskfaktorer har man om informationen ges på individnivå och tidigt i livet. En stor del av primärvårdens och företagshälsovårdens arbete inriktar sig på detta genom barnavårdscentralerna, mödravårdscentralerna, skolhälsovården, uppsökande verksamhet hos äldre etc. Detta arbete måste fortsätta och effektiviseras.

Akutmottagningar och närankutmottagningar ser patienter i händelse av akut sjukdom eller skada. Vid dessa enheter liksom vid sjukhusklinikerna kan ett stort sekundärpreventivt arbete bedrivas då det sannolikt har som bäst effekt genom individpåverkan i akutsituationen.

Forskning måste bedrivas för att utveckla och effektivisera de preventiva insatserna. Informationsinsamlandet på de alla de enheter som handlägger skador och sjukdomar har underlättats genom datorisering. Detta kommer att ge säkrare data om samband mellan olika riskbeteenden/riskfaktorer och konsekvenserna för hälsan. Data måste återföras till samhället och

befolkningen på ett klart och koncist sätt. Förenklad och dåligt underbyggd hälsoinformation måste ersättas med evidensbaserad hälsouppllysning och nyanserade råd om prevention.

## **Sjukvårdsrådgivning med hänvisning**

Efterfrågan på sjukvårdsrådgivning är stor. Enligt Vårdbarometern (1:a halvåret 2002) hade drygt var tredje person varit i kontakt med sjukvården för att få råd eller hjälp per telefon. Flertalet hade endera vänt sig till vårdcentralen (38%) eller till central/lokal sjukvårdsrådgivning (36%) medan 8% vänt sig till akutmottagningarna. När man väl kommit fram hade nio av tio fått den hjälp som de förväntat sig. Var femte fick sådan hjälp att de inte behövde besöka sjukvården

### **Ett telefonnummer**

Med sjukvårdsuppllysning avses i landstingsförbundets utredning (Landstingsförbundet 2002) en telefontjänst riktad till allmänheten där särskilt utbildade sjuksköterskor, som har tillgång till beslutsunderstöd, dygnet runt

- erbjuder patienter adekvata medicinska råd och sjukvårdsinformation
- gör en professionell bedömning av om patienten behöver akut vård
- aktivt vägleder patienterna till lämplig vårdnivå eller annan jourinstans
- vid behov förmedlar kontakt med jourjukvård, ambulanssjukvård, samt rekviderar ambulans, helikopter eller motsvarande

I utredningen om ”ett telefonnummer till sjukvårdsuppllysningen” (Landstingsförbundet 2002) framhålls värdet av ett nationellt nätverk av samverkande regionala sjukvårdsuppllysningar med ett gemensamt telefonnummer. Ett sådant nätverk skulle enligt utredaren inte bara öka allmänhetens trygghet och möjligheter att få kontakt med vården utan också avlasta akut- och primärvården.

I nätverket styrs samtal i första hand till den uppringandes eget landsting, men genom automatisk vidarekoppling av samtal kan olika uppllysningar hjälpa varandra vid överbelastning. Genom samverkan mellan sjukvårdsuppllysningar kan det också bli möjligt för huvudmännen att ge uppllysningsservice till grupper som idag har svårt att nå den vård de behöver – ex vissa grupper av invandrare.

### **Vårdguiden**

Under hösten 2001 lanserades konceptet Vårdguiden till invånarna i Stockholms läns landsting. Vårdguiden skall informera om den hälso- och sjukvård som finansieras av landstinget, oavsett om den är landstingsägd eller privatägd.

Vårdguiden är:

- En portal på internet ([www.vardguiden.nu](http://www.vardguiden.nu))
- En telefonservice (08-320 100). På telefon kan fås samma information som finns på Internet. Man kan också få medicinsk rådgivning av sjuksköterska (Centrala sjukvårdsrådgivningen).
- En tidning till länets hushåll.

Vårdguiden per telefon – som är den centrala sjukvårdsrådgivningen kommer enligt prognosen besvara ca 450 000 samtal år 2002 varav 330.000 är rådgivningssamtal. Samtalsvolymen bedöms öka under år 2003. Verksamheten bemannas med rutinerade distriktssköterskor eller akutsköterskor. Sjuksköterskorna har tillgång till ett IT-baserat beslutsstödsystem där 95 % av de vanligaste förekommande frågeställningarna ska finnas inlagda. Alla rådgivningssamtal inspelas digitalt för att bli som kunna hantera avvikelser. I uppdraget ingår även förmedling av jourläkare, distriktssköterska, jourtandläkare, käkkirurg mm. Den centrala sjukvårdsrådgivningen samarbetar även med akutmottagningen på Astrid Lindgrens barnsjukhus och akutmottagningen på Karolinska sjukhuset genom att besvara frågor av medicinsk karaktär.

Av rådgivningssamtalen har (enligt statistik första halvåret 2002) 63% resulterat i råd om hjälp till egenvård, 28% har hänvisats till primärvården varav 16% till jourmottagning, 9% hänvisades till akutmottagning på sjukhus och 0,5% kopplades till tel 112. Någon uppföljning huruvida råden har följts har ännu inte gjorts. Drygt var tredje samtal gällde sjuka barn. Endast 7% var 75 år och äldre. De vanligaste kontaktorsakerna gällde mag-tarmsjukdomar, infektioner och sjukdomar inom öron/näsa /hals.

### **Lokal sjukvårdsrådgivning**

Även om tekniska möjligheter medger centralisering till länsnivå är komplettering med en lokalt förankrad sjukvårdsrådgivning viktig. Den lokala sjukvårdsrådgivningen har kännedom om aktuella förhållanden inom sjukvård och kommunal hemtjänst i den vårdsökandes närområde. En lokalt förankrad sjukvårdsupplysning kan därigenom aktivt medverka i vårdkedjan för att "slussa ut" akutsökande patienter från akutsjukhusens akutmottagningar och akutvårdsavdelningar. Flera husläkarmottagningar har redan idag en omfattande rådgivningsfunktion med 1-2 sjuksköterskor uteslutande engagerade i telefonrådgivning. Av de som ringer för att få råd eller hjälp per telefon dagtid vänder sig 38 % direkt till vårdcentralerna (Vårdbarometern 2002).

Vid flera akutmottagningar har receptionen förutom en inskrivnings- och registreringsfunktion fått allt större betydelse för bedömning och prioritering av de vårdsökande. Då receptionerna bemannas med kvalificerade akutsköterskor har också rådgivnings- och hänvisningsfunktioner tillkommit.

Vid HS akutmottagning har i samarbete med primärvården Sydjouren (tidigare kallad Sydvästjouren) etablerats som en lokal sjukvårdsrådgivning. Sydjouren som är bemannad med distriktssköterska dygnet runt mottar ca 80.000 samtal per år från huvudsakligen befolkningen i de sydvästra och sydöstra



sjukvårdsområdena. Uppdraget har varit att förutom samtal från allmänheten förmedla jourläkarbesök och kontakter mellan akutmottagning/akutvårdsavdelning, primärvård och kommunal hemsjukvård. Rådgivningssamtal till akutmottagningen överkopplas direkt till Sydjouren. En analys av samtalen har visat att drygt en fjärdedel avser sjuka barn varav majoriteten har feber, gastroenterit eller övre luftvägsinfektion. Av samtalen resulterade 30 % i råd om egenvård, 15 % besök på vårdcentral och lika många besök på primärvårdens jourmottagning. Endast 20 % av samtalen resulterade i råd att söka akutmottagningen. Vid en uppföljning av verksamheten har följsamheten till råden visat sig vara mycket god.

## **Första hjälpen (lekmannainsatser)**

Med första hjälpen avses som regel åtgärder utförda av lekmän och som är av betydelse för att minska lidande och för att upprätthålla vitalfunktioner i avvaktan på att sjukvårdspersonal anländer. Första hjälpen kan ges spontant utav lekmän (ex vid andnings- och hjärtstillestånd, yttre blödning, medvetslöshet etc) eller efter råd från sjukvårdspersonal vid kontakt med tex. sjukvårdsupplysning eller larmcentral (professionella råd). Vid flera akuta sjukdomstillstånd har en tidigt insatt första hjälpen insats avgörande betydelse för den sjuke/skadades möjligheter till överlevnad och tillfrisknande.

Många trafikanter är utrustade med s.k. första hjälpen kuddar innehållande enklare förbandsmaterial. Sjukvårdsutbildad personal kompletterar ofta utrustningen med handskar (som skydd mot blodsmitta) och andningsmask/skydd för ventilation med mun mot mun metoden.

Utbildningsinsatser görs genom frivilliga organisationer, skola och försvar. Dock har ett mindre antal medborgare idag tillräckliga kunskaper för att kunna ge adekvat första hjälp och sannolikt finns också en rädsla att intervensera pga. osäkerhet, tilltro till auktoriteter, rädsla för att skada samt rädsla för smittorisk.

Vid planering av skolhälsovård och företagshälsovård bör utbildning och övning av elever/personal i akut omhändertagande och första hjälpen ingå som en viktig del. Enkla och korta instruktionsfilmer och affischer i första hjälpen åtgärder såsom skapande av fria luftvägar skulle sannolikt öka kunskapen hos en bredare allmänhet. Förslagsvis kan spridning ske via TV, på video-skärmar i tunnelbanestationer och genom vårdcentraler, vårdguiden etc.

Det finns en utvecklingslinje där halvautomatiska defibrillatorer skulle kunna användas av exempelvis räddningstjänst och polis. Här finns dock en juridisk problematik som måste klargöras innan denna utveckling kan ske. Medicinsk evidens och kostnadseffektivitet bör i en sådan verksamhet belysas exempelvis i ett forskningsprojekt eller en SBU rapport.

## **Vårdkedjor/Vårdprocesser och koordinatorfunktion**

Alla patienter har rätt att veta vilken läkare som är ansvarig för planeringen av vården. I de flesta fall är det naturligt vem som är ansvarig, men ofta åker patienten in akut, opereras och får en diagnos. Därefter följer en ofta

oöverskådlig process. Sjukhuskliniken kan skicka en remiss till rehabilitering, en till husläkare för uppföljning, en till onkologisk klinik för ställningstagande till ytterligare behandling, ytterligare en remiss till spec. hemsjukvård och slutligen en anmälan till kommunen om att patienten är medicinskt färdigbehandlad. Patienten skickas hem utan att någon av dessa remissinstanser bekräftat omhändertagande. Efter ytterligare några dagar har patienten akuta bekymmer men vem är ansvarig läkare? Resultatet blir att patienten skickas in akut igen.

Närvaron av en vård koordinator som ansvarar för en befolkning motsvarande ett närsjukvårdsområde (50 000 inv.) skulle kunna motverka ett liknande scenario, genom att bli kontaktade av avdelningen på sjukhuset med en remiss som ersätter alla ovanstående. Koordinatören kunde då se väntetider hos resp. specialister och skraddarsy ett omhändertagande utanför sjukhuset. I det ovan beskrivna exemplet kanske två veckor på rehabiliteringsavdelning, sen besök av distriktsköterska och kommunal hemtjänst några veckor fram till bedömningsbesök på onkologisk klinik och beroende på behandlingen, antingen uppföljning av specialist på närsjukhuset och onkologen eller anslutning till spec. hemsjukvård för palliativ vård.

Att många akuta omhändertaganden på akutsjukhus beror på brister i vårdkedjor finns många exempel på. E-post, SLLs satsning ”web-care” och säkra samverkande journalsystem, där sjukhuset och motsvarande närsjukvårdsområden dokumenterar i samma journal skulle vara en bra start på en säker vårdkedja.

### **Akut medicinskt omhändertagande av multisjuka patienter och av äldre patienter med flera diagnoser**

De allt kortare vårdtiderna inom akutsjukvården, snabba utskrivningar och brister i samarbetet mellan olika huvudmän och mellan olika vårdnivåer har skapat en otrygghet hos kroniskt sjuka människor med återkommande akuta vårdbehov. En bortglömd grupp i detta sammanhang är de kroniskt sjuka och/eller handikappade barnen. De insjuknar ofta i akuta infektioner och mår mycket illa av att tvingas uppsöka akutmottagningar. Oftast handlar det enklare utredning med blodprovstagning, odlingar och antibiotikabehandling.

Men även äldre multisjuka får illa av att inte få hjälp nära hemmet. I Stockholms län fanns 1999 enligt slutenvårdsregistret ca 4700 äldre multisjuka patienter (äldre än 75 år och med tre eller fler slutenvårdsvistelser det senaste året och diagnoser från tre eller fler diagnosgrupper). Gruppen utgjorde 3.6 % av befolkningen inom åldersgruppen och 13 % av de slutenvårdade. De tvingas ofta uppsöka akutmottagningar för att få akuta bedömningar.

Med system som uppehåller en hög och lättillgänglig medicinsk kompetens utanför sjukhusen kan ”onödiga” intagningar till sjukhusen undvikas och patienterna kan istället omhändertas inom närsjukvården (geriatrisk vård, specialiserad eller basal hemsjukvård). Sådana trygghetsskapande system kan rätt organiserade ge såväl högre vårdkvalitet som bättre hälso- och sjukvårdsekonomi. Ett samverkansorgan (paraplyorganisation) med

koordinatrorroll bör inrättas för dessa äldre multisjuka patienter. Se fokusrapport ”Akut omhändertagande av äldre multisjuka”. Möjligen kan sjukvårds rådgivningen få en nyckelroll i vårdkedjan som första kontakt och koordinator för vården.

Genom att utveckla den geriatriska akutfunktionen inom närsjukvårdens ram kan de sammanlagda vårdtiderna hållas nere. Flertalet geriatriska kliniker tar idag minst hälften av patienterna direkt från hemmet varav flertalet är akuta intagningar, men ett stort antal kommer fortfarande från akutmottagningar eller via intagningsavdelningar på akutsjukhus. Det är ett ineffektivt system om geriatriska patienter först måste vårdas vid någon av akutsjukhusens kliniker för att senare överföras till geriatriken för vidare vård. Tidigare erfarenheter visar att byte av klinik ofta medverkar till en förlängning av vårdtiden.

En modell som framgångsrikt prövats inom det s.k. Nacka-projektet är att ambulansmän efter bedömning av vårdbehov och kontakt med ansvarig geriatriker transporterar den larmande patienten direkt till geriatrisk klinik och inte till en akutmottagning. Projektet har nu permanentats för Nacka och Värmdös befolkning och gäller även andra patienter än äldre. Ambulanspersonal kontaktar en läkare (på t ex närakuten) för nödvändiga konsultationer och eventuell sjukvårdsinsats i hemmet eller på geriatrisk klinik istället för att åka till akutmottagningen. Om det inte går försöker man om möjligt nyttja Nacka närakut istället för SÖS akuten.

## **Hemsjukvård, basal via vårdcentral eller via kommunal sjuksköterska på särskilt boende**

Med en utveckling där allt fler äldre vårdas i eget eller särskilt boende krävs ökade möjligheter till sjukvårdsstöd med hembesök. Kommunerna svarar idag för medicinsk vård upp till sjuksköterskenivå för vårdbehövande i särskilda boendeformer medan primärvården har ansvaret för patienter i eget boende. Vårdcentralerna har öppet kl. 8-17. Utanför kontorstid finns läkare tillgänglig via jourmottagningar och sjukvårdsrådgivningen. Flera rapporter har under senare tid pekat på att detta stöd inte är tillräckligt. Primärvårdens arbetsrutiner medger mycket sällan akuta läkarbesök i hemmet varför akutmottagningen måste anlitas även för basal icke akut vård. Då det medicinska stödet sviktar leder det i många fall till att patienter som har en säng på sitt trygga äldreboende, ändå blir inlagda på akutsjukhus, efter att ha skickats in akut till sjukhus.

Många intagningar till sjukhus kan undvikas genom en hög beredskap för akuta hembesök. Strukturen för hur de akuta hembesöken organiseras kan se olika ut beroende på lokala förutsättningar. Sjukvårdsrådgivningen och de jourläkarresurser den förfogar över skulle med fördel kunna utvecklas att svara upp mot detta behov. Tillgängligheten är väsentlig. Patient eller anhöriga skall snabbt kunna få kontakt med sjukvården för bedömning per telefon eller få hembesök inom rimlig tid då detta är indicerat.

För att underlätta samarbetet mellan sjukhus, primärvård och hemtjänst bör en gemensam datoriserad vård dokumentation utvecklas. Idag pågår projekt inom

SLPO där mobila läkare som gör hembesök har åtkomst till datajournalen antingen via GPRS (mobiltelefoni), telefonmodem eller bredband (SMÅTV - Säker Mobil Åtkomst Till Vårdokumentation).

Med projektet har såväl kvalitetsmässiga fördelar som kostnadseffektivitet kunnat uppnås. Såväl akuta hembesök under jourtid som ambulanstransport från sjukhem till akutmottagning har kunnat undvikas med stöd av data från patientjournalerna. Projektet bör permanentas med ett system med mobila jourläkare relaterade till en effektiv telefonrådgivning och sambandscentral.

Försöksprojektet Fyren i norra länets produktionsområde är ett exempel på hur man kan angripa problemet utifrån lokala förutsättningar. Geriatriken har här utvecklats till en s.k., fältgeriatrik med en aktiv roll för akutinsatser. Fyrarna är bemannade dygnet runt och kan nås från såväl sjukhus som andra institutioner, vårdgivare och organisationer. Projektet bygger på principen ETT telefonnummer/ telefaxnummer/ e-postadress dit man kan vända sig med de flesta frågor rörande sjuk-, hälso-, omvårdnads- och riskfrågor rörande de äldre. I denna roll kan geriatriken integreras med närsjukvården.

### **Specialicerad hemsjukvård**

Utvecklingen av medicinsk teknik har medfört en expansion av avancerad medicinsk behandling och vård, som kan ges till patienter i eget eller särskilt boende. Många patienter vårdas nu i specialiserad hemsjukvård som ett alternativ till slutenvård. Denna vårdform kallas för PAH, SAH eller ASIH och omfattade under år 2000 mellan 900 -1000 "vårdplatser", d.v.s. inskrivna patienter varje dag under året. Medelvårdtiden var 79 dagar, vilket innebär att mellan 4 000 och 5 000 patienter har omhändertagits i denna vårdform under år 2000. Dock är inte alla platser reserverade för äldre utan erbjuds alla oavsett ålder. År 2000 var 37 % av patienterna under 64 år. (Hemsjukvården i Stockholms län HSN 2001)

Dock kan man vid genomgång av avtalen för de 20 spec. hemsjukvårdsenheter som finns i dag i SLL se stora skillnader. Vissa enheter har ingen åldersgräns, andra har > 16 åå, en del > 18 åå och ytterligare vissa enl. avtal >65 åå men det fungerar ej i praktiken. Avtalen ger vissa enheter betalt efter antalet hembesök, andra får en schablon ersättning per vård dygn. Det finns inget som indikerar att det är bra hemsjukvård ju fler besök man gör!! Detta motverkar en utbyggnad i linje med tekniska framsteg, som möjliggör att man kan göra vissa registreringar och monitoreringar via distansarbete, (mobiltelefoni/fast telefoni/datauppkopplingar).

Logistiken vid dessa enheter är en avgörande effektivitetsparameter, likaså en viss kritisk massa av patienter. Med hjälp av datorbaserade tidsplaneringsjournaler och mobila journaler, inkl, läkemedelslistor kan man på ett kvalitetsmässigt sätt ge bra medicinsk vård utan att besöksfrekvensen i patientens hem ökar.

Man bör också se över hur många spec. hemsjukvårds platser man har beställt i relation till befolkningen. Vid ett snabbt överslag varierade det mellan 1/2000

invånare till 1/4500 invånare. Man behöver också ersättning för bedömningsbesök, vårdplaneringar och eftersamtal med anhöriga. Det varierar också i medicinska åtgärder, inte alla enheter ger blodtransfusioner i hemmet och ibland hamnar man på en total ersättning för en blodtransfusion som endast täcker en tredjedel av kostnaden för blodprodukten!

De anslutna patienterna larmar i mycket hög grad de avancerade hemsjukvårdsenheterna vid akut försämring av sjukdomstillståndet och i merparten av tillfällena kan det akuta tillståndet tas omhand på denna vårdnivå genom besök och åtgärd i hemmet eller genom direktinläggning på de slutenvårdsplatser, ofta geriatriska som är knutna till verksamheten.

De sjukdomsdiagnoser som oftast är knutna till den specialiserade hemsjukvården är terminal cancersjukdom, hjärtsvikt och kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL). Alla dess tillstånd kännetecknas av en hög grad av akuta försämringar som kräver snabba bedömningar och åtgärder. Den avancerade hemsjukvården gör här en betydande insats för att avlasta framför allt trycket på akutmottagningarna.

## **Närsjukvårdskonceptet**

En fortsatt strukturförändring av akutsjukvården med en koncentration av den högspecialiserade vården förutsätter en samtidig utveckling av närsjukvården. Ett framtida närsjukvårdskoncept bör omfatta följande samlokaliserade komponenter - primärvård, sjukvårdsrådgivning, hembesöksorganisation, specialistmottagningar med dagkirurgi, närakutmottagning, vårdplatser och avancerad sjukvård i hemmet (ASIH).

Då närakutmottagning samlokaliseras med specialistmottagningar med dagkirurgi åstadkoms ett effektivt resursutnyttjande inom närsjukvården. Då vårdplatser tillskapas inom närsjukvården kan äldre multisjuka patienter och patienter med kroniska sjukdomar som inte kräver akutsjukhusens resurser erhålla adekvat vård inom sin närmiljö.

Hög tillgänglighet och ökat medicinskt stöd i den kommunala vården med möjlighet till akutbedömningar och akutbesök i hemmet minskar risken för att de äldres medicinska och sociala situation skall svikta och därmed behovet av ambulanstransport till akutsjukhus. Alternativ till hembesök kan vara telemedicinska lösningar med uppkoppling till jourcentral alternativt geriatrisk akutklinik eller ASIH för bedömning och rådgivning.

Den lilla gruppen mångbesökare som svarar för en stor konsumtion av akutmottagningsbesök skulle kunna få ett bättre omhändertagande inom närsjukvården. De sökandes problematik är ofta av en socialmedicinsk karaktär som hanteras med högre kvalitet och bättre kontinuitet inom densamma.

## **Primärvård**

Genom hög tillgänglighet med korta väntetider såväl vid telefonkontakt som för besök kan efterfrågan på vård mötas och antalet "onödiga" besök vid akutmottagningar reduceras. Undersökningen Vårdbarometern 2002 visar dock

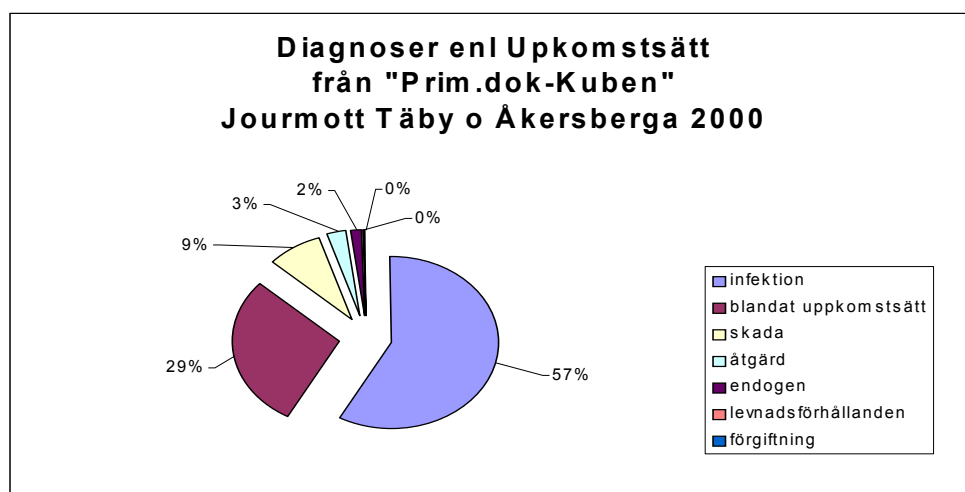
att kritiken mot tillgängligheten i primärvården fortfarande är stor även om den har minskat jämfört med året innan. Av de tillfrågade angav 53 % att det var lätt att komma fram på telefon till husläkarmottagningen medan var fjärde tyckte det var svårt. Var fjärde uppgav att de inte fått tid för läkarbesök inom rimlig tid. En stor del av dem som var missnöjda med väntetider söker sig till andra vårdgivare.

Fortfarande föreligger det en stor brist på allmänläkare. Antalet ST-läkare i Allmänmedicin har dock ökat de senaste åren och uppgår nu till 270 läkare. Antalet jourmottagningar uppgår till 21 varav 3 även är öppna på kontorstid och antalet närakuter till 5 st( som endast är öppna dagtid på vardagar) .

Knappt 40 % av besöken på husläkarmottagningarna är fortfarande oplanerade (drygt 30 % av besöken på kontorstid). De oplanerade besöken görs av patienter som upplever ett behov av snabbt omhändertagande vare sig man har en medicinskt bedömd akut sjukdom eller ej. Detta innebär att det varje vardag (kontorstid) omhändertas c:a 2.900 patienter "akut" i länets primärvård (totalt ca 912.000 besök), vilket utgör drygt 60% av alla akuta (oplanerade) läkarbesök. Till detta ska läggas de c:a 490 patienter som omhändertas varje dygn på primärvårdens jourmottagningar kvällar och helger.

Statistik från mottagningarna i norra Stockholm visar att de oplanerade besöken på dagtid och på jourmottagning domineras av patienter med infektioner (ca 50 %) eller med sjukdomar med blandat uppkomstsätt (ca 30 %). Även i den senare gruppen ingår en stor del infektioner.(se figur ). Drygt 40% av besöken på

Läkarbesöken på primärvårdens jourmottagningar på jourtid ökade till c:a 180.000 år 2001 och prognosen för 2002 visar en oförändrad nivå. Detta motsvarar en ökning på 25% jämfört med 1999 och 65 % jämfört med 1995. Ökningen kan dels förklaras av att befolkningen i större utsträckning söker sin husläkare i första hand men söker på jourtid på grund av dålig tillgänglighet och oacceptabel väntetid. Det ökade utbudet kan också ha resulterat i en total konsumtionsökning vilket erfarenheterna från SÖS akutmottagning 2002 antyder.



Majoriteten av patienterna på primärvårdens jourmottagningar och upp till 30 % av patienterna vid akutsjukhusens akutmottagningar dagtid (ca 650) skulle med rätt rådgivning och adekvat tillgänglighet kunna omhändertas på kontorstid inom primärvården. Skulle detta ske i 50 % av fallen, skulle det innebära en totalt ökad belastning i primärvården på 450 patienter per dag, motsvarande ett matematiskt tillskott på knappt 0,6 patientbesök per nu tjänstgörande husläkare (idag ca 800 läkare) och dag.

En väl fungerande och lokalt förankrad sjukvårdsrådgivning kommer om den kombineras med ökade resurser för hembesök att också tillgodose det akuta sjukvårdsbehovet för äldre och kroniskt sjuka inom eget och kommunalt boende. Detta kommer att ge väsentligt ökad kvalitet och service för de aktuella patientgrupperna och minska behovet av besök vid akutmottagningarna.

## Närakutmottagningar

En stor andel av de patienter som idag söker akutmottagningarna med sjukdomar och kirurgiska och ortopediska skador kan med fördel tas om hand inom primärvården eller vid s.k. närakutmottagningar. Närakutmottagningen vänder sig till patienter med opåverkat allmäntillstånd och sjukdomsbilder/skador som inte kräver mer omfattande utredning eller kvalificerad behandling. Patienterna är inte i behov av akut operation eller sjukhusvård och kategoriseras som grupp 3 (opåverkat allmäntillstånd, omhändertas inom 3 tim) och grupp 4 (kan hänvisas) vid akutmottagningarna.

Närakuterna är bemannade med specialister inom kirurgi, ortopedi och allmänmedicin. Genom en samlokalisering av allmänläkare och övriga specialistläkare uppnås en bra vårdssamverkan och ett effektivt resursutnyttjande av närsjukvårdens röntgen- och laboratorieresurser. Patienterna remitteras endast i undantagsfall vidare till akutsjukhusets akutmottagning. Genom att samlokalisera närakutmottagning med specialistmottagningar med dagkirurgi har ett effektivt resursutnyttjande kunnat uppnås inom delar av närsjukvården. Ett bra exempel på samlokalisering är Nacka närsjukhus som öppnade i mars 2002 (öppethållande 8-22 alla dagar). Jourmottagningen bemannas med allmänläkare samtidigt tillhandhåller närsjukhuset specialister inom ortopedi och gynekologi under mottagningens öppethållande samt tillgång till röntgen. Även jourläkarinsatser i hemmet görs. Det har medfört att antalet besök av befolkningen i Nacka/Värmdö på akutmottagningen på SÖS minskat med 21% under perioden mars-juli.

Flera fristående närakutmottagningar har etablerats och försök med s.k. lättakutmottagningar har gjorts vid bl.a. KS och HS.

Vid de friliggande akutmottagningarna inkl Cityakuten ("närakuterna") och primärvårdens jourmottagningar genomfördes 2001 ca 300 000 akutbesök. (0.15 akutbesök/invånare och år) och prognosen för 2002 visar ett oförändrat antal besök med en viss ökning av besöken vid jourmottagningarna och en motsvarande minskning vid de fristående enheterna.

*Antal läkarbesök vid jourmottagningar och fristående akutmottagningar  
(näraakutmottagningar)*

	2001	2002 prognos
City akuten	50 606	47 000
Sabbatsberg	16 281	14 400
Dalen	10 210	900
Järva	5 312	6 200
DS barnakut	11 633	11 600
<b>Summa "näraakuter"</b>	<b>94 042</b>	<b>80 100</b>
Primärvårdens jourmott	<b>204 505</b>	<b>214 000</b>
Varav kväll helg	<b>180 000</b>	<b>177 000</b>

Under sommarperioderna 2000 – 2002 har projekt genomförts vid HS med s.k. "lättakut" för att avlasta akutmottagningen. Projektet har utvärderats och en mer permanent lösning planeras i samverkan med primärvården. Till lättakuten, som är lokaliserad i anslutning till den reguljära akutmottagningen, sorteras patienter av prioritetsgrupp 3 d.v.s. patienter som ej är allmän-påverkade och patienter som skulle kunnat hänvisas till annat omhändertagande (planerat eller inom primärvården). Målsättningen har varit att avlasta akutmottagningen och ge patienter med lättare skador och mindre allvarliga sjukdomstillstånd ett snabbare och effektivare omhändertagande.

Vid lättakuten har ca 25 % av alla sökande vid akutmottagningen kunnat omhändertas. Endast en mycket liten andel patienter (< 5 %) vidareremitteras till den ordinarie akutmottagningen för vidare handläggning. Resultaten är väl i överensstämmelse med tidigare beräkningar där 25 – 30 % av de akutsökande bedömts kunna omhändertas vid en näraakut.

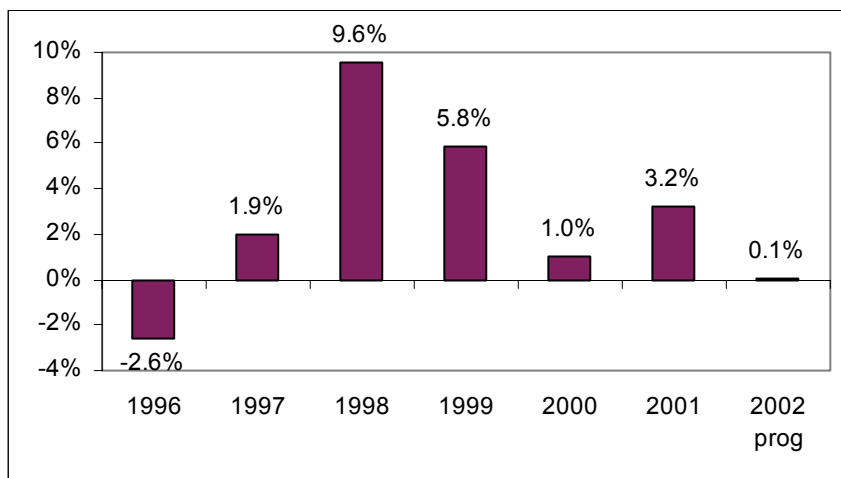
## **Akutsjukhusen**

### **Läkarbesök akutmottagning**

Volymökningen de senaste tre åren har varit liten. Antalet besök vid sjukhusens akutmottagningarna uppgick år 2001 till 481 046 vilket motsvarar i genomsnitt 0.26 akutbesök/invånare och år. För år 2002 prognostiseras ett oförändrat antal akutbesök samtidigt som antalet inlagda ökar något (se tabell bilaga). Förändringarna varierar mellan sjukhusen och kan förklaras av flera olika faktorer. Den lägre andelen inlagda vid HS och KS beror på att dessa sjukhus omhändertar akuta barn- och öronpatienter där inläggningsfrekvensen är väsentligt lägre än för övriga specialiteter. Minskningen 2002 kan delvis förklaras av en ökad etablering av näraakutmottagningar men också av ett bättre infektionsläge (mindre antal influensapatienter)



Förändring av antalet läkarbesök på sjukhusens akutmottagningar 1996-2002



En studie på KS visade att nära 20 % av patienterna inkom med ambulans varav knappt hälften med prioritet 1. Högst andel ambulanstransporterade återfinns bland medicin- och neurologpatienter (28 % respektive 30 %) och lägst är andelen bland barn- och öronpatienter (4 % respektive 7 %). Av de ambulanstransporterade inkom 2-3 % efter förvarning med larm.

Enligt en studie från HS år 2002 bedömdes cirka 3 % av de akutsökande som prioritet 1 (kritiskt sjuka som kräver omedelbart omhändertagande), hälften som prioritet 2 (omhändertagande inom 1 tim) och för nära hälften (45 %) hänfördes till prioritet 3 och 4 (opåverkat allmäntillstånd respektive kan hänvisas till annan vårdnivå). Om akutmottagningen skulle reserveras för sökande med remiss eller som hänvisats från sjukvårdsrådgivningen skulle besöksantalet begränsas till knappt hälften av dagens verksamhet. Detta skulle få särskilt stora konsekvenser för barn- och öronpatienter då en mycket liten andel av dem inkommer med ambulans eller på remiss. Båda grupperna får också låg prioritet vid det akuta omhändertagandet (mer än 80 % ges låg eller mycket låg prioritet). Resursåtgången (tid för bedömning) är relativt hög för barnpatienterna men låg för öronpatienterna och andelen patienter som erhåller C-åtgärder är låg för båda patientgrupperna. Förslaget skulle sammantaget innebära att majoriteten barn och öronpatienter (ca 70 % av de akutsökande) istället omhändertas vid vårdcentraler och närakutmottagningar eller ges råd om egenvård. Konsekvenserna för universitetssjukhusen skulle bli en väsentlig avlastning för akutmottagningarna och en stark begränsning av jourbördan inom respektive discipliner.

Utvecklingen vid SÖS med en väsentlig minskning av antalet akutbesök men samtidigt ökad inläggning är särskilt intressant. Den kan delvis förklaras av en framgångsrik satsning inom primärvården med flera akuttider och hänvisning av distriktssköterska av patienter från akutmottagningen till primärvårdens jourmottagningar. Det har medfört att befolkningen i SSSO har minskat antalet besök med 7% och med 23% för prio grupp 4 (perioden januari- september 2002). Öppnandet av akutmottagningen på Nacka närsjukhus har minskat besöken på SÖS med 21 % för Nacka /Värmdös befolkning perioden mars-juli.

Vid övriga akutmottagningar är mönstret varierande och den fortsatta utvecklingen måste följas innan alltför långtgående slutsatser kan dras om orsakssambanden.

### **Akuta vårdtillfällen**

En fjärdedel av alla sökande vid akutmottagningarna läggs in för fortsatt vård vilket motsvarar 0.06 akuta inläggningar/invånare och år. Bland de inlagda dominerade de äldre åldersgrupperna, 51 % var äldre än 65 år. Både andelen/antalet inlagda och besök i åldersgruppen 80 år och äldre ökar kontinuerligt och drygt hälften av de som söker akutmottagningen blir inlagda på sjukhuset. De akuta vårdtillfällena svarade 2001 för 76 % av alla vårdtillfällen vid akutsjukhusen – lägst vid KS och HS (68 % respektive 71 %) och högst vid SÖS och NtS (85 % resp 88 %).

Kirurg- och ortopedpatienter svarar för knappt ¼ av alla akut inlagda patienter och gynekologi/urologi för mindre än 5 %. Vid HS läggs cirka 2/3 av kirurgpatienterna och ½ av ortopedpatienterna in på akutvårdsavdelning medan resten förs direkt till vårdavdelning. Från akutvårdsavdelningen kan ¾ hemskrivs medan ¼ läggs in på vårdavdelning för fortsatt vård. Majoriteten patienter är av bassjukvårdskaraktär (akut buksjukdom, commotio och skelettskador). Endast en mindre andel av kirurg- och ortopedpatienterna inkommer med ambulans och majoriteten (>70 %) får låg prioritet vid det akuta omhändertagandet.

Medicin, infektion och neurologi svarar för mer än 40 % av de inlagda patienterna varav många inkommer med ambulans. Utvecklingen inom strokevården och cardiologin innebär att patienter med sådana akuta besvär kan vara i behov av avancerad diagnostik och behandling och tillgång till specialiserad eller i vissa fall högspecialiserad vård. Om universitetssjukhusens akutmottagningar begränsas till ambulans- och remisspatienter kommer de akuta vårdtillfällena att minska något inom allmän internmedicin men endast marginellt inom infektion och neurologi.

Samtidigt finns inom gruppen medicin, infektion och neurologi ett antal äldre med huvudsakligen socialmedicinsk problematik eller svikt i tidigare känd sjukdom som inte är i behov av det specialiserade sjukhusets resurser. Ett samverkansorgan (paraplyorganisation) med koordinatorroll bör inrättas för dessa äldre multisjuka patienter. Härigenom kan antalet akuta vårdtillfällen reduceras väsentligt och patienterna kan istället omhändertas inom närsjukvården (geriatrisk vård eller hemsjukvård). Se fokusrapport ”Akut omhändertagande av äldre multisjuka”.

## Ambulanssjukvård

### Prioritering och dirigering av ambulanssjukvårdens resurser

Stockholms läns landsting ser prioriterings- och dirigerings-tjänsten som en första länk i sjukvårdskedjan tillsammans med ambulanssjukvården. Från och med bedömning av hjälpsökandes vårdbehov tills patienten överlämnas på sjukhuset eller motsvarande är en vårdkedja som i alla delar måste länka i varandra. Arbetet med handläggning av ambulanslarm/ambulansbeställning samt rådgivning är att hänföra till medicinsk verksamhet. Detta innebär att i denna verksamhet finns samma mål/intentioner som inom övrig sjukvårdsverksamhet. Vid akut insjuknande eller skada är den initiala kontakten med sjukvården – larmet och sjukvårdsupplysningen – avgörande för den fortsatta vårdprocessen.

För att handlägga medicinska ärenden på SOS Alarm i Stockholm kräver CAK (Centrala avdelningarna för Ambulanssjukvård och Katastrofmedicinsk planering) genom upphandling av prioriterings- och dirigerings-tjänsten 1999 att samtliga sjukvårdsärenden skall handläggas av lägst undersköterska och det skall finnas minst en sjuksköterska i tjänst varje arbetspass. Läkare skall tjänstgöra vid centralen dagtid och finnas i beredskap nattetid. Läkarens främsta uppgift är att aktivt leda, medverka och stödja den medicinska beslutsprocessen på larmcentralen samt att stödja ambulanssjukvårdens enheter kring tillämpningen av utfärdade medicinska riktlinjer. SOS Alarm har haft svårigheter med att rekrytera läkare men för att säkerställa den medicinska kvalitén och uppfylla sitt vårdgivaransvar är detta en mycket angelägen fråga som SOS Alarm snarast bör lösa.

CAK och SOS Alarm diskuterar vikten av att öka träffsäkerheten vid prioriteringsarbetet och utveckla dirigeringen för att öka effektiviteten och se över beredskapsbegreppet. Det är av största vikt att följa upp genomförda prioriteringar och dirigeringsarbetet för att kontinuerligt utvärdera och förbättra. Ökningen av uppdrag för framförallt akutbilarna under år 2001 och den ca 20% ökningen av helikopteruppdrag under år 2002 är alarmerande inte minst då personalen upplever att deras kompetens utnyttjas på ett felaktigt sätt.

Enligt SOS Alarm är det ofta svårt att bedöma ambulansbehovet vid beställning från landstingets egna vårdinrättningar. Beställaren har ofta en mycket knapphändig information om patientens sjukvårdsbehov under transport vilket omöjliggör eller försvårar SOS operatörens prioritering av uppdraget. Det finns även en okunskap om att ambulansresurserna endast skall användas då det finns ett sjukvårdsbehov under själva transporten, och att liggande sjuktransporter skall användas då patienten har behov av att färdas liggande utan sjukvårdsbehov under själva transporten. En del landsting har kommit till rätta med beställningar från sjukvårdspersonal med att beställande klinik får ekonomiska incitament för att beställa rätt resurs av SOS Alarm.

Det finns också en missuppfattning att personer som transporteras med ambulans ”går före i kön” på akutmottagningen.

Socialstyrelsen utvecklar ett nationellt IT-baserat system för ledning av akuta sjukvårdsinsatser – IS SWEDE. SLL utgör ett av pilotlandstingen och systemet ska testas i Norrtäljeområdet. Med SWEDE kommer bl.a datorutrustning att installeras i samtliga ambulanser för att kunna överföra information om patienterna till akutsjukhusen. Positionsbestämning med ett satellitnavigeringssystem s.k. global positioning system (GPS), införs troligtvis under första kvartalet 2003 vilket ger larmcentralen bättre förutsättningar att välja lämplig resurs.

### Ambulanser

Ambulanssjukvården i Stockholm är upphandlad sedan 1993 och för närvarande finns fyra ambulansleverantörer och två leverantörer för liggande sjuktransporter. Helikoptertjänsten utförs av Lufttransport AB. Samtliga enheter prioriteras och dirigeras av SOS Alarm, Stockholm.

Sedan 1997 har antalet ambulansuppdrag ökat kraftigt och fler ambulansresurser har tillförts under senare år och ytterligare förstärkning har skett/skall ske under år 2002. Under 2002 har dock antalet uppdrag ej ökat i samma utsträckning som tidigare år (132.000 uppdrag 2002 jämfört med 129.986 uppdrag 2001). Ökningen av antalet uppdrag under senare år har resulterat i att fler enheter driftsatts och utökning av driftstider skett på befintliga enheter. Från och med år 2003 finns det 55 ambulanser, fyra akutbilar och en helikopter. Under år 2002 har även utökning skett med fyra liggande sjuktransportenheter och det finns för närvarande 35 enheter.

*Antal uppdrag per år (Antalet uppdrag för nov-dec 2002 är ännu ej klara varför 2002s siffror är preliminära):*

	%-ökning mellan 2001-2002	2002 prognos	2001	2000	1999	1998
Ambulansuppdrag	1,5 %	132.000	130.000	120.800	115.500	107.900
Akutbilsuppdrag	0 %	17.100	17.100	15.300	14.100	11.600
Helikopteruppdrag	20 %	2.900	2.400	2.300	2.300	1.900

Ungefär en fjärdedel av alla akutsökande kommer med ambulans till akutmottagningarna. Av de ambulanstransporterade blir knappt två tredjedelar inskrivna vid akutsjukhusen. Patienter äldre än 80 år svarar för en tredjedel av ambulansuppdragen.

Ambulanserna är utplacerade i länet så att den är så nära patienten som möjligt för att snabbt nå den hjälpsökande och kunna ge god vård och en trygg transport in till sjukhus. En förskjutning av ambulanslarmen mot allt fler uppdrag av prioritet 1 har fortsatt under 2002. Tillgänglig statistik visar att 53 % av alla ambulanslarm nu utgörs av prioritet 1 uppdrag jämfört med 47 % 1998 samtidigt som det totala antalet uppdrag ökat med 25 % (tabell ).

CAK mäter väntetider på ambulans per prioritet med regelbundenhet mot det politiskt fastställda målet. Mätningarna visar hur väntetidmålen uppfylls och ett mått för att bedöma om ambulanssjukvården är rätt dimensionerad. Hänsyn måste också tas till beredskap för eventuellt kommande uppdrag. Vid mätningar 2002 (tabell) har de uppsatta tidsmålen för olika uppdrag inte kunnat uppnås varför resurser tillförts. Ny mätning ska göras under första kvartalet 2003 då samtliga nya enheter är driftsatta.

### **Utvecklingsprojekt**

Under hösten 2002 pågår en upphandling gällande prehospitalt EKG och syftet av införandet är att förkorta tiden till insatt behandling för hjärtinfarktpatienter. Samverkan med länets samtliga sjukhus och ambulansleverantörer är en förutsättning och målsättningen är att samtliga ambulanser skall ha denna möjlighet inom tre år.

Datoriserad ambulansjournal är införd i Stockholm och all patientinformation dokumenteras i journalen vid stationära dataterminaler på akutsjukhusen eller ambulansstationen. Datajournalssystemet är en viktig förutsättning för att följa verksamhetens olika delar och en ny journalversion samt datoriserad hjärtstoppsjournal kommer att driftsättas under första halvåret 2003. Kvalitetsindikatorer som mäts inom kvalitetsavtalet som finns mellan parterna är antalet klagomål, svarstider, användning av medicinskt beslutsstöd - medicinskt index samt vilka åtgärder som vidtagits med anledning därav.

Under två sommarmånader 2002 har en läkarbemannad motorcykel tjänstgjort i Stockholm och projektets syfte var att utvärdera tidsfaktorn och den medicinska kompetensen. Projektet har fått stor massmedial uppmärksamhet och utvärderingen är nu inne i ett slutskede.

Primärvårdsprojektet i Nacka innebär att ambulanssjukvården och primärvården har etablerat ett nära samarbete. Samarbetet syftar till att patienter som bedöms att inte vara i behov av akutsjukhusets resurser omhändertas av närsjukvården och geriatriken. Förutom kostnadsbesparing har resultatet blivit en förbättrad livskvalitet för omhändertagna patienter och arbetssättet har under året även utvidgats till Värmdö.

### **Kompetenshöjning**

Enligt Socialstyrelsens författningar krävs legitimerad sjuksköterska i ambulans från oktober månad 2005 i samband med läkemedelsadministrering. För att säkerställa att ambulanssjukvården kommer att kunna ge sjukvård på samma medicinska nivå som idag samt möta de höjda kompetenskraven är målsättningen att *en legitimerad sjuksköterska ska vid varje tidpunkt finnas i varje ambulans*. I dagsläget är uppskattningsvis 20 % av ambulanssjukvårdarna legitimerade sjuksköterskor. Anställningen av sjuksköterskor fortsätter och det är en stor utmaning att uppnå målet då bristen på sjuksköterskor är stor. Olika åtgärder har diskuterats för att påskynda kompetenshöjningen och till att sjuksköterskorna ska finna att ambulanssjukvården är en intressant arbetsplats. Utbildningsinsatser medför att ett 60-tal

ambulanssjuusköterskor examineras till år 2005 och andelen sjuksköterskor höjs till ca 30%. För att kunna följa utvecklingen kommer varje ambulansleverantör att kvartalsvis redovisa hur många ambulanssjukvårdare/sjuusköterskor som finns, som tillkommit eller slutat.

CAK har på olika sätt stöttat ambulansleverantörerna i sin strävan att finna kompetensutvecklande åtgärder för sjuusköterskorna där rotationstjänstgöring med akutsjukhusens personal varit en del. Tyvärr har denna strävan inte lyckats mer än undantagsvis framför allt pga. svårigheter med två olika arbetsgivare.

Ett ekonomiskt incitament under resterande tid av avtalsperioden har införts och syftet med incitamentet är att leverantörerna vid nyrekryteringar skall anställa sjuusköterskor och arbeta långsiktigt för behålla denna yrkeskategori inom ambulanssjukvården.

### **Intensivvårdsambulans**

NVSO/CAK produktutvecklar en ny intensivvårdambulans som ersätter dagens sängambulans och intensivvårdsambulans (MICU). Intensivvårdsambulansen utför transporter med patienter med särskilda vårdbehov. Förutom transporter med IVA patienter utförs både nationella och internationella transporter i samverkan med bland annat ”ECMO teamet” på Astrid Lindgrens barnsjukhus. Personal från sjukhusen medföljer allt oftare under transporten med avancerad utrustning och intensivvårdsambulansen fyller väl behovet av större kapacitet och plats i vårdutrymmet för att genomföra transporter på ett säkert och optimalt sätt. Ivaambulansen är unik i sitt slag och CAK planerar att marknadsföra resursen för att den skall användas optimalt såväl inom som utom landstinget.

### **Akutbilar**

Länets fyra akutbilar är bemannade med en anestesijuusköterska med minst tre års yrkeserfarenhet inom sin specialitet och är således specialiserad på det akuta omhändertagandet och skapande av fria luft- och venvägar och är därför mycket lämplig att omhänderta patienter i behov av akut vård och behandling. Ambulanssjuusköterskeutbildningen ger den speciella kompetens som krävs för att omhänderta de olika patientgrupper och behov som finns.

Ambulanssjuusköterskan och akutbilssköterskan är olika i sin karaktär och kan därför ej heller ersätta varandra. Ambulanssjuusköterskan har det breda perspektivet och akutbilssköterskan sin spjutspetskompetens. Det är dock möjligt att när målet är uppnått, att belastningen på akutbilarna kan komma att minska. Under 2001 utfördes totalt 17.144 uppdrag och prognosen för 2002 är oförändrat antal uppdrag.

### **Helikopter**

En helikopter (ordinarie hkp) är verksam dygnet runt alla dagar och option finns för ytterligare en s.k. sommarhelikopter. Under 2001 utfördes totalt 2.400 uppdrag och prognosen för 2002 är en ökning med 20 % till 2900 uppdrag.

Arbetet har fortskridit med att hitta en mer central placering av helikopterbasen och därmed göra ambulanssjukvårdens medicinska spjutspets – skadeplatsteamet - mer tillgänglig för länets innevånare. En annan placering än nuvarande i Gustavsberg skulle möjliggöra för skadeplatsteamet att åka bil vid uttryckningar i innerstaden och åka helikopter vid övriga uppdrag. Ett stort antal platser har studerats och i den samlade bedömningen framstår Södersjukhuset som det bästa alternativet. Södersjukhusets ledning har ställt sig positiv till placeringen och LOCUM har i uppdrag att genomföra en förstudie av genomförandet.

## Referenser

1. *Ett nummer till sjukvårdsupplysningen. Delrapport från utredningen om nationellt samordnad sjukvårdsupplysning. Landstingsförbundet 2002.*
2. *Borta bra men hema bäst. Hemsjukvården i Stockholms län HSN 2001.*
3. *Närakututredningen. Nordvästra sjukvårdsområdet & Allmänmedicinska enheten, Norra länets produktionsområde. 2002*
4. *Programområde akut omhändertagande. Medicinskt Programarbete. Årsrapport 2001.*
5. *Rapport från utredningen om nytt Universitetssjukhus. Stockholms läns landsting 15 nov 2002.*
6. *SMÅTV projektet. Projektrapport till produktionsstyrelsen 22 nov 2002.*
7. *Uppföljning av vårdavtal för närakuten vid Nacka närsjukhus. Sydöstra sjukvårdsområdet 2002-02-05.*
8. *sÄldre inom akutmedicin - Inventering av patienter 80 år och äldre på medicinklinik Artikelnr: 2002-123-56 ISBN 91-7201-701-5*

## Statistikbilaga

**Tabell 1**  
**Antal läkarbesök Stockholmare (Källa VAL)**

	Läkarbesök sjukhusens akutmottagningat Stockholmare exkl ögon telefonbesök och "EJ-DRG "				Läkarbesök sjukhusens akutmottagning inkl utomlänns, utrikes 1)			
	Läkarbesök akutmottagn	årlig för ändr %	därav inlagda	Andel inlagda	totalt	årlig för ändr %	därav inlagda	Andel inlagda
1994	404427		107235	26.5%	420497		107235	25.5%
1995	400728	-0.9%	113728	28.4%	416772	-0.9%	117149	28.1%
1996	390239	-2.6%	111767	28.6%	406578	-2.4%	115314	28.4%
1997	397848	1.9%	111909	28.1%	414683	2.0%	115237	27.8%
1998	435949	9.6%	113477	26.0%	453835	9.4%	116716	25.7%
1999	461444	5.8%	113108	24.5%	480902	6.0%	116695	24.3%
2000	466130	1.0%	115752	24.8%	486939	1.3%	119350	24.5%
2001	481046	3.2%	114924	23.9%	504187	3.5%	118757	23.6%
2002 prognos	481390	0.1%	117661	24.4%				
Förändring 2001-02		0.1%	2.4%			-100.0%	0%	
99-2002		4.3%	4.0%			-100.0%	-100.0%	

1) exkl telefonbesök, ögon "ej DRG"

	Läkarbesök i primärvården				därav husläkarbesök			därav jourmottagning på		Närakuter/ Spec mottagn
	totalt	antal	varav akuta <sup>3)</sup>	proc	kväll/helg	totalt				
1995	2257000	2048669	1083746	52.9%	109000	109000	69000			
1996	2208500	1957441	1011997	51.7%	123000	123000	69400			
1997	2177000	1961463	1017999	51.9%	129000	129000	69100			
1998	2342746	2139100	1086663	50.8%	142000	142000	74700			
1999	2380632	2198723	965239	43.9%	144000	144000	83800			
2000	2470936	2283891	918124	40.2%	154000	154000	80389			
2001	2453334	2304351	912523	39.6%	180000	204505	94042			
2002 prog	2502320	2349600	911645	38.8%	177000	213577	80107			
Förändr										
2001-02	2%	2%	0%		-2%	4%	-15%			
1999-2002	5%	7%	-6%		23%	48%	-4%			

2) skattat antal 1995-96, 2001-2

3)Skattat antal oplanerade besök



**Tabell 2.** Antal besök vid jourmottagningar och fristående akutmottagningar (närakutmottagningar)

	2001	2002 prognos
City akuten	50 606	47 000
Sabbatsberg	16 281	14 400
Dalen	10 210	900
Järva	5 312	6 200
DS barnakut	11 633	11 600
<b>Summa</b>	<b>94 042</b>	<b>80 100</b>
Primärvårdens jourmott	<b>204 505</b>	<b>214 000</b>
Varav kväll helg	<b>180 000</b>	<b>177 000</b>

(Källa sjukvårdsområdena)

**Tabell 3.** Antal läkarbesök på akutsjukhusens akutmottagningar och andel inskrivna 2001-2002 (prognostiserat)- Stockholm (exkl ögonsjukvård)

	2001			Prognos 2002			Prognos Förändring 2001-02	
	därav		inskrivna %	därav		inskrivna %	därav	
	Besök	inskrivna		Besök	inskrivna		Besök	inskrivna
SÖS	102857	30156	29.3%	99690	32090	32.2%	-3.1%	6.4%
STS	31434	6560	20.9%	29160	6605	22.7%	-7.2%	0.7%
NTS	18077	4874	27.0%	19350	4975	25.7%	7.0%	2.1%
DS	51257	16247	31.7%	51070	15740	30.8%	-0.4%	-3.1%
KS	130494	24018	18.4%	133535	24797	18.6%	2.3%	3.2%
HS	95869	19070	19.9%	95970	19022	19.8%	0.1%	-0.3%
St G	51058	13999	27.4%	52615	14432	27.4%	3.0%	3.1%
<b>Summa</b>	<b>481046</b>	<b>114924</b>	<b>23.9%</b>	<b>481390</b>	<b>117661</b>	<b>24.4%</b>	0.1%	2.4%

(Källa VAL)

**Tabell 4**

Antal läkarbesök på primärvårdens jourmottagningar

	Prognos					
	1998	1999	2000	2001	2002	
<b>NÖSO</b>	<b>21533</b>	<b>20594</b>	<b>18285</b>	<b>19241</b>	<b>17810</b>	
Täby	6857	6670	6560	6486	5850	
Åkersberga	4068	3993	3763	3913	3800	
Östermalm	10608	9931	7962	8842	0	
Lidingö					3170	
Norrtälje					4990	
<b>NVSO</b>	<b>26071</b>	<b>24849</b>	<b>27987</b>	<b>62561</b>	<b>57414</b>	
Sollentuna	6846	6199	4259			
Väsby	4645	4238	3150			
Kallhäll	8868	8856	108			
Råsunda/Solna	5712	5556	3696			
Solna			6801	23977	20500	10000 dag
Löwenströmska			9973	30472	28376	14000 dag
Jakobsberg				8112	8538	
<b>NSSO</b>	<b>25208</b>	<b>22349</b>	<b>28610</b>	<b>34377</b>	<b>34276</b>	
Sabbatsberg	6634	5776	7576	11254	12926	
Spånga	18574	16573	21034	23123	21350	
Riksby	0	0	0	0	0	
<b>SSSO</b>	<b>20445</b>	<b>23672</b>	<b>22346</b>	<b>28639</b>	<b>28717</b>	
Dalen	4333	2287	2067	10233	0	
Skanstull	4028	4133	4000	10958	0	
jourmottagn helg	12084	17252	16279	0	0	
Ringön					5954	
Söderled					4954	
Stureby					5030	
Västra Södermalm					5497	
Bagarmossen					7282	
5 nya from 3sep 01				7448		
<b>SÖSO</b>	<b>25077</b>	<b>25321</b>	<b>28633</b>	<b>31184</b>	<b>44760</b>	
Ektorp/Nacka närsjuk	10906	10896	11993	12549	1969	
Nacka närsjukhus					24387	12000dag
Nynäshamn	4709	4980	5446	6112	5546	
Handen	9462	9445	11194	12523	12858	
<b>SVSO</b>	<b>27932</b>	<b>27221</b>	<b>28195</b>	<b>28503</b>	<b>30600</b>	
Huddinge	12309	12089	11766	11287	11500	
Liljeholmen	9203	7914	9206	9964	11600	
Södertälje	6420	7218	7223	7252	7500	
<b>Summa</b>	<b>146266</b>	<b>144006</b>	<b>154056</b>	<b>204505</b>	<b>213577</b>	
<b>Kväll o helg</b>	<b>146266</b>	<b>144006</b>	<b>154056</b>	<b>180000</b>	<b>177 000</b>	

(Källa sjukvårdsområdena)

**Tabell 5**

Andel läkarbesök och inlagda på sjukhusens akutmottagningar ålderfördelat

	Läkarbesök sjukhusens akutmottagningar Andel efter ålder					
	totalt	0-17	18-64	65-79	80-	uppgift saknas
1994	100.0%	23.9%	49.8%	16.3%	9.9%	0.0%
1995	100.0%	24.0%	49.0%	16.3%	10.6%	0.0%
1996	100.0%	22.9%	49.3%	16.8%	11.0%	0.0%
1997	100.0%	22.4%	50.1%	16.6%	11.0%	0.0%
1998	100.0%	23.0%	49.5%	16.1%	11.0%	0.4%
1999	100.0%	22.7%	50.4%	15.7%	10.9%	0.3%
2000	100.0%	20.7%	52.5%	15.3%	11.3%	0.2%
2001	100.0%	21.2%	52.8%	14.5%	11.3%	0.3%
2002 prog 2)	100.0%	21.0%	52.9%	14.2%	11.6%	0.3%

1) exkl telefonbesök, bara Stockholmare

2) Prognos utifrån statistik jan-okt

**Fördelning av antalet inlagda från akutmottningar i åldersgrupper**

	Ålder					
	totalt	0-17	18-64	65-79	80-	uppg saknas
1994	100.0%	11.5%	38.3%	29.0%	21.3%	
1995	100.0%	10.5%	38.7%	28.8%	22.0%	
1996	100.0%	9.8%	39.0%	29.1%	22.2%	
1997	100.0%	9.8%	39.2%	28.5%	22.4%	
1998	100.0%	9.3%	39.2%	28.5%	22.7%	0.4%
1999	100.0%	9.3%	39.7%	28.1%	22.7%	0.3%
2000	100.0%	8.6%	40.3%	26.9%	23.9%	0.3%
2001	100.0%	9.0%	40.0%	25.8%	24.8%	0.3%
2002 prog 2)	100.0%	8.9%	40.4%	25.3%	25.1%	0.3%

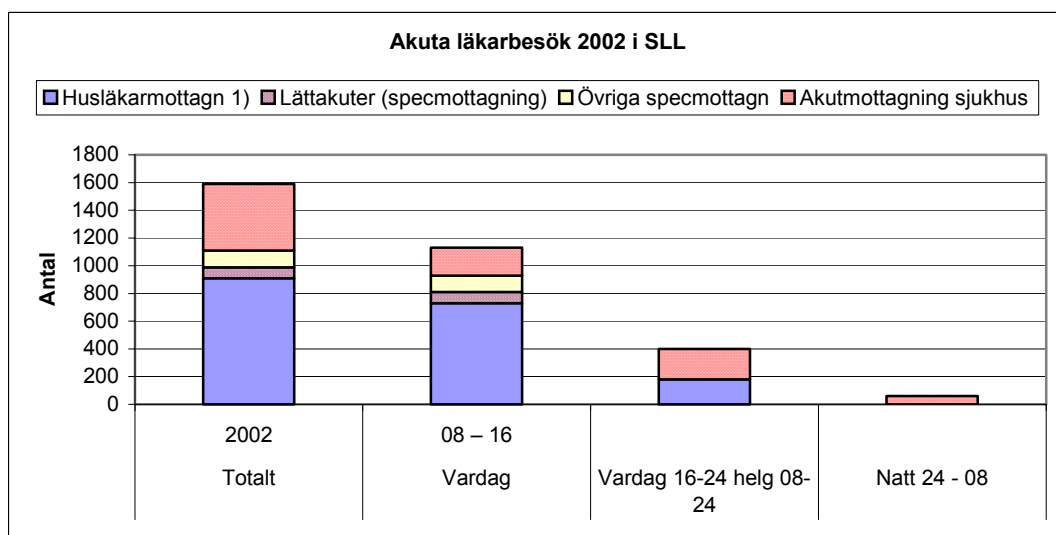
**Andel inlagda av antalet besök i olika åldersgrupper**

	Ålder					
	totalt	0-17	18-64	65-79	80-	uppg saknas
1994	26.5%	12.7%	20.4%	47.3%	56.8%	
1995	28.4%	12.4%	22.4%	50.0%	58.9%	
1996	28.6%	12.2%	22.7%	49.7%	57.5%	
1997	28.1%	12.3%	22.1%	48.5%	57.4%	
1998	26.0%	10.5%	20.6%	46.1%	53.5%	
1999	24.5%	10.0%	19.3%	44.0%	51.0%	
2000	24.8%	10.3%	19.1%	43.6%	52.6%	
2001	23.9%	10.1%	18.1%	42.5%	52.4%	
2002 prog	24.4%	10.4%	18.7%	43.5%	52.9%	

**Tabell 6**

Antal akuta/oplanerade läkarbesök 2002 (exkl psykiatri geriatrik - Stockholmare)

	Totalt 2002	Vardag 08 – 16	Vardag 16-24 helg 08-24	Natt 24 - 08	Andel
Husläkarmottagn 1)	910	730	180		57.2%
därav jourmottagning	210	35	180		13.5%
Lättakuter (specmottagn)	80	80	--	--	5.0%
Övriga specmottagn	120	120			7.5%
Akuttmottagning sjukhus	480	200	220	60	30.2%
Totalt	1 590	1 130	400	60	100%
Andel		71.1%	25.2%	3.8%	



## AMBULANSSJUKVÅRDEN

**Tabell 7.** Antal uppdrag per år (Antalet uppdrag för nov-dec 2002 är ännu ej klara varför 2002s siffror är preliminära :

	%-ökning mellan 2001-2002	2002	2001	2000	1999	1998
Ambulansuppdrag	1,5 %	132.000	130.000	120.800	115.500	107.900
Akutbilsuppdrag	0 %	17.100	17.100	15.300	14.100	11.600
Helikopteruppdrag	20 %	2.900	2.400	2.300	2.300	1.900

(Källa CAK)

**Tabell 8.** Prioriteternas % andel av årens totala antal uppdrag (nov-dec 2002 är preliminära)

År	Prio 1	Prio 2	Prio 3
1998	47%	31%	22%
1999	48%	33%	19%
2000	52%	33%	15%
2001	54%	33%	13%
2002	53%	33%	14%

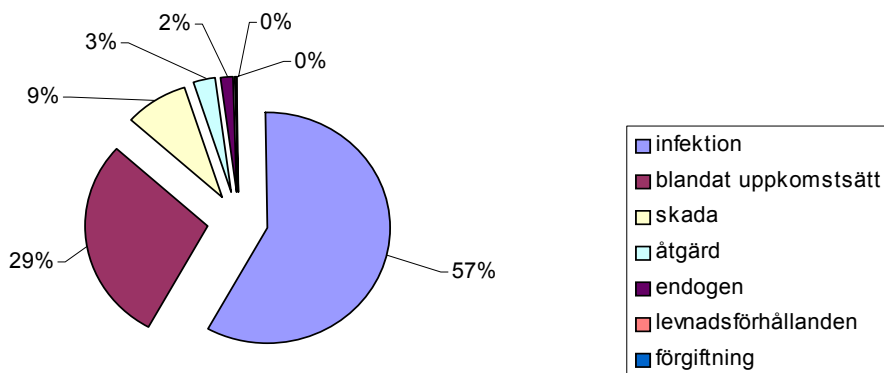
**Tabell 9.** Antal Prioritet 1 uppdrag i procent som nås av ambulans inom de olika tidsintervallen

Tidsintervall	Målformulering	September 2002	September 2001	August 2001	Mars 2000
10 minuter	75 %	69%	72 %	72 %	73 %
15 minuter	95 %	88%	91 %	90 %	91 %
20 minuter	99 %	95%	96 %	96 %	96 %
>20 minuter	100 %	100%	100 %	100 %	100 %

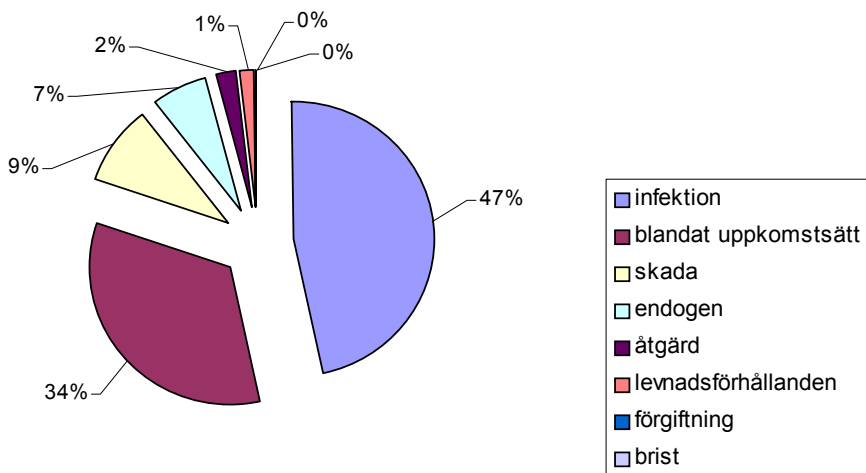
**Tabell 10.** Antal Prioritet 2 uppdrag i procent som nås av ambulans inom de olika tidsintervallen

Tidsintervall	Målformulering	September 2002	Januari 2002	September 2001	Augusti 2001	Maj 2001	Mars 2000
30 minuter	85 %	81 %	83 %	82 %	79 %	79 %	72 %
45 minuter	95 %	95 %	94 %	94 %	92 %	92 %	87 %
60 minuter	99 %	98,5 %	98 %	98 %	97 %	97 %	94 %
>60 minuter	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

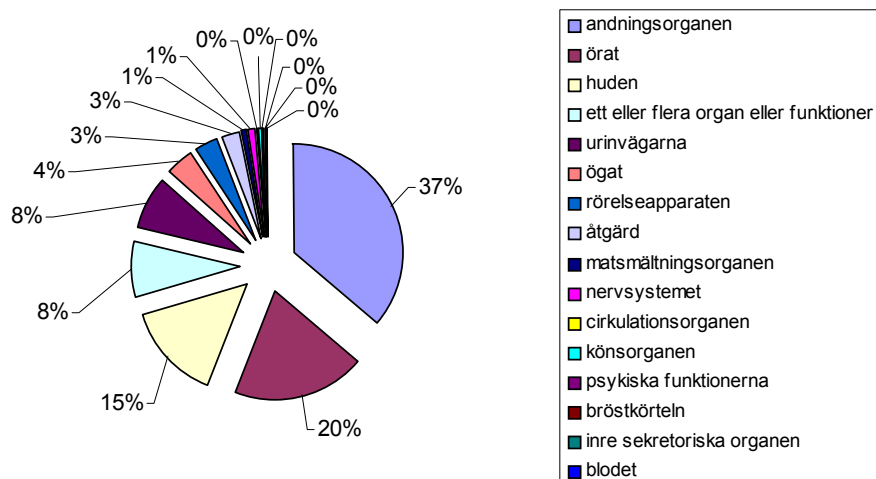
### Diagnoser enl Uppkomstsätt från "Prim.dok-Kuben" Journott Täby o Åkersberga 2000



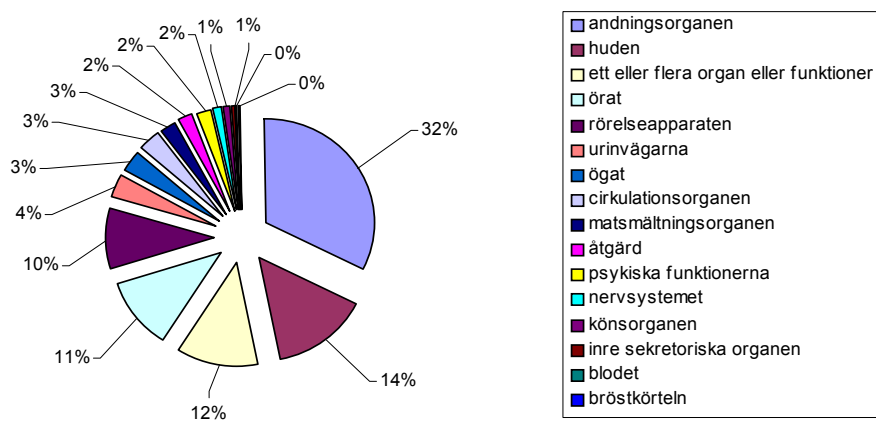
### Diagnoser enl Uppkomstsätt från "Prim.dok-Kuben" Oplanerade Besök Vaxholm 2000



### Diagnoser enl Belägenhet från "Prim.dok-kuben" Journott Täby o Åkersberga 2000



### Diagnoser enl Belägenhet från "Prim.dok-Kuben" Oplanerade Besök Vaxholm 2000



## Förteckning över rapporter från MPA

Stockholms Medicinska Råds Årsrapport 2000 (MPA 1/00)  
Stockholms Medicinska Råds Årsrapport 2001 (MPA 1/01)  
Stockholms Medicinska Råds Årsrapport 2002 (MPA 1/02)

Programområdenas Årsrapporter från MPA 2000  
Programområdenas Årsrapporter från MPA 2001

### Programområdenas Årsrapporter från MPA 2002

MPA 2/02 Kvalitetsutveckling  
MPA 3/02 Akut omhändertagande (AO)  
MPA 4/02 Barnsjukvård (B)  
MPA 5/02 Hjärt-, Kärl- och Lungsjukvård (HKL)  
MPA 6/02 Kvinnosjukvård (K)  
MPA 7/02 Medicin – Kirurgi 1 (MK 1)  
MPA 8/02 Medicin – Kirurgi 2 (MK 2)  
MPA 9/02 Medicin – Kirurgi 3 (MK 3)  
MPA 10/02 Medicinsk Service (MS)  
MPA 11/02 Nervsystemets sjukdomar (N)  
MPA 12/02 Omvårdnad (O)  
MPA 13/02 Primärvård (PV)  
MPA 14/02 Psykiatrisk vård (P)  
MPA 15/02 Rörelseorganens sjukdomar (R)  
MPA 16/02 Äldrevård (Å)

MPA 2/01 Arbetsätt och Rapportstruktur – Medicinskt Program Arbete.  
Samverkan kring den medicinska utvecklingen

### Fokusrapporter

MPA 1/01 Äldre multisjuka, steg 1  
MPA 2/02 Äldre multisjuka, steg 2  
MPA 3/02 MR- utredning

### Regionala vårdprogram

MPA 1/02 Normal graviditet, förlossning och eftervård  
MPA 3/02 Trycksår – prevention och behandling  
MPA 4/02 Vård av suicidnära patienter  
MPA 5/02 STI/hiv-prevention

Samtliga Årsrapporter är publicerade på MPAs webbsida [www.hsn.sll.se/mpa](http://www.hsn.sll.se/mpa)