

VENTETIDER I AKUTMODTAGELSER



AKUTUDVALGET (UDVALGET OM DET PRÆHOSPITALE
AKUTBEREDSKAB)

MAJ 2012

Indhold

1. Indledning og sammenfatning	3
2. Ventetider i akutmodtagelser og akutklinikker	6
2.1. Aktivitet og regionale forskelle	6
2.2. Opgørelse af ventetider på akutmodtagelser og akutklinikker	7
3. Initiativer mhp. at sikre hurtig behandling	11
3.1. Visitation	11
3.2. Organisering og arbejdstilrettelæggelse	16
3.3. Information til patienterne om ventetider	18
3.4. Regionale servicemål for ventetid i akutmodtagelser	21
Bilag 1. En landsdækkende triagemodel	24
Bilag 2. Region Hovedstadens handlingsplaner m.v.	25

1. Indledning og sammenfatning

Det fremgår af udvalgets kommissorium, at udvalget skal opstille forslag til, hvordan ventetiden i landets akutmodtagelser kan nedbringes med fokus på afdækning af initiativer, der er igangsat regionalt mhp. at sikre hurtig behandling i akutmodtagelser, herunder i forhold til visitation af patienterne og i forhold til arbejdstilrettelæggelse på akutmodtagelserne.

Dette notat indeholder:

- En opgørelse af aktivitet og ventetider i akutmodtagelser og akutklinikker, dels på regionsniveau, dels på sygehusniveau.
- En afdækning af initiativer, der er igangsat regionalt med henblik på at sikre hurtig behandling i akutmodtagelserne, herunder i forhold til visitation, organisation og arbejdstilrettelæggelse, information til patienter om ventetider og regionale servicemål for ventetider i akutmodtagelser.
- Udvalgets forslag og anbefalinger.

Notatet er udarbejdet på baggrund af bidrag fra regionerne.

Notatets bilag 2 indeholder desuden en beskrivelse af de initiativer, som Region Hovedstaden iværksatte i efteråret for at nedbringe ventetiden for akutte patienter samt resultaterne heraf. Bilaget er udarbejdet af Region Hovedstaden.

Det skal indledningsvist præciseres, at det primære fokus i notatet er ventetid fra, patienten ankommer til akutmodtagelsen til, behandlingen igangsættes, dvs. ventetid fra ankomst til udrednings-/behandlingsstart. Og med behandlingsstart menes ikke den initiale triage, der sker, når patienten ankommer, eller hvis patienten får is eller en midlertidig bandage på en skade.

Sammenfatning

Baggrunden for akutudvalgets notat er, at der i sommeren 2011 var stor fokus på ventetiderne i landets akutmodtagelser, som enkelte steder i landet var meget lange for nogle patienter.

Notatet indeholder dels en opgørelse af aktivitet og ventetider i akutmodtagelser og akutklinikker i 2011, dels af en afdækning af de initiativer, som regionerne har igangsat for at sikre hurtig behandling i akutmodtagelserne. På den baggrund kommer akutudvalget med en række anbefalinger til den fremtidige indsats på området.

Ventetidsopgørelserne viser, at den gennemsnitlige ventetid fra ankomst til igangsættelse af behandling i 2011 var 56 minutter i Region Hovedstaden, 25 minutter i Region Sjælland, 49 minutter i Region Syddanmark og 49 minutter i Region Midtjylland, idet der dog skal tages forbehold for, at de opgjorte ventetider ikke er direkte sammenlignelige på tværs af regionerne.

Derudover indeholder notatet mere specificerede opgørelser over ventetider for de enkelte regioner opgjort på hospitalsniveau. Disse opgørelser viser, at der generelt er store forskelle i ventetider hospitalerne imellem – også indenfor de enkelte regi-

oner – samt at der som hovedregel ses længere ventetider på de store akutmodtagelser end på de mindre akutklinikker.

De nye fælles akutmodtagelser er disse år under etablering i regionerne. Etableringen af de fælles akutmodtagelser har til formål at højne kvaliteten i den akutte behandling, herunder sikre at de nødvendige specialer og kompetencer er til stede, og at patienterne ikke oplever unødigt ventetid.

Derudover har samtlige regioner igangsat eller planlagt konkrete initiativer for at nedbringe ventetider i akutmodtagelser og akutklinikker og højne kvaliteten i visitation og behandlingen, herunder en række initiativer vedr. organisering og arbejdstilrettelæggelse med henblik på at optimere arbejdsgangene og sikre effektive patientforløb, jf. nedenstående oversigt.

Udvalget konstaterer således, at regionerne – bl.a. i lyset af at der i sommeren 2011 enkelte steder i landet blev konstateret uhensigtsmæssigt lange ventetider for nogle patienter - generelt har haft fokus på området og taget en række forskellige initiativer, herunder fællesregionale, for at udvikle tilbuddene.

Eksempler på regionale initiativer med henblik på at nedbringe ventetid i akutmodtagelser og akutklinikker

- Tre ud af fem regioner har i dag visiteret adgang til deres akutmodtagelser og akutklinikker (Region Midtjylland, Region Nordjylland og Region Sjælland).
- Region Sjælland har i oktober 2011 indført en sygeplejebemandet akuttelefon, som er visiterende.
- Region Hovedstaden har med udgangen af januar 2012 indført en rådgivende akuttelefon. Region Syddanmark planlægger med en lignende telefonisk løsning fra oktober 2012.
- Alle regioner har indført triage, tværfaglige teams, "fast track spor"/behandlersygeplejerskerspor til patienter med mindre skader, flowmasterfunktioner og elektroniske oversigtstavler.
- Regionerne har initiativer i forhold til efteruddannelse af sygeplejersker og læger målrettet det akutte område.
- Region Syddanmark har fra januar 2012 indført et informationssystem og en akuthjælp app, som bl.a. viser ventetider i akutmodtagelser og akutklinikker.
- Tre ud af fem regioner har fastsat politiske servicemål for, hvor lang tid patienter må vente i akutmodtagelser og akutklinikker fra ankomst til behandlingsstart (Region Sjælland, Region Syddanmark og Region Midtjylland).

Det er generelt vigtigt at være opmærksom på, at ventetiden i akutmodtagelser og akutklinikker langt overvejende udgøres af patienter med mindre skader eller lidelser, da triageringsprincippet¹ generelt sikrer, at patienter med alvorlige skader eller sygdomme bliver behandlet hurtigt og uden unødigt ventetid.

Derfor har der i regionerne også været fokus på håndtering af patienter med behov for vurdering og behandling af lettere skader og sygdomme, bl.a. i form af "fast track spor"/behandlersygeplejerskerspor.

¹Triage er et prioriteringsredskab, som skal sikre, at patienterne bliver vurderet og behandlet i rækkefølge efter alvorligheden af den enkelte patients sygdomsbillede vurderet ud fra fastlagte kriterier, jf. afsnit 3.2 og bilag 1.

Udvalget vurderer samlet med udgangspunkt i de foreliggende ventetidsoplysninger mv., at visitation kombineret med et fortsat fokus på at optimere arbejdstilrettelæggelsen kan sikre grundlaget for en håndtering af ventetidsproblematikken på akutmodtagelserne, inkl. servicemål for ventetiden.

På den baggrund har akutudvalget følgende anbefalinger til, hvordan ventetiden i landets akutmodtagelser og akutklinikker kan nedbringes:

- Indgangen til det akutte system er visiteret og starter som en telefonisk henvendelse med henblik på at sikre patienterne det rette behandlingstilbud og en effektiv udnyttelse af sundhedsvæsenets ressourcer.²
- Samtlige regioner indfører visiteret adgang til deres akutmodtagelser og akutklinikker.²
- Regionerne fortsat har fokus på at optimere arbejdstilrettelæggelsen i akutmodtagelser og akutklinikker ved hjælp af "fast track spor"/behandlersygeplejerskerspor til patienter med mindre skader, flowmasterfunktioner, elektroniske oversigtstavler m.v. med henblik at sikre hurtige og effektive patientforløb.
- Regionerne fortsat har fokus på efteruddannelse og kompetenceudvikling af sygeplejersker og læger målrettet det akutte område.
- Udvalget konstaterer og bakker op om, at alle akutte patienter triageres ved ankomst til akutmodtagelse med udgangspunkt i regionernes landsdækkende triagemodeller, så det sikres, at patienterne bliver vurderet og behandlet efter alvorlighedsgrad. Regionernes triagemodeller skal anvendes ensartet på tværs af landet.
- Patienterne oplyses om de forventede ventetider, inden de ankommer til akutmodtagelse eller akutklinik. Det kan være telefonisk ifm. visitation, via hjemmeside, akut app m.v.
- Patienterne oplyses om de forventede ventetider, når de ankommer til akutmodtagelsen eller akutklinikken, og hvis der opstår uforudsete forsinkelser eller væsentlige ændringer undervejs. Det kan være i forbindelse med triage eller på elektroniske oversigtstavler/informationsskærme i venteværelset.
- Der indføres mulighed for "hjemme-ventetid" for patienter med mindre skader eller lidelser, således at denne gruppe af patienter får mulighed for at vente i hjemmet i stedet for at vente i akutmodtagelse eller akutklinik.
- Udvalget konstaterer og bakker op om, at regionerne i fællesskab etablerer en landsdækkende akut app, som på en let og overskuelig måde kan informere patienterne om bl.a. forventede ventetider i akutmodtagelser og akutklinikker.

² Danske Regioner har her en mindretalsudtalelse, hvoraf det fremgår, at spørgsmålet om visiteret adgang bør håndteres i den enkelte region, og at der derfor ikke skal være et generelt krav om visiteret adgang til akutmodtagelse og akutklinikker, jf. afsnit 3.1.

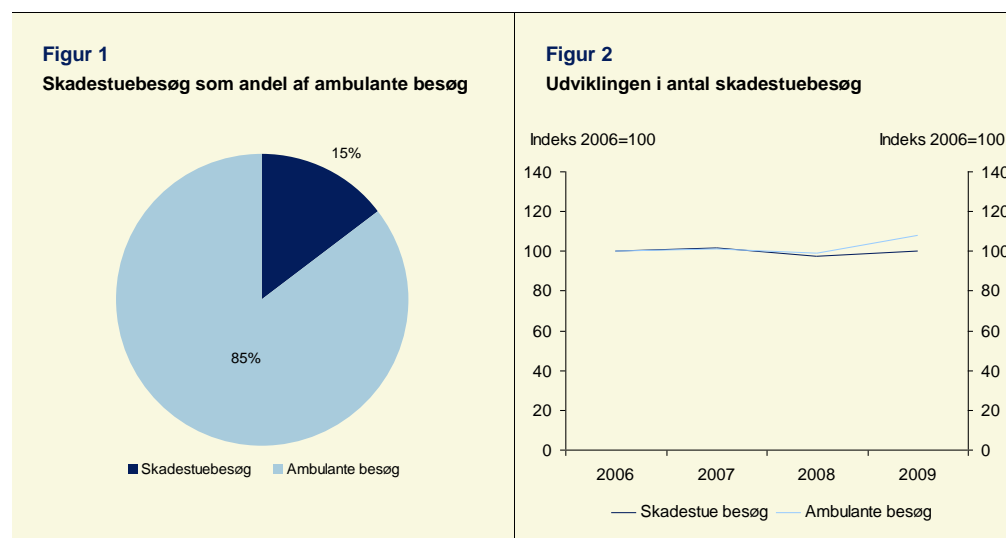
- Samtlige regioner opstiller servicemål for ventetider i akutmodtagelser og akutklinikker forstået som ventetid fra patienten ankommer til behandlingen igangsættes.
- Servicemålene er genstand for løbende monitorering i forhold til målopfyldelse, hvilket dels skal bidrage til åbenhed overfor borgerne, dels fungere som styringsinstrument mellem region og hospital.

2. Ventetider i akutmodtagelser og akutklinikker

2.1. Aktivitet og regionale forskelle

Der var i alt ca. 980.000 skadestuebesøg i 2009, svarende til ca. 15 pct. af alle ambulante besøg i sygehusvæsenet, jf. figur 1.

Udviklingen i antal skadestuebesøg har de seneste år ligget sig på et stabilt niveau, jf. figur 2. Det er således ikke noget, der tyder på, at stigende aktivitet generelt udgør en udfordring i planlægning af kapaciteten. Etableringen af de fælles akutmodtagelser kan imidlertid betyde, at disse oplever en stigende aktivitet, idet aktiviteten samles på færre enheder.



Kilde: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og lovmodellen.

Knap 70 pct. af besøgene afsluttes ved udskrivning til alment praktiserende læge, mens de resterende besøg hovedsageligt afsluttes på sygehuset, jf. tabel 1.

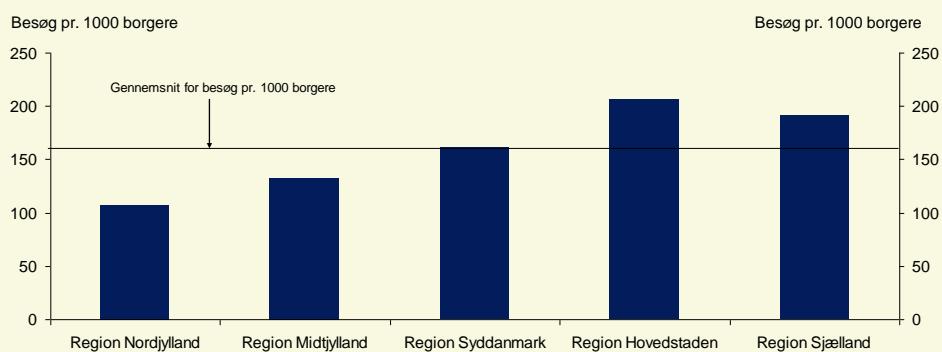
Tabel 1
Skadestuebesøg fordelt på udskrivningsmåde (2009)

Udskrivningsmåde	Besøg	Andel (pct.)
Alment praktiserende læge	630.503	68
Praktiserende speciallæge	3.748	0
Død	2.298	0
Andet	29.591	3
Behandling i udlandet	7	0
Afsluttet til sygehusafsnit	257.400	28
I alt	923.547	100

Kilde: LPR samt egne beregninger

Der er store forskelle i omfanget af skadestuebesøg på tværs af regionerne. Region Hovedstaden og Region Sjælland har flest besøg pr. borger, mens Region Midtjylland og Region Nordjylland har færrest. Region Hovedstaden har således ca. dobbelt så mange pr. 1.000 indbyggere som Region Nordjylland, jf. figur 3.

Figur 3
Forskelle i besøg pr. 1.000 borger (2009)



Anm.: Linjen i figuren markerer landsgennemsnittet for antal besøg pr. 1000 borgere

Kilde: LPR, DST samt egne beregninger

Disse forskelle kan bl.a. ses i sammenhæng med forskelle i visitation, jf. afsnit 3.1. Forskellene kan også afspejle andre regionale forskelle, herunder forskelle i sygdomsmønstre, tilgængelighed til almen praksis og afstand til akutmodtagelser.

2.2. Opgørelse af ventetider på akutmodtagelser og akutklinikker

Tabel 2 indeholder en sammenfattende oversigt over ventetider på regionernes akutmodtagelser og akutklinikker i 2011 – dels den gennemsnitlige ventetid, dels 75 percentil og 95 percentil, som viser, at henholdsvis 75 % og 95 % af patienterne har fået igangsat behandling indenfor x minutter. Percentilerne viser således, hvor

længe de patienter venter, som venter længst. Der er tale om ventetid fra ankomst til igangsættelse af behandling.

Det skal bemærkes, at ventetiderne i Region Midtjylland alene omfatter akutafdelingerne i Region Midtjylland og ikke akutklinikkerne. På akutklinikkerne vil ventetiden som udgangspunkt være kortere, fordi de større akutte traumer, som modtages på akutafdelingerne, ikke bidrager til at forlænge ventetiden for de øvrige patienter. Ventetiderne er således ikke umiddelbart sammenlignelige på tværs af regionerne.

Det ses af tabel 2, at Region Hovedstaden i 2011 havde de længste ventetider med en gennemsnitlig ventetid på 56 minutter og 5 % af patienterne, som ventede 3 timer og 49 minutter eller mere. Region Sjælland havde de korteste ventetider.

Tabel 2. Oversigt over ventetider på akutmodtagelser og akutklinikker opgjort på regionsniveau (2011)

	Antal besøg	Gennemsnitlig ventetid	75 percentil	95 percentil
Hovedstaden ¹	297.413	00:56	01:16	03:49
Sjælland ²	143.608	00:25	00:25	02:03
Syddanmark	188.230	00:49	00:40	02:54
Midtjylland ³	121.903	00:49	-	-
Nordjylland	-	-	-	-

Note 1: Tallene er uden tal for Gentofte Hospital, da de grundet fejlregistrering ikke er medtaget i opgørelser for 2011.

Note 2: Skadekontakter med ventetid på > 18 timer (i alt 76) og med uoplyst ventetid (i alt 316) er ekskluderet fra ventetidsberetningen.

Note 3: Tallene omfatter kun akutafdelingerne/skadestuerne og ikke akutklinikkerne. Desuden indgår RH Viborg ikke i opgørelsen pga. tekniske udfordringer.

Region Nordjylland har oplyst, at det med det nuværende IT-mæssige set-up ikke er muligt at oplyse valide tal for ventetider i akutmodtagelserne. Regionen arbejder i øjeblikket på at få implementeret en IT-løsning, som giver mulighed for valide opgørelser af ventetider.

Nedenstående tabel 3 til 6 indeholder mere specificerede opgørelser over ventetider for de enkelte regioner opgjort på de enkelte akutmodtagelser og akutklinikker.

Det bemærkes, at der generelt er store forskelle i ventetider hospitalerne imellem – også indenfor de enkelte regioner – samt at der som hovedregel ses længere ventetider på de store akutmodtagelser end på de mindre akutklinikker. De længste ventetider ses på Herlev Hospital, Horsens Hospital, Frederiksberg Hospital, Hvidovre Hospital, Bispebjerg Hospital og Hillerød Hospital, hvor de 5 % af patienterne, som ventede længst, ventede mere end 4 timer.

Tabel 3. Ventetider for akutte patienter i Region Hovedstaden – akutmodtagelser og akutklinikker (2011)

Hospital	Antal besøg	Gennemsnitlig ventetid	75 percentil	95 percentil
Bispebjerg		01:18	01:55	04:15
Hvidovre		01:07	01:38	04:25
Amager		00:37	00:54	02:14
Frederiksberg		01:20	02:00	04:31
Glostrup		00:09	00:07	00:36
Herlev		01:30	02:09	05:09
Hillerød		01:01	01:25	04:06
Frederikssund		00:36	00:49	02:17
Helsingør		00:30	00:37	02:01
Bornholm		00:32	00:43	02:03
Region Hovedstaden i alt	297.413	00:56	01:16	03:49

Note: Tallene er uden tal for Gentofte Hospital, da de grundet fejlregistrering ikke er medtaget i opgørelser for 2011.

I forhold til Region Hovedstaden kan desuden oplyses, at regionen har udarbejdet ventetidsanalyser, som viser, at den gennemsnitlige ventetid er faldet fra 49,7 minutter i august 2011 til 43 minutter i februar 2012. Der er samtidig sket et fald i antallet af patienter, der venter længe. Der ser derfor ud til, at de initiativer, som regionen iværksatte i efteråret 2011 til et nedbringe ventetiderne har haft en effekt. For en nærmere beskrivelse heraf henvises til bilag 2.

Tabel 4. Ventetider for akutte patienter i Region Sjælland – akutmodtagelser og akutklinikker (2011)

Hospital	Antal besøg	Gennemsnitlig ventetid (min.)	75 percentil, antal	95 percentil antal
Akutafdeling	97.492	00:28	00:29	02:16
Holbæk	21.458	00:33	00:39	02:19
Køge	27.053	00:26	00:34	02:01
Nykøbing F.	21.116	00:25	00:14	02:01
Slagelse	27.865	00:27	00:26	02:38
Skadestue	40.655	00:21	00:21	01:34
Næstved	19.209	00:13	00:14	00:56
Roskilde	21.446	00:28	00:31	02:10
Skadeklinik	5.461	00:07	00:05	00:35
Kalundborg	2.410	00:08	00:07	00:40
Nakskov	1.164	00:06	00:07	00:36
Nykøbing Sj.	1.021	00:08	00:05	00:45
Ringsted	458	00:04	00:03	00:16
Stege	103	00:07	00:09	00:39
Vordingborg	305	00:02	0	00:09
Region Sjælland i alt	143.608	00:25	00:25	02:03

Note 1. Skadekontakter med en ventetid på > 18 timer er ekskluderet fra ventetidsberegningen, idet sådanne kontakter antages at være udtryk for fejlregistrering. Der er i alt 76 skadekontakter med en registreret ventetid på > 18 timer.

Note 2. Skadekontakter med uoplyst ventetid er ekskluderet fra ventetidsberegningen. Der er i alt 316 skadekontakter, hvor ventetiden ikke er opgjort.

Note 3. Skadeklinikkerne i Ringsted, Stege og Vordingborg er blevet lukket ned i løbet af 2011. Skadeklinikken i Nykøbing Sjælland er fra 2011 lukket ned i vinterhalvåret.

Tabel 5. Ventetider for akutte patienter i Region Syddanmark – akutmodtagelser og akutklinikker (2011)

Hospital	Antal besøg	Gennemsnitlig ventetid (min.)	75 percentil (min.)	95 percentil (min.)
Odense Skadestue	46.869	00:41	00:51	03:24
Svendborg Skadestue	22.610	00:45	01:00	03:27
Sønderborg Skadestuefunktion	5.414	00:01	00:00	00:03
Haderslev Skadeklinik	4.867	00:01	00:00	00:01
Tønder Skadeklinik	4.649	00:00	00:00	00:00
Aabenraa Skadestue	20.192	01:41	00:52	02:32
Esbjerg Skadestue	21.251	00:32	00:36	02:34
Grindsted Skadeklinik	2.381	00:03	00:00	00:23
Kolding Skadestue	28.860	00:42	01:01	03:11
Vejle Skadestue	21.569	00:42	01:05	02:57
Middelfart Skadeklinik	4.766	00:07	00:08	00:37
Fredericia Skadeklinik	4.802	00:06	00:06	00:36
Region Syddanmark i alt	188.230	00:49	00:40	02:54

Tabel 6. Ventetider for akutte patienter i Region Midtjylland – akutmodtagelser (2011)

Hospital	Antal besøg	Gennemsnitlig ventetid	75 percentil	95 percentil
Aarhus Universitetshospital	53.766	00:31	00:42	02:03
Hospitalsenheden Vest (RH Herning og RH Holstebro)	21.089 (7 måneder) ³	00:51	01:14	02:49
RH Horsens	20.899 ⁴	01:40	01:58.	05:02
RH Randers	26.149 ⁵	00:47	- ⁴	- ⁴
Region Midtjylland (På baggrund af de opgjorte tal)	121.903	00:49	-	-

Opgørelsen omfatter ikke RH Viborg pga. tekniske udfordringer.

1. Det bemærkes, at data er opgjort på baggrund af EPJ, som Akutafdelingen overgik til pr. 1/6 2011. Udtrækket dækker således perioden 1/6-31/12 2011.

2. Det bemærkes, at der pga. udtrækningsmulighederne i hospitalet, er 928 patienter af det samlede antal skadestuebesøg på 21.827 patienter, som ikke indgår i opgørelsen.

3. Det bemærkes, at registreringerne er for patienter til skadestuen.

4. Kan ikke beregnes pba. datasættet.

Ventetider og triage

Ovenstående ventetidsopgørelser indeholder alle skadekontakter og skelner således ikke mellem patienter, hvis behandlingsbehov er livstruende, og patienter med

mindre skader og lidelser. På alle akutsygehuse udføres i dag triage for alle patienter, når de ankommer til den fælles akutmodtagelse. Det er således relevant at se på ventetiderne fordelt på triagekategorier.

Region Hovedstaden udarbejdede i 2011 en analyse af ventetiden for skadepatienter, herunder ventetiden fordelt på triagekategorier.

I en uge blev der foretaget en manuel registrering af ventetiden for alle regionens skadepatienter fordelt på triagekategorier. Undersøgelsen viste, at ingen patienter, der var triageret rød (livstruende) eller orange (haster), måtte vente mere end de sundhedsfaglige tidsmål, der er udarbejdet i regi af Danske Regioner, dvs. henholdsvis 0 og 15 minutter, jf. bilag 1.

Den gennemsnitlige ventetid for patienter, der var triageret blå ("fast track"), var 62 minutter. For patienter, der var triageret grøn (haster ikke) var ventetiden 69 minutter, og for patienter der var triageret gul (haster mindre) 50 minutter.

Denne undersøgelse indikerer, at ventetiden i akutmodtagelserne langt overvejende udgøres af patienter med mindre skader eller lidelser. Triageringsprincippet sikrer således, at patienter med alvorlige skader eller sygdomme bliver behandlet hurtigt og uden unødigt ventetid.

3. Initiativer mhp. at sikre hurtig behandling

I dette afsnit beskrives en række initiativer, der er igangsat regionalt, og som kan bidrage til at sikre hurtig behandling i akutmodtagelserne.

3.1. Visitation

Sundhedsstyrelsen anbefalede i sin akutrapport fra 2007, at adgangen til landets akutmodtagelser gøres visiteret, så patienten tilbydes den rette behandling på det rette niveau med lavest effektive omkostningsniveau.

Tilsvarende anbefalede akutudvalget i sin statusrapport fra november 2010, at indgangen til akutsystemet er visiteret og starter som en telefonisk henvendelse.

Formålet er at sikre, at patienten fra starten tilbydes det rette behandlingstilbud på det rette specialiseringsniveau, samt at der sker en effektiv udnyttelse af sundhedsvæsenets ressourcer.

Tre ud af fem regioner (Sjælland, Midtjylland og Nordjylland) har i dag visiteret adgang til deres akutmodtagelser. I Region Hovedstaden og Region Syddanmark er fortsat mulighed for selvhenvendelse, jf. nedenstående oversigt. Derudover er der forskel på, hvordan visitationen foregår regionerne imellem.

Table 7. Sammenfattende oversigt vedr. visitation til akutmodtagelser

Region	Visiteret adgang	Visitation via ordninger i almen praksis (enstrengt model)	Visiterende akuttelefon	Rådgivende akuttelefon (mulighed for selvhenvedere)
Hovedstaden	Nej			x
Sjælland	Ja		x	
Syddanmark	Nej			x (forventes fra 1. okt. 2012)
Midtjylland	Ja	x (pr. 1. sep. 2012)	x – henvendelser som undtagelsesvist ikke besvares i praksis eller henvendelser fra turister mv. (se beskrivelse nedenfor)	
Nordjylland	Ja	x		

I Region Nordjylland og Region Midtjylland sker visitationen via ordninger i almen praksis, dvs. egen læge i dagtid og vagtlæge uden for dagtid.

Region Midtjylland indgik i december 2011 en aftale med almen praksis om at etablere et udvidet samarbejde på akutområdet med henblik på at sikre et tættere og mere forpligtende samarbejde mellem hospitalsvæsenet og almen. Aftalen består af en række forskellige elementer og implementeres i løbet af 2012.

Som led heri indføres pr. 1. september 2012 enstrengt visitation i hele regionen via egen læge/lægevagten samt et integreret samarbejde på akutafdelingerne mellem det hospitalsansatte personale og lægevagten.

Der vil være henvendelser om akut tilskadekomst, som undtagelsesvist ikke er blevet besvaret af egen praktiserende læge. På samme vis vil der være andre fx turister, som kan få brug for hjælp ved akut sygdom eller akut skade, men som ikke er tilknyttet en lægepraksis i Region Midtjylland. For at sikre varetagelsen af disse henvendelser er lægevagtens telefonnummer i dagtid bemandet med behandlersygeplejersker, som er ansat på Aarhus Universitetshospital.

I Region Nordjylland har alle akutmodtagelser, bortset fra modtagelsen på Aalborg Sygehus, været visiteret i en årrække. Akutmodtagelsen på Aalborg Sygehus er fra 10. april 2012 også gjort visiteret, således at det samlede akutsystem i Region Nordjylland nu er visiteret. Visitationen sker via almen praksis og lægevagten. Forventningen i forhold til visitationen på Aalborg Sygehus er, at det vil medvirke til at mindske ventetiderne på sigt og sikre visitation til korrekt behandlingstilbud og behandlingssted. Henvisningsmønsteret forventes fremover at fordele sig således:

- 7 ud af 10 vil blive henvist til behandling i akutmodtagelsen
- 1 ud af 10 vil blive set i almen praksis dagen efter

- 1 ud af 10 vil blive behandlet i vagtlægen
- 1 ud af 10 forventes at kunne klare sig selv (egen-behandling).

Region Nordjylland vil løbende følge udviklingen i henvisningsmønstret på Aalborg Sygehus, og ordningen vil blive evalueret i juni 2012 og igen i efteråret 2012.

Region Sjælland indførte i oktober 2011 telefonvisiteret adgang til akutafdelinger og skadepoliklinikker i form af en sygeplejebemandet akuttelefon. Formålet var at sikre visitation til korrekt behandlingstilbud og behandlingssted.

Akuttelefonen gør det muligt at oplyse patienten om eventuelle ventetider, hvilket giver patienten mulighed for at køre til et behandlingssted med kort ventetid eller vente derhjemme. Det skal bemærkes, at akuttelefonen giver mulighed for at oplyse patienten om et ca. behandlingstidspunkt, men ikke giver en egentlig tid.

Efter indførelse af akuttelefonen kan Region Sjælland i 4. kvartal 2011 registrere en månedlig reduktion på ca. 2.000 færre skadepatienter i forhold til samme periode året før. Der er tale om en reduktion på 25 %.

Akuttelefonen har bevirket, at den *patientoplevede ventetid* kan være kortere, da patienterne nu har mulighed for at vente i hjemmet i stedet for at vente på sygehuset.

Region Sjælland oplyser, at det ikke har været et selvstændigt formål med indførelsen af akuttelefonen at reducere ventetid for skadepatienterne. Der kan dog registreres en reduceret gennemsnitlig ventetid for skadepatienter i perioden efter indførelse af akuttelefonen på over 14 % ved regionens fire akutafdelinger og på over 29 % ved regionens 2 skadestuefunktioner.

Der er registreret knap 8.000 opkald i oktober 2011 stigende til ca. 9.350 besvarede opkald i november og december 2011. Ca. 70 % af borgerne visiteres til et behandlingstilbud i sygehusvæsenet. De øvrige afsluttes til egen læge, vagtlæge eller kan klare sig med et sundhedsfagligt råd og har således ikke brug for behandling, jf. nedenstående oversigt.

Tabel 8. Afslutningsmåde for borgere visiteret af Region Sjællands akuttelefon (pct.)

	Sygehus-behandling i alt	Egen læge	Vagtlæge	Andet sundhedstilbud	Patient klarer selv	Ikke sundhedsfagligt
Okt. 2011	68,1	8,6	8,1	3,2	11,4	0,6
Nov. 2011	72,3	6,2	7,7	2,7	10,5	0,6
Dec. 2011	72,0	4,8	10,4	2,7	9,5	0,5

Region Hovedstaden har med udgangen af januar 2012 indført en rådgivende akuttelefon. Akuttelefonen tilbyder borgeren vejledning i almindelige forholdsregler ved akut sygdom og tilskadekomst og oplyser om ventetider på regionens akutmodtagelser/-klinikker.

Akuttelefonen får ca. 3.500-4.000 opkald ugentligt, og langt hovedparten af borgerne (92 %) vurderer vejledningen i akuttelefonen som enten virkelig god eller god.

Andelen af henvendelser, hvor opkaldet er afsluttet med rådgivning om egenomsorg udgør ca. 35 %. Knap en tredjedel rådgives om at kontakte lægevagten og knapt 15 % om at kontakte en akutmodtagelse eller akutklinik.

Regionens opgørelser viser, at borgerne i stort omfang følger akuttelefonens rådgivning om henvendelse eller ikke-henvendelse til akutmodtagelse/-klinik. 94 % af borgerne følger således akuttelefonens råd om, at der ikke er behov for hospitalsbehandling og henvender sig ikke på en akutmodtagelse/-klinik, og 71 % af borgerne følger akuttelefonens råd om at henvende sig på en akutmodtagelse/-klinik.

Ud fra det samlede antal, der henvender sig på en akutmodtagelse/-klinik, vurderer Region Hovedstaden, at der fortsat er en opgave i at få endnu flere borgere til først at henvende sig til akuttelefonen, før de eventuelt tager på en akutmodtagelse/-klinik. Region Hovedstaden oplyser, at der foretages en samlet kampagneevaluering af akuttelefonen og akutområdet i kombination med en analyse af, hvorfor patienter i triagegruppe blå er taget på akutmodtagelsen. Denne evaluering vil foreligge i juni 2012 og også give nærmere svar på, hvordan den fortsatte information og kommunikation om akuttelefonen anbefales tilrettelagt.

I forhold til almen praksis viser regionens opgørelser, at 31 % af borgerne følger akuttelefonens råd om at kontakte egen læge næste dag, mens 90 % af borgerne følger rådet om at kontakte egen læge samme dag eller lægevagten.

Region Syddanmark planlægger at indføre en skaderådgivningstelefon fra oktober 2012 svarende til akuttelefonen i Region Hovedstaden. Formålet vil være at:

- Rådgive om håndtering af småskader. Det primære formål er at understøtte, at borgerne får let adgang til kompetent døgndækkende rådgivning i forbindelse med håndtering af småskader. Der er således tale om et ekstra servicetilbud.
- Guide borgerne det rigtige sted hen. Rådgivningstelefonen forventes at kunne afdække, hvilket tilbud der ud fra en sundhedsfaglig vurdering bør tilbydes, fx egenomsorg, kontakt til praktiserende læge, vagtlægen eller fælles akutmodtagelse. Rådgivning forventes at nedbringe antallet af unødvendige besøg på skadestuerne.
- Oplyse om ventetider og medvirke til at nedbringe ventetider. Borgerne skal kunne få oplysninger om aktuelle ventetider på regionens akutmodtagelser samt om mulighederne for eksempelvis at benytte sig af regionens skadeklinikker (hvor der som oftest ikke er ventetid) eller oplysninger om tidspunkter, hvor der alt andet lige vil være kort ventetid på skadestuen.

Det skal understreges, at skaderådgivningstelefonen alene vil få en rådgivende funktion, og at der ikke er planer om at gøre telefonen visiterende.

Udvalgets anbefalinger vedr. visitation

Udvalget konstaterer, at det ikke er samtlige regioner, som har visiteret adgang til deres akutmodtagelser.

Det er udvalgets vurdering, at det særligt i den fremtidige sygehusstruktur med færre akutmodtagelser er vigtigt, at patienten fra starten visiteres til det rette behandlingsniveau.

Flere undersøgelser viser, at en række af de patienter, som i dag henvender sig på akutmodtagelser, kunne have været behandlet af egen læge. En ventetidsundersøgelse fra Region Hovedstaden fra april 2012 viser eksempelvis, at 29 % af de akutte patienter kunne være behandlet hos egen læge, og at 9 % af patienterne kunne have behandlet sig selv.

Der ses også en væsentlig forskel i antal henvendelser til akutmodtagelser og akutklinikker regionerne imellem, jf. figur 3 ovenfor, der bl.a. vurderes at kunne have sammenhæng med, om regionen visiterer patienterne eller ej. Det underbygges af erfaringen fra Region Sjælland, der har registreret et fald i den gennemsnitlige ventetid efter indførelse af akuttelefonen på 14 % ved regionens fire akutafdelinger og på 29 % ved regionens to skadestuefunktioner. Faldet i ventetiden kan dog ikke tilskrives akuttelefonen alene, men skal også ses i sammenhæng med, at der på regionens sygehuse har været et stort ledelsesmæssigt fokus på nedbringelse af ventetider, ligesom der er gennemført en række organisatoriske ændringer, som også har påvirket ventetiderne.

Udvalget vurderer derfor, at visiteret adgang er et afgørende tiltag i forhold til at sikre patienten det rette behandlingstilbud og derigennem sikre en effektiv udnyttelse af sundhedsvæsenets ressourcer.

På den baggrund og med henvisning til Sundhedsstyrelsens akutrapport fra 2007 anbefaler udvalget, at:

- Indgangen til det akutte system er visiteret og starter som en telefonisk henvendelse med henblik på at sikre patienterne det rette behandlingstilbud og en effektiv udnyttelse af sundhedsvæsenets ressourcer
- Samtlige regioner indfører visiteret adgang til deres akutmodtagelser og akutklinikker.

Danske Regioner har følgende mindretalsudtalelse: "Det enkelte regionsråd har ansvaret for at sikre, at borgere der bliver akut syge eller kommer til skade tilbydes den rette behandling på et af regionens akuttilbud. Under hensyn til høj kvalitet, effektiv ressourceudnyttelse og ønsker om tilgængelighed og serviceniveau fastlægger regionerne den organisering, som man vurderer er mest hensigtsmæssig. Det er netop det tætte lokale kendskab til geografi, muligheder i praksissektoren, befolkningstæthed og andre forhold som gør, at det er det enkelte regionsråd som har ansvaret også for de detaljerede indretninger.

Spørgsmålet om visiteret adgang til regionernes akuttilbud bør håndteres i den enkelte region, og der skal derfor ikke være et generelt krav om visiteret adgang til akutmodtagelser og akutklinikker eller krav om, at patienterne skal henvende sig telefonisk inden modtagelsen. Et alternativ til visiteret adgang kan eksempelvis

være en åben adgang til akutmodtagelser og akutklinikker suppleret med telefonisk rådgivning via en akuttelefon.”

3.2. Organisering og arbejdstilrettelæggelse

De nye fælles akutmodtagelser er disse år under etablering i regionerne. Etableringen af de fælles akutmodtagelser har til formål at højne kvaliteten i den akutte behandling, herunder sikre at de nødvendige specialer og kompetencer er til stede, og at patienterne ikke oplever unødigt ventetid.

Samtlige regioner har igangsat konkrete initiativer vedr. organisering og arbejdstilrettelæggelse med henblik på at optimere arbejdsgangene i akutmodtagelserne og sikre effektive patientforløb, hvilket beskrives i det følgende.

Derudover giver etableringen af de fælles akutmodtagelser generelt øgede fleksibilitetsmuligheder i forhold til bemanning.

Triage

På alle akutsygehuse udføres triage for alle patienter, når de ankommer til den fælles akutmodtagelse. Regionerne har i fællesskab udarbejdet en landsdækkende triagemodel, der gælder for voksne og børn over 12 år samt en landsdækkende model for børn under 12 år. Implementeringen er i gang i alle regioner, og triagemodellerne skal anvendes ensartet på tværs af landet, så patienterne kan passere regionsgrænser uden at blive prioriteret forskelligt imellem regionerne. Derudover er der nedsat en arbejdsgruppe i regi af Danske Regioner om triage af småskadede patienter.

Triage, som prioriteringsredskab, skal sikre, at patienterne bliver vurderet (og behandlet) i rækkefølge efter alvorligheden af den enkelte patients sygdomsbillede. Det valgte triageringsprincip inddeler patienterne i kategorier, og patienterne får tildelt en farvekode, der styrer, hvilke patienter der skal tilses først, og fastlægger en løbende revurdering af patienterne afhængig af hastegrad og alvorlighed. Farvekoden (rød, orange, gul, grøn eller blå) fremgår af patientens journal og på en elektronisk oversigtstavle i akutmodtagelsen, således at alle har et overblik over prioriteringsrækkefølgen.

Tværfaglighed og tværfaglige teams

Tværfaglighed er centralt for arbejdet i akutmodtagelserne. Der er generelt langt mere fokus på, hvilke kompetencer der er brug for i forhold til specifikke patientkategorier, herunder klare aftaler mellem akutmodtagelse og stamafdeling.

Der arbejdes med tværfaglige teams i de fælles akutmodtagelser. Fx hjertestop-team, traumeteam, medicinsk team til patienter med fx åndenød eller bryst smerter, eller kirurgisk team til patienter med fx uafklarede mavesmerter.

Tilsvarende er der etableret tværfaglige ”kald”, som har til formål at aktivere specifikke sundhedsfaglige kompetencer, i det omfang disse ikke er til rådighed i akutmodtagelserne.

”Fast track spor”/behandlersygeplejerskespor til mindre skader

Alle regioner har etableret særlige patientforløb, ”fast track spor”, behandlersygeplejerskespor m.v. eller har planer derom.

Disse spor omfatter patienter, der har mindre skader, og hvis behandlingsbehov ikke er livstruende. Fx patienter med forvridninger, forstuvninger, brud m.v., dvs. overvejende patienter i triagekategorien "blå". Som en del af bemanningen indgår typisk behandlersygeplejersker, der selvstændigt kan færdigbehandle mindre skader. "Fast track spor" kan dog også være bemandede med læger og er som udgangspunkt defineret som uafbrydelige spor. Ressourcerne kan i belastede situationer anvendes til behandling af patienter i andre triagekategorier.

Formålet er bl.a. at nedbringe ventetiden for disse patientgrupper, som typisk er dem, der kan opleve lange ventetider, samt sikre en effektiv udnyttelse af de personalemæssige ressourcer.

Region Hovedstaden, Region Sjælland, Region Syddanmark og Region Midtjylland har "fast track spor"/behandlersygeplejerskespor ved flere eller samtlige af deres akutmodtagelser. Region Nordjylland forventer at indføre behandlersygeplejerskespor ultimo 2012/primus 2013.

Akutpakker

I Region Syddanmark pågår et udviklingsarbejde med beskrivelsen af akutpakker, som primært vedrører de første 0-4 første timer i patientforløbet. Formålet med akutpakkerne er at sikre flow, samt at speciallægerne kommer i front. I praksis er hver akutpakke tænkt som en tjekliste til planlægning af processer og handlinger i patientforløbet.

Flowmasterfunktion

Alle regioner anvender eller har planer om at anvende flowmaster/flowmaster-funktioner, som har ansvar for at styre patientforløbene i akutmodtagelserne. Formålet er at sikre hurtigere og mere smidige patientforløb.

Elektroniske oversigtstavler

Alle regioner anvender elektroniske oversigtstavler i deres akutmodtagelser til registrering og patientoverblik⁶. Tavlerne viser både den samlede mængde af patienter samt den enkelte patients status i forhold til undersøgelse, prøver og skanninger/røntgen, og den tid patienten har været i afdelingen.

Det er vurderingen, at elektroniske oversigtstavler har bidraget til at optimere arbejdsgangene i akutmodtagelserne, sikre overblik og mere overskuelige patientforløb.

Kompetenceudvikling – efteruddannelse af læger og sygeplejersker på akutområdet

Alle regioner har i dag en række initiativer i forhold til efteruddannelse af sygeplejersker og læger målrettet det akutte område. Herudover udarbejder regionerne et fælles uddannelsesindhold i efteruddannelsesstilbud på tværs af regionerne for sygeplejersker og læger på akutområdet.

Formålet med dette initiativ er at styrke de kliniske og faglige kompetencer, som skal indgå i løsningen af de akutte opgaver på sygehusene samt at skabe sammenhæng mellem de enkelte regioners uddannelsesstilbud. Uddannelserne skal

⁶ I Region Nordjylland vil tavlerne være fuldt implementeret inden udgangen af 2012.

understøtte kvalitet, gode patientforløb, samarbejde og ledelse i de fælles akutmodtagelser samt gøre det mere smidigt at skifte arbejdssted uden at være nødsaget til at gennemgå yderligere efteruddannelse.

På sygeplejeområdet er det fælles uddannelsesindhold beskrevet, og de første uddannelsesforløb forventes gennemført i løbet af efteråret 2012. Beskrivelsen af uddannelsesindholdet for lægernes efteruddannelse forventes afsluttet i 2012.

Udvalgets anbefalinger vedr. organisering og arbejdstilrettelæggelse

Som det fremgår af ovenstående har samtlige regioner igangsat konkrete initiativer vedr. organisering og arbejdstilrettelæggelse med henblik på at optimere arbejdsgangene i akutmodtagelserne og sikre hurtigere og mere effektive patientforløb.

Alle regioner har således indført eller planlagt at indføre triage, tværfaglige teams, "fast track spor"/behandlersygeplejerskerspor til patienter med mindre skader, flowmasterfunktioner og elektroniske oversigtstavler. Alle regioner har ligeledes initiativer i forhold til efteruddannelse af sygeplejersker og læger målrettet det akutte område.

Udvalget vurderer, at fokus på arbejdstilrettelæggelse på akutmodtagelserne er centrale redskaber til at sikre den bedst mulige ressourceanvendelse, der samtidig vil kunne bidrage til at reducere ventetidsproblematikken.

Udvalget anbefaler, at:

- Regionerne fortsat har fokus på at optimere arbejdstilrettelæggelsen i akutmodtagelser og akutklinikker ved hjælp af "fast track spor"/behandlersygeplejerskerspor til patienter med mindre skader, flowmasterfunktioner, elektroniske oversigtstavler m.v. med henblik på at sikre hurtige og effektive patientforløb.
- Regionerne fortsat har fokus på efteruddannelse og kompetenceudvikling af sygeplejersker og læger målrettet det akutte område.

Udvalget konstaterer desuden og bakker op om, at:

- Alle akutte patienter triageres ved ankomst til akutmodtagelse med udgangspunkt i regionernes landsdækkende triagemodeller, så det sikres, at patienterne bliver vurderet og behandlet efter alvorlighedsgrad. Regionernes triagemodeller skal anvendes ensartet på tværs af landet.

3.3. Information til patienterne om ventetider

Information til patienterne om de forventede ventetider i akutmodtagelser og akutklinikker kan bidrage til at øge den patientoplevede kvalitet. Det gælder dels den information, patienterne modtager inden ankomst (telefonisk, via akut app m.v.), dels den information patienterne modtager, når de ankommer til akutmodtagelsen eller akutklinikken.

Det skal understreges, at dette primært er relevant for patienter med mindre skader eller lidelser, da triageringsprincippet sikrer, at patienter med alvorlige skader eller sygdomme generelt bliver behandlet uden unødigt ventetid.

Inden ankomst til akutmodtagelse eller akutklinik

Som beskrevet i afsnit 3.1 oplyser de nye akuttefoner i Region Sjælland og Region Hovedstaden bl.a. patienterne om forventede ventetider på akutmodtagelser og akutklinikker.

I Region Hovedstaden arbejdes desuden med muligheden for at forhåndsmelde patienter fra akuttelefonen 1813 til akutmodtagelser/akutklinikker, sådan at patienternes ventetid begynder efter opkald til 1813 og dermed inden ankomst til akutmodtagelse eller akutklinik.

I Region Midtjylland oplyser skadestuevisitationen på Aarhus Universitetshospital, som pr. 1. september 2012 betegnes den koordinerende funktion, de patienter, som de varetager koordinationen af, om ventetider på akutafdelinger og akutklinikker.

Derudover har Region Syddanmark indført et informationssystem og en akuthjælp app over ventetider på akutmodtagelser og akutklinikker fra januar 2012. Systemet består af en almindelig hjemmeside, en mobil hjemmeside og visning af ventetider på info-tvs i akutmodtagelsernes venteværelser. Herudover har regionen udviklet en app, Akuthjælp, der som en af sine funktioner viser ventetiderne på akutmodtagelser og akutklinikker. Herudover kan patienten finde oplysninger om vagtlæge, apotek, tandlæge med mere.

Region Syddanmark har endnu ikke iværksat en systematisk undersøgelse af erfaringerne med det nye informationssystem/app, men der har været afholdt et evalueringsmøde blandt regionens akutmodtagelser i marts 2012, hvor tilbagemeldingerne langt overvejende var positive:

- Patienterne har udtrykt tilfredshed med systemets/appens funktioner overfor personalet.
- Skadestuerne har oplevet færre telefonopkald, og de skadestuer, der har skadeklinikker beliggende i umiddelbar nærhed, har oplevet, at patienter er kørt til en skadeklinik med kort ventetid frem for at vente på skadestuen.
- Flere af skadeklinikkerne har haft øget tilgang af patienter i de første måneder.
- Der har dog også været klager, hvor patienter har orienteret sig om ventetiden på en skadestue/klinik og kørt til behandling, hvorefter ventetiden er blevet forøget markant ved eksempelvis en større ulykke.
- App'en er indtil videre blevet downloadet mere end 50.000 gange. Der planlægges på et senere tidspunkt en mere systematisk undersøgelse af informationssystemet/appen.

Det kan oplyses, at det i januar 2012 i regi af Regionernes Sundheds It (RSI) er besluttet at etablere én landsdækkende AkutApp. Der er etableret en arbejdsgruppe, som er forankret i Region Syddanmark, som skal se på en samlet løsning for de fem regioner. Behovene i relation til formidling kan variere med den valgte organisering af akutområdet, herunder visitationsforhold, i den enkelte region. Det indgår derfor i arbejdet, at indholdet skal kunne tilpasses behovene i de enkelte regioner,

I Region Nordjylland oplyses patienterne ikke om forventet ventetid, når de henvises til akutmodtagelsen. Region Nordjylland har oplyst, at det dels skyldes, at der

generelt ikke opleves større problemer med ventetider, dels at regionens geografi betyder, at patienterne ikke forventes at ville transportere sig til en anden akutmodtagelse i tilfælde af ventetid på den nærmeste akutmodtagelse.

Region Nordjylland vil imidlertid løbende følge udviklingen i ventetider og overveje, om der er behov for at indføre lignende ordninger. Det overvejes bl.a. at indføre "hjemme-ventetid" på akutmodtagelsen på Aalborg Sygehus for patienter i blåt spor, dvs. patienter med begrænset skade eller symptom. Ordningen er tænkt således, at akutmodtagelsen tager kontakt til patienterne, efter at de er visiteret, og informerer dem om ventetiderne og vejleder dem i forhold til at vente i hjemmet i stedet for i akutmodtagelsen.

Ved ankomst til akutmodtagelse eller akutklinik

I Region Sjælland oplyses patienter for så vidt muligt om forventet ventetid ved enten ankomst til akutmodtagelse eller i forbindelse med triage i modtagelsen (som senest skal være forekommet inden for 15 minutter efter ankomst).

Det samme er tilfældet i Region Midtjylland, idet der dog er forskel på, om der altid informeres, eller om patienterne informeres, hvis den forventede ventetid overstiger et bestemt minuttal, fx 30 minutter.

I Region Nordjylland er de fælles akutmodtagelser endnu ikke fuldt implementeret, hvilket de vil være fra primo 2013. Med fuldt integreret triage samt fuld implementering af elektroniske oversigtstavler, er der planen, at cirka ventetider for de enkelte triagefarver skal oplyses til borgerne på en infotavle i venteværelset sammen med information om triage og det faktum, at ventetiden kan variere, idet patienterne tilses afhængig af deres sygdomsbilledes alvorlighed.

I Region Syddanmark oplyses patienterne om forventede ventetiderne på info-tv i akutmodtagelsernes venteværelser.

I Region Hovedstaden er der iværksat et pilotprojekt, der skal afprøve forskellige former for forbedret kommunikation til skadepatienter, herunder brug af infoskærme på Hvidovre og Herlev hospitaler.

Evaluering af projektet og anbefalinger til koncept for Region Hovedstaden om kommunikation til skadepatienter vil blive fremlagt på møde i regionsrådet i december 2012.

Danske Regioner har generelt oplyst, at fysiske rammer, der kan imødekomme patienternes krav på diskretion, og de tekniske muligheder skal være på plads, før det i alle tilfælde kan være muligt at levere informationer til patienterne om ventetider løbende undervejs i deres forløb.

Udvalgets anbefalinger vedr. information til patienterne om ventetider

Det er udvalgets vurdering, at oplysninger om forventede ventetider – dvs. oplysninger om hvor lang tid, der forventes at gå, før behandling igangsættes - kan bidrage til at øge den patientoplevede kvalitet, idet det bidrager til at give patienterne klarhed over deres situation. Udvalget ønsker dog samtidig at understrege, at oplysninger om forventede ventetider ikke skal erstatte den sundhedsfaglige visitation til korrekt behandlingstilbud og behandlingssted.

På den baggrund anbefaler udvalget, at:

- Patienterne oplyses om de forventede ventetider inden de ankommer til akutmodtagelse eller akutklinik. Det kan være telefonisk ifm. visitation, via hjemmeside, akut app m.v.
- Patienterne oplyses om de forventede ventetider, når de ankommer til akutmodtagelsen eller akutklinikken, og hvis der opstår uforudsete forsinkelser eller væsentlige ændringer undervejs. Det kan være i forbindelse med triage eller på elektroniske oversigtstavler/informationsskærme i venteværelset. Det er udvalgets vurdering, at dette er vigtigt element i patientens samlede oplevelse af behandlingsforløbet.
- Der indføres mulighed for "hjemme-ventetid" for patienter med mindre skader eller lidelser, således at denne gruppe af patienter får mulighed for at vente i hjemmet i stedet for at vente i akutmodtagelse eller akutklinik.

Udvalget konstaterer desuden og bakker op om, at:

- Regionerne i fællesskab etablerer en landsdækkende Akutapp, som på en let og overskuelig måde kan informere patienterne om bl.a. forventede ventetider i akutmodtagelser og akutklinikker.

3.4. Regionale servicemål for ventetid i akutmodtagelser

I dag har tre regioner fastsat politiske servicemål for, hvor lang tid patienter må vente i akutmodtagelser og akutklinikker, inden deres behandling påbegyndes. Derudover har flere regioner servicemål om, at akutte patienter skal triageres ved ankomst til akutmodtagelse, jf. nedenstående.

Tabel 9. Oversigt over regionale servicemål for ventetider i akutmodtagelser

	Servicemål vedr. ventetid	Hvordan monitoreres der på servicemålene	Målopfyldelse
Hovedstaden	Nej. Anvender de sundhedsfaglige tidsmål, der er udarbejdet i DR for behandling efter triage. En politisk arbejdsgruppe har i opdrag – på baggrund af en række analyser – at udarbejde politiske mål i forhold til ventetid og service for skadepatienter. Arbejdsgruppen afrapporterer til regionsrådet i juni 2012.	-	-
Sjælland	Ja. 85 % af patienterne skal have igangsat behandling inden for 1	-	Køge: 87 % (dec. 11) Holbæk: 91 % (dec. 11) Slagelse: 87 % (nov.

	time (sygehusenes driftsaftaler)		11) Nykøbing F: 95 % (nov. 11)
Syddanmark	Ja. 75 % af skadestuepatienterne skal være startet i behandling indenfor 1 time og 95 % indenfor 3 timer (oktober 2010). På skadeklinikkerne skal 95 % være igangsat behandling inden 1 time.	På baggrund af registreringer i sygehusenes patientadministrative systemer indsamles data i regionens kvalitetsoverblik til løbende politisk orientering.	4. kvartal 2011: Skadestuer: 80,6 % sat i behandling inden for 1 time, og 96,1 % inden 3 timer. Skadeklinikker: 99,3 % sat i behandling inden 1 time.
Midtjylland	Ja 90% af patienterne må maksimalt vente 30 min. fra ankomst til behandlingsstart i akutafdelinger og akutklinikker i Holstebro og Silkeborg. For akutklinikkerne i Grenå, Ringkøbing og Skive (august 2011) ⁷ er servicemålet en maksimal ventetid på 1 time fra ankomst til behandlingsstart for 90% af patienterne. Desuden servicemål om, at alle akutte patienter (100%) skal triageres ved ankomst til akutafdeling.	Målet er, at rapportering på servicemålene skal integreres i ledelsesinformationssystemet (infoRM).	Der er ikke foretaget en opgørelse af målopfyldelsen på nuværende tidspunkt.
Nordjylland	Servicemål om, at alle akutte patienter skal triageres umiddelbart ved ankomst til skadmodtagelserne. Servicemålet indgår i Plan for sygehuse og speciallægepraksis, som vil blive 2. behandlet politisk i august 2012.	-	-

Som det fremgår af tabel 9, er der tale om forskellige servicemål regionerne imellem. De mest ambitiøse servicemål findes i Region Midtjylland, hvor målet er, at 90

⁷ At servicemål for ventetiderne i Grenaa, Ringkøbing og Skive er 1 time frem for 30 min. skyldes, at der her kun modtages mindre skader.

% af patienterne maksimalt må vente 30 min. fra ankomst til behandlingsstart i regionens akutmodtagelser og akutklinikkerne i Holstebro og Silkeborg.

Udvalgets anbefalinger vedr. servicemål

Det er akutudvalgets vurdering, at regionale servicemål om maksimale ventetider i akutmodtagelser med løbende monitorering af målopfyldelse kan bidrage til at sikre fokus i forhold til at sikre patienterne hurtig behandling. Formålet med servicemål er to-sidet – dels at angive den service, som borgerne kan forvente på området, dels at fungere som styringsinstrument for regionerne i forhold til hospitalerne.

Servicemål kan fx være i form af en målsætning om, at en given andel af patienterne skal have igangsat behandling inden for en bestemt tidsfrist. Servicemålene kan eksempelvis tage udgangspunkt i triagekategorierne.

Det er samtidig vigtigt, at der er tale om målsætninger, der ikke er bindende i forhold til alle situationer, da det ikke er realistisk eller hensigtsmæssigt ift. ressourceudnyttelsen til enhver tid at skulle opretholde tilstrækkelig kapacitet til at håndtere mulige, særligt store belastninger.

Udvalget vurderer samlet med udgangspunkt i de foreliggende ventetidsoplysninger mv., at visitation kombineret med et fortsat fokus på at optimere arbejdstilrettelæggelsen kan sikre grundlaget for en håndtering af ventetidsproblematikken på akutmodtagelserne, inkl. servicemål for ventetiden.

Udvalget anbefaler, at:

- Samtlige regioner opstiller servicemål for ventetider i akutmodtagelser forstået som ventetid fra patienten ankommer til behandlingen igangsættes.
- Servicemålene er genstand for løbende monitorering i forhold til målopfyldelse, hvilket dels skal bidrage til åbenhed overfor borgerne, dels fungere som styringsinstrument mellem region og hospital.

Bilag 1. En landsdækkende triagemodel

Triage er et prioriteringsredskab, som skal sikre, at patienterne bliver vurderet og behandlet i rækkefølge efter alvorligheden af den enkelte patients sygdomsbillede vurderet ud fra fastlagte kriterier. Triage giver således:

- klarhed over den enkelte patients hastegrad
- mulighed for indbyrdes prioritering mellem patienter
- entydig kommunikation om patienters tilstand

Konkret anvendes følgende fire/fem kategorier ved sundhedsfaglig vurdering (triagering) af akutte patienter (rød, orange, gul, grøn og evt. også blå). I regi af Danske Regioner er udarbejdet nedenstående sundhedsfaglige tidsmål for iværksættelse af behandling efter triagering.

	Kort beskrivelse	Sundhedsfagligt tidsmål for iværksættelse af behandling
Rød – livstruende	Patienten har et øjeblikkeligt eller akut behandlingsbehov, fx trafikuheld, ulykker, hjertestop. Ofte via 112.	0 min.
Orange – haster	Patienten er ustabil og kritisk syg og skal have stabiliserende behandling, fx blodforgiftning og sygeligt forhøjet blodsukker.	15 min.
Gul – haster mindre	Patienten er syg, men har ikke et umiddelbart behandlingsbehov, fx håndledsbrud.	60 min.
Grøn – haster ikke	Patientens tilstand og symptom kræver ikke umiddelbar vurdering eller behandling, fx nyresten, galdesten, feber, svimmelhed.	180 min.
Blå – ”fast track”	Patienten har en begrænset skade eller et begrænset symptom. Føler sig i øvrigt frisk og kan sidde i venteværelse. Fx splint i finger og forstuvninger.	

Bilag 2. Region Hovedstadens handlingsplaner m.v.

Regionsrådet i Region Hovedstaden iværksatte i efteråret 2011 en lang række initiativer, der skulle nedbringe den uacceptable ventetid for skadepatienter, herunder at fremrykke etablering af akuttelefonen til den 30. januar 2012.

Hospitalsledelserne blev bedt om at udarbejde - og iværksætte handlings- og tidsplaner for nedbringelse af uacceptabel ventetid i akutmodtagelserne og akutklinikkerne.

Med henblik på kompensation for merudgifter ved forebyggelse af urimelige ventetider i spidsbelastningsperioder i akutmodtagelserne, er akuthospitalerne hver tilført 2,4 mio. kr. på årsbasis med virkning fra 1. september 2011.

De fire akuthospitaler er på den baggrund fremkommet med konkrete planer for hvorledes hospitalerne hver især vil anvende de tilførte midler, så de giver den største mulig effekt i forhold til at sikre, at der ved spidsbelastninger, ikke udvikler sig urimeligt lange ventetider for patienterne. Alle initiativer indbefatter øget tilførsel af personaleressourcer i spidsbelastningstidsrummet.

Der er afsat 7,4 mio. kr. i 2012 stigende til 10,3 mio. kr. i de efterfølgende år med henblik på et højere og ensartet serviceniveau for de akutte patienter.

I september 2011 blev der endvidere udarbejdet en analyse af ventetiden for skadepatienter, med særlig fokus på spidsbelastningstidspunkter.

Det blev besluttet, at regionsrådet skulle forelægges en fornyet opgørelse af ventetider for skadepatienter i maj 2012 med henblik på at vurdere, om de iværksatte initiativer har haft effekt.

Endelig er det besluttet at iværksætte en politisk kulegravning af mere langsigtede løsninger. Arbejdet er forankret i en politisk tværgående arbejdsgruppe med særlige opgaver vedrørende akutområdet. Arbejdsgruppen har i opdrag at udarbejde forslag til politiske mål i forhold til ventetid og service for skadepatienter.

Udgangspunktet for arbejdsgruppens arbejde er i alt 12 analyser indenfor fire overordnede temaer:

- Ventetid og registrering
- Arbejdstilrettelæggelse
- Service og kommunikation
- Akut tilgængelighed i praksissektoren

Den tværgående arbejdsgruppes endelige rapport skal forelægges på møde i regionsrådet den 19. juni 2012.

Region Hovedstaden har desuden præsenteret en "Analyse af ventetiden for skadepatienter", april 2012.

Analysen viser, at den gennemsnitlige ventetid for hele Region Hovedstaden er faldet fra 49,7 minutter i august 2011 til 43 minutter i februar 2012. I februar 2012

var der i absolutte tal kun 36 ud af 24.000 skadepatienter, der ventede mere end 7 timer. I august 2011 var der 105 ud af 21.317 skadepatienter, der ventede mere end 7 timer. På akutmodtagelserne bliver flere patienter behandlet inden for en time, og færre patienter venter mere end syv timer – jf. nedenstående tabel. Det ser derfor ud til, at initiativer regionen har iværksat til nedbringelsen af ventetiden har haft en effekt.

Tabel 9 – Ventetidsintervaller på akutmodtagelserne opdelt på kvartaler

	Ventet under 1 time	Ventet mellem 1 og 2 timer	Ventet mellem 2 og 4 timer	Ventet mellem 4 og 7 timer	Ventet over 7 timer
1. kvartal 2011	60,5%	16,9%	15,3%	6,0%	1,4%
2. kvartal 2011	58,0%	17,5%	16,6%	6,5%	1,3%
3. kvartal 2011	62,7%	17,4%	14,3%	4,9%	0,7%
4. kvartal 2011	64,8%	16,1%	13,8%	4,6%	0,7%
Januar 2012	70,4%	15,6%	11,0%	2,7%	0,3%
Februar 2012	68,1%	16,9%	12,2%	2,6%	0,2%

Den manuelle undersøgelse viser, at den gennemsnitlige ventetid fra triage til behandling er 39 minutter, hvilket er 20 minutter kortere end den måling, der blev udarbejdet i august 2011. Langt de fleste patienter triageres umiddelbart ved ankomsten til akutmodtagelse eller akutklinik. Den gennemsnitlige tid fra ankomst til triagering er på regionsplan 3,6 minutter.

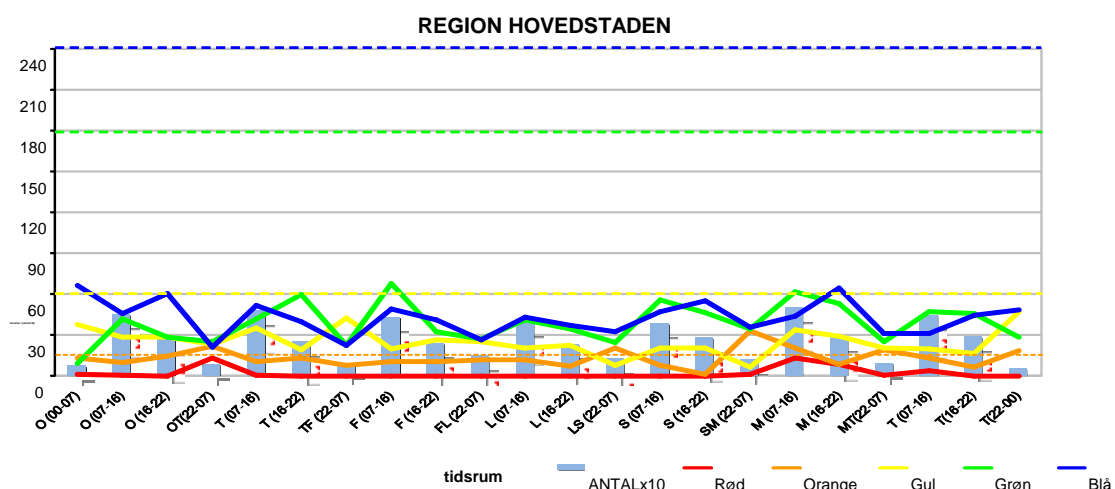
Tabel 10 – Ventetidsintervaller fra triage til behandling, manuelt registreret februar 2011

	Ventet under 1 time	Ventet mellem 1 og 2 timer	Ventet mellem 2 og 4 timer	Ventet mellem 4 og 7 timer	Ventet over 7 timer
Region Hovedstaden	77 %	14 %	8 %	1 %	0 %

77 pct. af alle skadepatienter i undersøgelsen har ventet under 1 time fra triage til behandling. 91 pct. har fået påbegyndt behandling inden for 2 timer, og 9 pct. måtte vente mere end 2 timer. Ingen patienter har ventet over 7 timer.

Region Hovedstaden anvender de sundhedsfaglige tidsmål, der er udarbejdet i regi af Danske Regioner for behandling efter triage.

Figur 4 – Gennemsnitlig ventetid fra triagering til behandling (minutter) pr.



Figur 1 illustrerer den gennemsnitlige ventetid fra triage til behandling i perioden fra den 1. februar til den 7. februar 2012. De stiplede linjer viser de sundhedsfaglige tidsmål fra triagering til behandling af de forskellige triage kategorier.

Langt de fleste patienter med mindre alvorlige skader får påbegyndt behandlingen inden for de fastsatte sundhedsfaglige tidsmål. Enkelte patienter med mindre alvorlige skader venter dog længere end de sundhedsfaglige fastsatte tidsmål. Den person, der i registreringsugen ventede længst, var en såkaldt blåtrageret patient, der ventede 410 minutter (6 timer og 50 minutter).