

# Granskning av Landstingets arbete med patienters samlade väntetider

Landstinget Dalarna



EY

Anders Hellqvist

## Innehåll

---

<b>Sammanfattning</b> .....	<b>3</b>
<b>1. Inledning</b> .....	<b>5</b>
1.1. Bakgrund .....	5
1.2. Syfte .....	5
1.3. Revisionsfrågor.....	5
1.4. Revisionskriterier .....	6
1.5. Metod .....	6
<b>2. Problemet med samlade väntetider är relaterat till aktuell kösituation</b> .....	<b>6</b>
2.1. Landstinget Dalarnas tillgängighetsläge är generellt dåligt.....	6
2.2. Vårdepisoden kan bestå av ett flertal olika väntetider .....	8
2.3. Vilka besöksorsaker riskerar att generera långa samlade väntetider?.....	9
2.4. Analys av ett urval av patientjournaler .....	10
<b>3. Patienten är den enda aktör som ser de samlade väntetiderna..</b>	<b>11</b>
3.1. Diskussioner förs kring att skapa en utredningsenhet för patienter med smärtproblem.....	12
3.2. Patienter kan kräva att få en fast vårdkontakt .....	13
<b>4. Landstingets styrning mot tillgänglighet utgår från vårdgarantin</b> .....	<b>13</b>
<b>5. Sammanfattande slutsatser och rekommendationer</b> .....	<b>14</b>
5.1. Sammanfattande bedömning, .....	15
<b>Bilaga 1: Förteckning över intervjuade funktioner</b> .....	<b>18</b>
<b>Bilaga 2: Journalstudie</b> .....	<b>19</b>

## Sammanfattning

---

EY har på uppdrag av landstingets revisorer genomfört en granskning av hur landstinget arbetar med patienter som får långa samlade väntetider. Den övergripande och tydliga slutsatsen i denna granskning är att det inom hälso- och sjukvården i Landstinget Dalarna inte finns någon systematik eller något organisatoriskt arrangemang som identifierar patienter med långa samlade väntetider eller riskerar hamna i en sådan situation. Med undantag för cancervården och vissa rehabiliteringspatienter inom den somatiska vården, är patienten själv den enda aktör som ”ser” de samlade väntetiderna.

En enskild patient kan därför hamna i en situation där vårdeperiodens samlade väntetider, d.v.s. då inget värde skapas, kan bli ett eller ett par år långa. Detta fastän landstingets signalsystem indikerar tillfredsställande tillgänglighet. Hur många patienter som hamnat i denna situation med långa samlade väntetider visar inte denna granskning. Det finns heller ingen kunskap om det i landstinget. För varje patient som drabbas är det icke desto mindre ett betydande problem.

Vilket ansvar har då hälso- och sjukvården för att identifiera och hjälpa patienter med långa samlade väntetider? Hur komplicerat och kostsamt skulle det vara att utveckla uppföljningssystemen så att dessa patienter blir synliga? Vem ska i så fall ta hand om den informationen och vidta åtgärder? Det är frågor som landstinget rekommenderas ta ställning till.

Patientlagen och hälso- och sjukvårdslagen pekar som beskrivits ovan på verksamhetschefens ansvar. En rimlig tolkning är att verksamhetscheferna i riktlinjerna för de som bedömer remisser bör ange att uppmärksamhet ska riktas mot hur patientens resa genom vården sett ut och om det kan finnas en risk att vårdeperioden blir utdragen. Patientlagens intentioner är även att det är eftersträvanvärt att patienten är aktiv och blir inbjuden till delaktighet. I just dessa fall framstår det emellertid som oklart vem patienten ska samspela med eftersom varje instans sköter sin verksamhet. Granskningen visar att vårdcentralerna och distriktsläkarna inte fyller rollen som koordinator eller lots i sjukvårdssystemet vilket skulle kunna förväntas med tanke på det uppdrag de har med ett helhetsperspektiv på patienten.

Avslutningsvis kan det konstateras att en betydande del av problemet med samlade väntetider skulle försvinna om vården skulle vara mer tillgänglig och väntetiderna korta. Bedömningen är att landstinget inte har någon möjlighet att nå ett sådant tillstånd så länge hela styrningen och målsättningen bygger på att undvika vårdgarantin, 90 dagar till förstabesök och behandling. Patienter med

samlade väntetider kommer inte att vara hjälpta även om samtliga verksamheter skulle klara 98 procents tillgänglighet inom nuvarande målsättning. Vi finner det anmärkningsvärt att landstinget styr tillgänglighet på det viset, inte minst med tanke på att det gjorts stora satsningar under flera år på att implementera en modern produktionsplanering. En av grundpelarna med produktionsplanering är att eliminera det extraarbete som uppstår vid administration av köer.

Utifrån vad som framkommit i granskningen ges följande rekommendationer till Landstingsstyrelsen:

- ▶ Analysera och ta ställning till vilket ansvar hälso- och sjukvården respektive patienten bör ha när långa samlade väntetider uppstår. Speciellt bör verksamhetschefernas och distriktsläkarnas roll analyseras.
- ▶ Om patienten förväntas ta ett ansvar för att indikera långa samlade väntetider bör det tydliggöras till vilken aktör patienten kan adressera sin problematik.
- ▶ Överväg åtgärder för att informera om eller påbjuda fast vårdkontakt för de patienter med besöksorsaker som kan riskera att hamna i komplexa eller långa vårdepisoder.
- ▶ Överväg organisatoriska arrangemang för multiprofessionell och utredning med flera specialister för patienter med otydliga diagnoser likt den utredningsenhet som diskuteras för patienter med benign smärta.
- ▶ Överväg vilka åtgärder som skulle krävas för att patienter med långa samlade väntetider kunde identifieras i systemet för uppföljning.
- ▶ Överväg att ha andra mer offensiva mål för tillgänglighet än vårdgarantin. Nuvarande styrning riskerar att permanenta en verksamhet som bygger på grundantagandet att patienter måste vänta.

# 1. Inledning

---

## 1.1. Bakgrund

Utvecklingen mot en allt mer specialiserad vård har bland annat fått till följd att vården blivit fragmentiserad och uppdelad i funktioner. För patienten kan detta innebära att denne kan behöva undersökas av flera olika specialiteter innan en diagnos kan ställas eller beslut om operation/behandling kan fattas. En konsekvens av detta är att patienter också riskerar att drabbas av långa ackumulerade väntetider. Vårdgarantin stipulerar bland annat hur länge en patient maximalt ska behöva vänta för att få ett första besök eller behandling, vilket är 90 respektive 90 dagar.

Revisorerna bedömer att långa sammanlagda väntetider kan vara frustrerande för patienten, kostsamt för samhället och ineffektivt för hälso- och sjukvården. Därför har revisorerna initierat denna granskning.

## 1.2. Syfte

Syftet med granskningen är dels att ge underlag för att kunna bedöma om landstingsstyrelsen har vidtagit ändamålsenliga åtgärder för att begränsa enskilda patienters samlade (ackumulerade) väntetider inom den specialiserade vården, dels genom exempel belysa hur situationen ser ut inom en utvald patientgrupp.

## 1.3. Revisionsfrågor

Följande revisionsfrågor har belysts i granskningen:

- ▶ Har Hälso- och sjukvården en ändamålsenlig kontroll/uppföljning e t c av och kännedom om enskilda patienters samlade väntetider?
- ▶ Har ändamålsenliga åtgärder vidtagits för att säkerställa skäliga väntetider för patienter som måste undersökas på flera olika kliniker e.t.c.
- ▶ Har Hälso- och sjukvården i alla situationer säkerställt vem i organisationen som har ansvaret för den enskilda patienten under väntetiden?
- ▶ Finns en fungerande och organiserad samverkan mellan de olika kliniker/enheter e.t.c. som säkerställer ett effektivt patientflöden för patienter som riskerar att drabbas av långa samlade väntetider?
- ▶ I vilken mån används patienters klagomål eller landstingets avvikelshanteringssystem för att och förhindra långa samlade väntetider?

#### 1.4. Revisionskriterier

Med revisionskriterier avses de bedömningsgrunder som bildar underlag för revisionens analyser, slutsatser och bedömningar. Revisionskriterier kan ofta hämtas från lagar och förarbeten, föreskrifter och interna regelverk, policys och fullmäktigebeslut.

I denna granskning har revisionskriterierna utgjorts av:

- ▶ Landstingsplan 2016
- ▶ Hälso- och sjukvårdslagen 1982:763
- ▶ Patientlagen 2014:821

#### 1.5. Metod

Underlaget för de bedömningar som är gjorda är inhämtat genom analys av dokument och genom intervjuer med verksamhetschefer, avdelningschefer och divisionschef och Hälso- och sjukvårdsdirektör. För fullständig förteckning av intervjupersoner se bilaga 1.

För att få en bild av hur reella vårdepisoder kan se ut har 15 slumpmässigt utvalda journaler granskats. Urvalet är gjort bland patienter som haft sådana besöksorsaker som kunde antas ha komplexa vårdepisoder.

## 2. Problemet med samlade väntetider är relaterat till aktuell kösituation

---

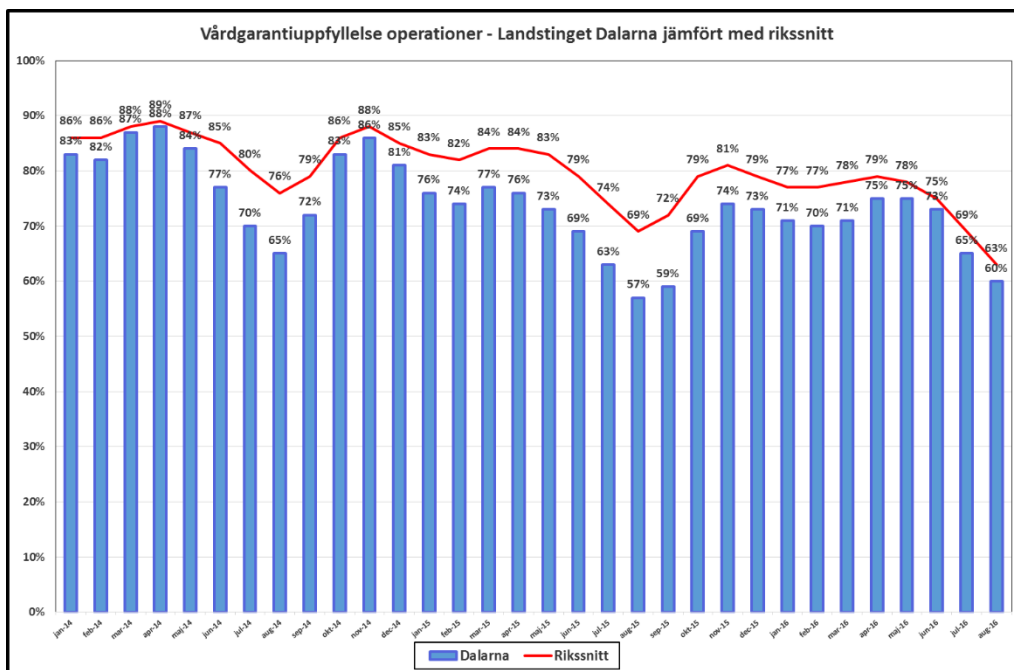
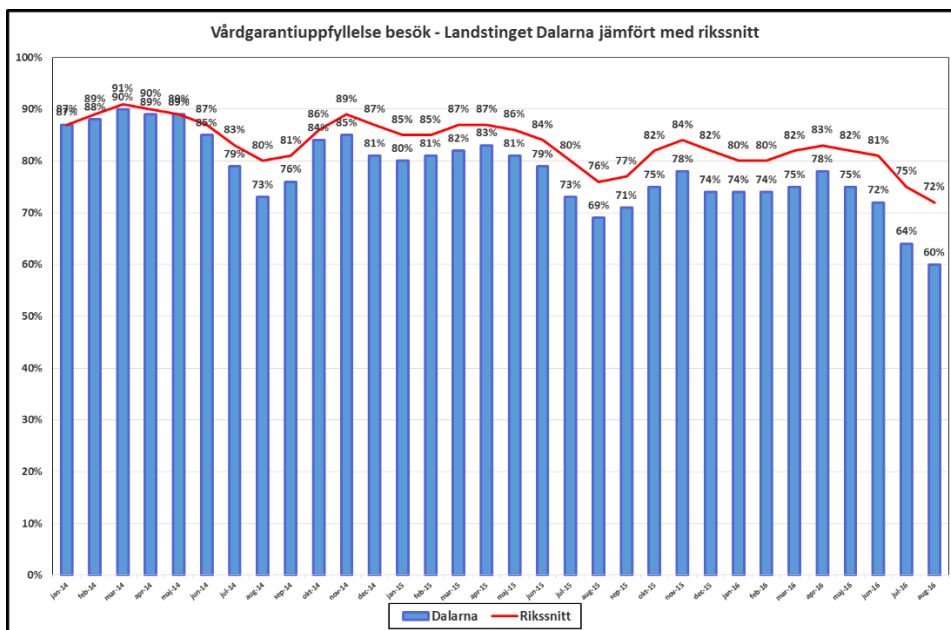
### 2.1. Landstinget Dalarnas tillgänghetsläge är generellt dåligt

Landstinget Dalarna har sedan en längre tid haft problem med tillgänglighet. Tillgängligheten inom specialistvården mäts och följs upp genom att andelen patienter som väntat mer än 90 dagar till första besök eller behandling mäts. Det är samma statistik som rapporteras till [www.vantetider.se](http://www.vantetider.se) och 90 dagar är också den garanti som patienten genom patientlagen har för att få vård inom rimlig tid. Om vårdgivaren inte kan eller förväntas kunna ge besök eller behandling inom denna tidsram ska annan vårdgivare förmedlas så att patienten får vård där tillgänglighet finns.

Nedan framgår väntetidsläget för augusti 2016:

## Vårdgaranti augusti 2016 – specialiserad vård 90-90

2016	Jan	Febr	Mars	April	Maj	Juni	Juli	Aug
Besök	74 %	74 %	75 %	78 %	75 %	72 %	64 %	60 %
Operationer	71 %	70 %	71 %	75 %	75 %	73 %	65 %	60 %

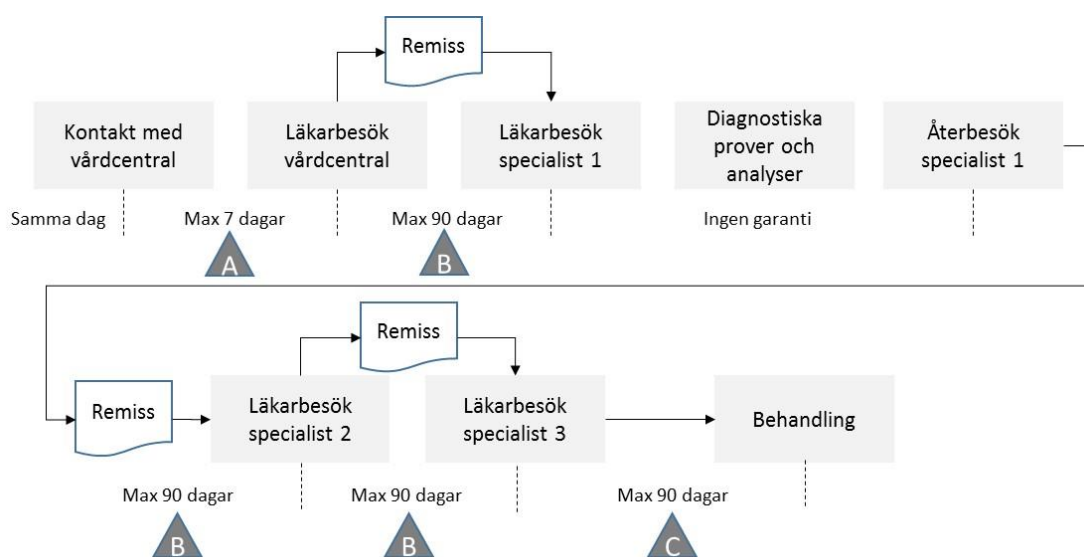


De långa väntetider som gäller för många specialiteter medför bland annat att de som bedömer remisser vid specialistenheterna behöver göra noggranna övervägningar av vilka patienter som ska prioriteras och vilka som kan vänta utan att tillståndet försämras. En annan konsekvens är att patienter som behöver besöka olika specialiteter kan få vänta länge vid varje ”station”, speciellt om de får en låg prioritering vilket ofta är fallet enligt de intervjuade.

## 2.2. Vårdepisoden kan bestå av ett flertal olika väntetider

Vårdepisod är ett begrepp som används i vissa landsting i utvecklingen av ersättningsmodeller och kostnadsanalyser där hela vårdprocessens alla aktiviteter, inte bara de enskilda vårdkontaktarna, bildar ett flöde över tiden. I denna rapport används begreppet för att illustrera hela vårdförloppet, dock inte förloppet från behandling till avslut vilket ingår i begreppet vårdepisod.

För en patient som behöver besöka flera specialister mäts väntetiderna i flera olika delar enligt nedanstående figur. Vi kan kalla den fiktiva patienten Ester.



A=Väntetid till allmänläkare. B=Väntetid till bedömning hos specialist. C=Väntetid till behandling

Flödesbeskrivningen ovan illustrerar Esters väg genom vården där det krävdes besök hos tre olika specialister innan diagnos kunde fastställas och beslut om behandling i form av operation fattades. I detta fall krävdes det bara mer omfattande diagnostik under specialist 1:s vårdansvar. I praktiken kan vårdepisoden vara både enklare och betydligt mer komplex. Det kan behövas diagnostiska undersökningar hos varje specialist, antingen på grund av behov av andra prover eller för att de tidigare inte var aktuella nog. Det händer också att en specialist inte vågar lita på tidigare prover.

I de systematiska uppföljningar som görs fångas väntetiderna A – C. Antag att väntetiderna hade varit:



- ▶ A = 6 dagar
  - ▶ B<sub>1</sub> = 80 dagar
  - ▶ B<sub>2</sub> = 80 dagar
  - ▶ B<sub>3</sub> = 80 dagar
  - ▶ C = 80 dagar
- Summa: 366 dagar

Därutöver kan det förflyta tid för diagnostik och annan utredning som gör att den totala ledtiden fram till påbörjad behandling eller operation kan bli upp emot ett och ett halvt år. Under en viss del av denna vårdepisods ledtider pågår aktiviteter och bör inte betraktas som väntan. Men i Esters fall är den helt dominerande tiden s.k. passiv tid då patienten väntar på att en beslutad aktivitet ska äga rum.

Värt att notera är också att i de olika verksamheternas och även landstingets centrala uppföljningssystem av väntetider, är indikationen ”måluppfyllelse” när det gäller tillgänglighet för de verksamheter Ester har vårdkontakter med.

Esters vårdepisod karaktäriseras av att vägen fram till diagnos varit det största problemet. Även om de olika vårdenheterna i Esters fall inte hade haft några väntetider alls är det rimligt att anta att vårdepisoden ändå hade tagit 8-12 veckor av den enkla anledningen att hennes symtom varit svåra att analysera.

Vårdepisoder kan bli utdragna i tid även om det varit möjligt att ställa rätt diagnos i ett tidigt skede. Det kan krävas insatser, undersökningar, mobiliseringar och provtagningar innan behandlingen kan sättas in. Även i sådana fall kan de olika aktörerna ha egna väntetidsmål och kösituationer som gör att vårdepisoden blir utdragen.

### 2.3. Vilka besöksorsaker riskerar att generera långa samlade väntetider?

Enligt de intervjuer som gjorts i granskningen förekommer det fall som liknar Esters eller i vissa fall ännu mer komplexa vårdepisoder. De flesta intervjuade tror dock inte att det rör sig om så många patienter. Det finns emellertid ingen statistik som fångar problemets storlek.

På frågan om vilka besöksorsaker som kan antas vara i riskzonen för långdragna och komplexa vårdepisoder framkommer följande i intervjuerna:

- ▶ Yrsel
- ▶ Smärta (Diffus eller svårdefinierad)
- ▶ Psykosomatiska besvär där både somatiska och psykiatriska specialiteter är involverade

Det kan naturligtvis finnas andra besöksorsaker som resulterar i långa och komplexa vårdepisoder och i vissa fall långa väntetider. Det finns i landstinget ingen systematisk uppföljning av sådana patienter och det finns inte heller några analyser gjorda som kan visa hur omfattande detta problem är. Vi har i granskningen bara mött antaganden och de flesta antar att det rör sig om ganska få patienter.

#### 2.4. Analys av ett urval av patientjournaler

Vi har brett två vårdcentraler och två specialistkliniker (medicin respektive ortopedi) granska cirka 20 journaler för att se hur dessa patienter med ovannämnda besöksorsaker har gestaltat sig. Enheterna gjorde slumpmässigt ett urval av patienter som hade sökt vård för yrsel eller smärta i axlar eller rygg. Medicinheten valde även två journaler med diagnosen KOL då erfarenheterna var att dessa patienter kan hamna i komplexa vårdepisoder. Syftet med detta var inte att göra en studie av hur stor omfattningen är av dessa fall utan att hitta praktikexempel. Resultatet beskrivs i detalj bilaga 2.

Av de 15 patienterna var det endast två som hade komplexa vårdepisoder. En av dessa hade remitterats till två vårdinstanser från vårdcentralen men väntetiderna var relativt korta, som mest 23 dagar. Vid medicinakutmottagningen var det en patient som remitterats till tre instanser. Där framgår dock inte hur länge patienten fick vänta. En patient vid medicinakutmottagningen hade en mycket komplex vårdepisod med 18 vårdkontakter på 16 månader, framför allt många akuta. Dessutom hade samma patient 18 vårdkontakter med vårdcentral under samma period. Övriga patienter hade inte slussats runt i vårdsystemet utan behandlats vid första instans. De fyra patienterna vid ortopedikliniken hade olika typer av smärta i axlar eller rygg och behandlades vid ortopedien. De utgjorde alltså inga komplexa vårdepisoder men en patienterna fick 5 månader till besöket vid specialisten. En patient fick vänta 17 veckor till nybesök och 20 veckor till behandling. Enligt de intervjuade kan det ibland vara så att patienterna vill stå kvar på väntelista fastän operativ behandling bedömts vara aktuellt. Ibland går remisser direkt till specialistklinikens fysioterapeuter vilka snabbt kan remittera till operativ behandling om tillståndet förändras under denna behandlingstid.

Sammantaget går det inte att dra några slutsatser från journalgranskningen annat än att de flesta hade hos den remissmottagande enheten fått en ganska låg prioritet. Det stämmer väl med vad de intervjuade uppgivit och innebär att patienter med komplexa vårdepisoder kan riskera att hamna i långa väntetider.

Det är möjligt att vi hade hittat fler patienter med komplexa vårdepisoder om urval hade gjorts vid smärtenheten. Även om så varit fallet hade slutsatsen ändå blivit att det bara finns gissningar kring hur omfattande problemet med komplexa vårdepisoder är. När det inträffar kan vi emellertid på goda grunder anta att det föreligger en risk för att den samlade väntetiden kan bli lång.

Vi har även brett patientnämnden att ta fram exempel på långa samlade väntetider. Chefen för patientnämndens kansli uppger att de träffar på sådana fall men har inget system för att söka och kan därför inte uttala sig om hur vanligt det är mer än att det förekommer. Det praktikfall som tillhandahållits avser en patient med mångåriga ryggbesvär som försämrats och där vårdepisoden i korthet beskrivs nedan.

- ▶ Läkargesök på vårdcentral, Väntetid 3 veckor
- ▶ Remisstid till ortopedmottagning. Väntetid 4 månader
- ▶ Remiss till neurofysiologiskt lab. Väntetid 3 månader
- ▶ Ny tid till ortopedmottagning. Väntetid 3 månader

- ▶ Remiss till magnetröntgen. Förträngning konstaterad vilket gör att operation bör göras. Väntetid 3 veckor
- ▶ Ny remiss till annan ortopedmottagning för ny bedömning av annan ortoped. Väntetid 4 månader
- ▶ Operation drar ut på tiden varför väntetidskansliet kontaktas men på grund av sommartider kan operation inte påskyndas.

Denne patient har alltså haft symtom i mer än 15 månader utan att behandling kunnat genomföras. Vårdeperioden har inte varit så komplex men bildat en serie av vårdkontakter för att diagnos ska kunna fastställas. Den helt dominerande delen av tiden är passiv tid. I landstingets signalsystem för tillgänglighet är det bara knappt tre av dessa månader som ligger utanför målsättningen för tillgänglighet.

### 3. Patienten är den enda aktör som ser de samlade väntetiderna

---

Det är framför allt remittent och remissbedömare som kan uppmärksamma patienter som väntat länge vid olika instanser. Remissmottagaren har möjlighet att i journalsystemet Take Care söka information om vilka andra specialiteter patienten varit i kontakt med under vårdeperioden. För att göra sådana sökningar krävs att det finns ett medicinskt motiv. Samtliga intervjuade anger emellertid att patienters eventuella långa samlade väntetider inte påverkar hur patienten prioriteras när tider ska bokas för besök eller behandling. Det är enbart den medicinska bedömningen av hur angeläget det är att patienten får snabbt ett besök eller behandling som vägs in. Verksamhetschefen för ortopedi i Mora uppger att om en sådan patient uppmärksammas tar de kontakt med vårdcentralen och informerar dem.

I intervjuerna framkommer synpunkten att det viktiga är att en bedömning av angelägenhetsgraden görs av den första remissinstansen. Blir bedömningen att det är brådskande kan vidareremittering ske redan samma dag och då informeras remissmottagaren om hur brådskande det är. Det förekommer även att läkare vid vårdcentraler vid osäkra diagnoser kan remittera till flera instanser samtidigt vilket kan leda till mindre effektiva vårdprocesser.

Samma möjligheter att se patientens samlade väntetider har remittenten. Men eftersom det, oavsett i vilken fas patienten befinner sig i vårdeperioden, enbart skickas remissvar till remittenten blir en helhetsbild av förloppet bara synligt om någon fördjupar sig i journalanteckningarna.

Medicinska sekreterare skriver diktat i journalerna och kallar i vissa fall patienter till återbesök vilket innebär att även denna yrkesgrupp kan få tillgång

till information om eventuellt samlade väntetider. Det har dock inte i någon intervju framkommit att sekreterarna har som arbetsuppgift att identifiera patienter med långa samlade väntetider.

Verksamhetschefer och controllers gör uppföljningar av väntetider men dessa analyser görs bara av väntetider hos den egna enheten. Den väntetidsuppföljning som görs på verksamhetsnivå är densamma som används av landstingets väntetidssamordnare vid Hälso- och sjukvårdsenheten. Denna enhet sammanställer statistik för landstinget samt ser till att rapportering sker till Väntetider i vården. De väntetider som följs är andelen av patienter väntat 90 dagar eller kortare vid respektive verksamhet/specialitet både vad gäller förstabesök och operationer/åtgärder<sup>1</sup>.

Konsekvensen av ovanstående är att den enda aktör som med säkerhet ser och följer upp samlade väntetider är patienten själv. Det blir därför i praktiken patienten själv som får agera för att uppmärksamma vårdssystemet på att det sammantaget förflutit lång tid utan att diagnos eller behandling kunnat fastställas eller genomföras. I granskningen har det dock inte framkommit att det finns någon instans dit patienten kan vända sig med den typen av information för att skynda på förloppet. Den enda formella möjligheten som finns är att anmäla ett ärende till Patientnämnden som då kan vidareförmedla informationen. Problemet är att Patientnämnden då hamnar i samma problem som patienten d.v.s. vem eller vilka aktörer i vårdkedjan ska kontaktas?

Undantag finns. Cancerpatienter får idag, tack vare införandet av de standardiserade vårdförloppen, en kontaktsjuksköterska som kan fungera som lots under vårdepisoden. Dessutom finns det en koordinator som har som specifik uppgift att bevaka att de interna ledtiderna till provtagning m.m. uppfylls.

### **3.1. Diskussioner förs kring att skapa en utredningsenhet för patienter med smärtproblem**

Smärtenheter för behandling och rehabilitering av smärtpatienter finns vid Smärtrehabilitering i Säter samt vid anestesikliniken/ smärtmottagningen i Falun. Enligt verksamhetschefen har gränsdragningen gentemot vårdcentralerna blivit tydligare vilket innebär att fler patienter ska behandlas inom primärvården än tidigare vilket i sin tur medfört att tillgängligheten till Smärtrehab blivit tillfredsställande god. Smärtenheten i Falun är inriktad mot läkemedelsbehandling av smärta och Smärtrehab mot specialiserad teamrehabilitering via fysioterapi, ACT och andra behandlingsformer.

Remisserna till Smärtrehab bedöms i ett team och redan då kan man ta ställning till om patienten remitterats till fel ställe. Det är vanligt att inhyrda läkare remitterar direkt utan att utreda om behandling kan ges av primärvården. Smärtrehab ställer nu krav på att vårdcentralerna ska bedöma smärtpatienter i

---

<sup>1</sup> För primärvården gäller telefonkontakt samma dag och läkarbesök inom 7 dagar.

team innan de remitterar till Smärtrehab. Detta för att förhindra att patienterna remitteras till fel specialister. Omfattningen av hur många patienter cirkulerar mellan specialiteter finns det ingen systematiserad kunskap om.

Det finns enligt intervjuad verksamhetschef ett behov av att förbättra samverkan och koordinering mellan olika insatser för patienter som söker vård för smärta. Därför pågår diskussioner om att etablera en utredningsenhet där flera yrkesgrupper och specialiteter kan bedöma inkommande remisser från primärvården för att på så vis undvika att patienten slussas runt i vården utan att en adekvat plan för behandling kan upprättas i ett tidigare skede. Det finns dock ännu inte några sådana direktiv eller projektuppdrag men det finns flera aktörer som upplever ett sådant behov. En sådan utredningsenhet skulle inte behöva vara aktiv så ofta för att det skulle få stora positiva effekter i form av att patienterna möts med adekvata åtgärder på ett tidigt stadium.

### 3.2. Patienter kan kräva att få en fast vårdkontakt

Enligt den nya patientlagen kan patienter idag begära en fast vårdkontakt.

*2 § En fast vårdkontakt ska utses för patienten om han eller hon begär det, eller om det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet. (Patientlagen 6 kap 2 §)*

Det kan alltså anses vara nödvändigt även om patienten inte begär en fast vårdkontakt. Som nämnts tidigare finns sådana funktioner för cancerpatienter och det är i de flesta landsting också regel att specialistpsykiatrin utser en fast vårdkontakt. Det kan även förekomma för vissa rehabiliteringspatienter.

Enligt de vi intervjuat är det emellertid sällsynt att övriga patienter begär en fast vårdkontakt och det är oklart i vilken omfattning patienter informeras om den rättigheten. På landstingets hemsida återfinns ovanstående lagtext under frågor och svar kring patientlagen.

Enligt samma lag har patienten rätt till fast läkarkontakt inom primärvården men det handlar om att få träffa samma läkare vid vårdcentralen för att få kontinuitet. Om patienten remitteras till andra specialiteter fungerar inte denne läkare som samordnande funktion.

## 4. Landstingets styrning mot tillgänglighet utgår från vårdgarantin

---

I landstingsplanen 2016 anges att målet inom hälso- och sjukvården är en ”köfri vård” (s 6). Vad som menas med köfri vård definieras inte närmare. I

”Mål och styrkort” anges att 100 % av patienterna ska få besök och behandling inom vårdgarantins gränser, vilket då får tolkas som en definition av ordet köfri. Köfrihet i termer av ej utnyttjad vårdgaranti är uppdraget från landstingsfullmäktige. Landstinget är långt ifrån att uppfylla detta mål för närvarande.

Landstingsstyrelsen har inte tolkat ordet köfri på något annat sätt vilket innebär att hela den uppföljning som görs av vårdenheternas tillgänglighet utgår från detta mål. Även den uppföljning som sker på verksamhetsnivå utgår från vårdgarantimålet 100 %. Innebörden av det blir det signalsystem som landstinget byggt inte fångar patienter med en lång samlad väntetid såvida inte någon av vårdinstanserna har väntetid längre än 90 dagar.

Den bevakning som görs i samband med produktionsplaneringen vid enheterna fångar de faktiska väntetiderna till de olika subspecialiteterna men styrningen är inriktad mot att förhindra att väntetiden överstiger 90 dagar.

## 5. Sammanfattande slutsatser och rekommendationer

---

Syftet med granskningen är dels att ge underlag för att kunna bedöma om landstingsstyrelsen har vidtagit ändamålsenliga åtgärder för att begränsa enskilda patienters samlade (ackumulerade) väntetider inom den specialiserade vården, dels genom exempel belysa hur situationen ser ut inom en utvald patientgrupp.

Nedan beskrivs i komprimerad form de bedömningar som görs utifrån respektive revisionsfråga. Därefter redogörs för slutsatser och svar på den övergripande revisionsfrågan.

Revisionsfråga	Svar
1 Har Hälso- och sjukvården en ändamålsenlig kontroll/uppföljning e t c av och kännedom om enskilda patienters samlade väntetider?	Nej, det finns inte någon systematisk metod för att identifiera patienter med långa samlade väntetider. Uppföljningen genom hela systemet bygger på enskilda enheters väntetider och i den uppföljningen fångas endast hur stor andel som får vård inom vårdgarantins gränser. D.v.s. inte återbesök eller diagnostik.

Revisionsfråga	Svar
2 Har ändamålsenliga åtgärder vidtagits för att säkerställa skäliga väntetider för patienter som måste undersökas på flera olika kliniker e.t.c.	Nej.
3 Har Hälso- och sjukvården i alla situationer säkerställt vem i organisationen som har ansvaret för den enskilda patienten under väntetiden?	Sådana arrangemang finns endast för cancerpatienter, vissa rehabiliteringspatienter och inom psykiatri i form av kontaktsjuksköterskor och fasta vårdkontakter. Remittenten bär dock ansvaret tills patienten är bedömd av remissmottagaren. Det finns en rutin för detta.
4 Finns en fungerande och organiserad samverkan mellan de olika kliniker/enheter e.t.c. som säkerställer ett effektivt patientflöden för patienter som riskerar att drabbas av långa samlade väntetider?	Nej. Diskussioner pågår kring möjligheten att inrätta en utredningsenhet för smärtpatienter där olika professioner och specialiteter ingår. Detta är dock endast på diskussionsstadiet.
5 I vilken mån används patienters klagomål eller landstingets avvikelshanteringssystem för att och förhindra långa samlade väntetider?	Inte alls.

### 5.1. Sammanfattande bedömning.

Hälso- och sjukvårdslagen stipulerar att vården ska vara tillgänglig, främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen samt tillgodose patientens behov av kontinuitet och säkerhet i vården. Det framgår även att varje patient som vänder sig till hälso- och sjukvården ska, om det inte är uppenbart obehövt, snarast ges en medicinsk bedömning av sitt hälsotillstånd. I 29 a § framgår att:

*29 a § Verksamhetschefen ska säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses. Om det är nödvändigt för att tillgodose dessa behov, eller om en patient begär det, ska verksamhetschefen utse en fast vårdkontakt för patienten. Lag (2010:243).*

I den nya Patientlagen från 2014 framgår att patienten kan kräva en fast vårdkontakt. Om det kan anses vara nödvändigt för att tillgodose patientens behov av bland annat samordning ska hälso- och sjukvården utse en fast vårdkontakt.

Den övergripande och tydliga slutsatsen i denna granskning är att det inom hälso- och sjukvården i Landstinget Dalarna inte finns någon systematik eller något organisatoriskt arrangemang som identifierar patienter med långa samlade väntetider eller riskerar hamna i en sådan situation. Med undantag för cancervården och vissa rehabiliteringspatienter inom den somatiska vården, är patienten själv den enda aktör som ”ser” de samlade väntetiderna. Landstingets uppföljningssystem för tillgänglighet är på alla organisatoriska nivåer konstruerat med ett inifrånperspektiv. Det betyder att den tillgänglighet som följs upp är produktionsenheternas egna väntetider. Utgångspunkten är inte patientens hela vårdepisod.

En enskild patient kan därför hamna i en situation där vårdepisodens samlade väntetider, d.v.s. då inget värde skapas, kan bli ett eller ett par år långa. Detta fastän landstingets signalsystem indikerar tillfredsställande tillgänglighet. Orsaken är inifrånperspektivet och det faktum att både landstinget och de allra flesta verksamheter har den lågt satta ambitionen att undvika att patienterna behöver utnyttja vårdgarantin. En ytterligare faktor som ökar risken för att hamna i långa samlade väntetider är att flertalet verksamheter inom landstinget har och har länge haft låg tillgänglighet. Hur många patienter som hamnat i denna situation med långa samlade väntetider visar inte denna granskning. Det finns heller ingen kunskap om det i landstinget. För varje patient som drabbas är det icke desto mindre ett betydande problem.

Om de rådande förhållandena är tillfredsställande utifrån hälso- och sjukvårdslagen och patientlagen är inte helt enkelt att utröna. Tydligt är dock att båda lagar är skrivna med ett patientperspektiv vilket gör att det inifrånperspektiv som präglar landstingets styrning och uppföljning av tillgänglighet inte kan försvaras utifrån lagarna.

Vilket ansvar har då hälso- och sjukvården för att identifiera och hjälpa patienter med långa samlade väntetider? Hur komplicerat och kostsamt skulle det vara att utveckla uppföljningssystemen så att dessa patienter blir synliga? Vem ska i så fall ta hand om den informationen och vidta åtgärder? Det är frågor som landstinget rekommenderas ta ställning till.

Patientlagen och hälso- och sjukvårdslagen pekar som beskrivits ovan på verksamhetschefens ansvar. En rimlig tolkning är att verksamhetscheferna bör i riktlinjerna för de som bedömer remisser ange att uppmärksamhet ska riktas mot hur patientens resa genom vården sett ut och om det kan finnas en risk att vårdepisoden blir utdragen. Patientlagens intentioner är även att det är eftersträvänsvärt att patienten är aktiv och blir inbjuden till delaktighet. I just



dessa fall framstår det emellertid som oklart vem patienten ska samspela med eftersom varje instans sköter sin verksamhet. Granskningen visar att vårdcentralerna och distriktsläkarna inte fyller rollen som koordinator eller lots i sjukvårdssystemet vilket skulle kunna förväntas med tanke på det uppdrag de har med ett helhetsperspektiv på patienten.

Avslutningsvis kan det konstateras att en betydande del av problemet med samlade väntetider skulle försvinna om vården skulle vara mer tillgänglig och väntetiderna korta. Bedömningen är att landstinget inte har någon möjlighet att nå ett sådant tillstånd så länge hela styrningen och målsättningen bygger på att undvika vårdgarantin, 90 dagar till förstabesök och behandling. Patienter med samlade väntetider kommer inte att vara hjälpta även om samtliga verksamheter skulle klara 98 procents tillgänglighet inom nuvarande målsättning. Vi finner det anmärkningsvärt att landstinget styr tillgänglighet på det viset, inte minst med tanke på att det gjorts stora satsningar under flera år på att implementera en modern produktionsplanering. En av grundpelarna med produktionsplanering är att eliminera det extraarbete som uppstår vid administration av köer.

Utifrån vad som framkommit i granskningen ges följande rekommendationer till Landstingsstyrelsen:

- ▶ Analysera och ta ställning till vilket ansvar hälso- och sjukvården respektive patienten bör ha när långa samlade väntetider uppstår. Speciellt bör verksamhetschefernas och distriktsläkarnas roll analyseras.
- ▶ Om patienten förväntas ta ett ansvar för att indikera långa samlade väntetider bör det tydliggöras till vilken aktör patienten kan adressera sin problematik.
- ▶ Överväg åtgärder för att informera om eller påbjuda fast vårdkontakt för de patienter med besöksorsaker som kan riskera att hamna i komplexa eller långa vårdepisoder.
- ▶ Överväg organisatoriska arrangemang för multiprofessionell och utredning med flera specialister för patienter med otydliga diagnoser likt den utredningsenhet som diskuteras för patienter med benign smärta.
- ▶ Överväg vilka åtgärder som skulle krävas för att patienter med långa samlade väntetider kunde identifieras i systemet för uppföljning.
- ▶ Överväg att ha andra mer offensiva mål för tillgänglighet än vårdgarantin. Nuvarande styrning riskerar att permanenta en verksamhet som bygger på grundantagandet att patienter måste vänta.

## Bilaga 1: Förteckning över intervjuade funktioner

- ▶ Biträdande verksamhetschef, Ortopedi i Falun
  - ▶ Sjuksköterska
- ▶ Chef för enheten för chefläkare
- ▶ Divisionschef, Kirurgiska specialiteter
- ▶ Hälso- och sjukvårdsdirektör
- ▶ Utredare, Hälso- och sjukvårdsenheten
- ▶ Verksamhetschef, Smärtrehabiliteringen i Säter
- ▶ Verksamhetschef, Ortopedi i Mora
  - ▶ Mottagningschef
- ▶ Verksamhetschef, Medicin Falun
- ▶ Verksamhetschef, Medicin Avesta
- ▶ Verksamhetschef, Vårdcentral i Orsa
- ▶ Verksamhetschef, Vårdcentral i Falun

Dessutom har samtal förts med verksamhetschef ortopedi i Falun samt med chefen för Patientnämndens kansli.

## Bilaga 2: Journalstudie

<b>Journaler analyserade vid vårdcentraler</b>	
<b>Fråga</b>	<b>Svar</b>
1. Hur har hälsoproblemet beskrivits vid vårdepisodens början?	A patient med yrsel vid uppresning B patient med yrsel i stående läge och vid matintag. C patient med ständig yrsel och huvudvärk under 2 veckor D patient med smärtor i skuldror E patient med akut och konstant smärta axel/nacke
2. Hur många instanser har patienten remitterats till under vårdepisoden fram till behandling alternativt avslut utan behandling?	A 2 B 0 C 0 D 1 E 1
3. Vilken prioritering har patienten fått av de som bedömt remisserna?	A Relativt hög B – C – D Låg E Normal
4. Hur lång tid har förflutit mellan de ingående remissmottagningarna och första besök samt till behandling?	A 10 dagar B – C – D 14 dagar E Samma dag. 2 dagar till behandling
5. Har patienten haft flera besök hos samma specialist innan diagnos kunnat fastställas och hur lång tid har förflutit från det nybesöket till återbesök?	A 2 besök – 23 dagar B 3 dagar C 8 dagar D 7 dagar till första återbesök (Sammanlagt 7 besök) E -
6. Eventuellt övrigt av intresse för att beskriva den samlade väntetiden?	

<b>Journaler analyserade vid ortopedklinik</b>	
Fråga	Svar
1. Hur har hälsoproblemet beskrivits vid vårdepisodens början?	<p>A. Sedan flera år tillbaka besvär med smärtor i höger axel. Ont, framförallt när patienten lyfter armen ovan 90°. Kraftig smärta från axeln vid överarmskast.</p> <p>B. Patient som i flera års tid haft besvär med smärtor i axlarna bilateralt. Framför allt ont på vänster sida. Svårt att lyfta armarna. Har nu varit sjukskriven på grund av detta. Har gått hos sjukgymnast och tränat utan att det har blivit bättre. Träffade sjukgymnast senast i våras.</p> <p>C. Sedan 2 års tid besvär med smärtor i ländryggen. Successivt försämrad. Har via vårdcentralen gjort en MR som visar en pseudospondylolistes L4-L5 utan säker kompression, ingen spinalstenos eller diskbråck. Kraftig facettledsartros L4-L5 nivå. Således försämrad senaste tiden, har svårt att stå längre stunder. Molande känsla i båda benen ner till fötterna. Har inte provat på sjukgymnastik.</p> <p>D. Patient med långdragna problem med domningar i höger ben, börjar i foten lateralt och går strax uppåt strax ovan knähöjd. Egentligen ingen smärta ut i benet men en del värk i ländryggen. Tycker att det är värst när han varit stilla ett tag och blir bättre i samband med rörelse. Har sedan tidigare en naprapatkontakt, framförallt för axlarna men har egentligen inte fått någon behandling för själva ländryggen.</p>
2. Kom remissen från vårdcentral eller annan specialist?	<p>A Vårdcentral</p> <p>B Vårdcentral</p> <p>C Vårdcentral</p> <p>D Vårdcentral</p>
3. Vilken prioritering har patienten fått av de som bedömt remisserna?	<p>A Låg</p> <p>B Låg</p> <p>C Låg</p> <p>D Låg</p>
4. Hur många instanser har patienten remitterats till under vårdepisoden fram till	<p>A Inga</p> <p>B Inga</p>

<p>behandling alternativt avslut utan behandling?</p>	<p>C MR-röntgen, sjukgymnastik D MR via vårdcentralen. Naprapat via arbetet</p>
<p>5. Hur lång tid har förflutit mellan de ingående remissmottagningarna och första besök samt till behandling?</p>	<p>A Till besök 17 veckor, Till behandling 20 veckor B Till besök 11 veckor. Väntar på behandling/op C Till besök 5 månader D Till besök 2 månader</p>
<p>6. Har patienten haft flera besök hos samma specialist innan diagnos kunnat fastställas och hur lång tid har förflutit från det nybesöket till återbesök?</p>	<p>A Inga flera besök B Inga flera besök. C Ett besök på länssjukhus och ett på länsdelssjukhus, med samma resultat. 6 mån mellan besöken. C Inga flera</p>
<p>7. Eventuellt övrigt av intresse för att beskriva den samlade väntetiden?</p>	<p>A. Nej. B. Nej. C. Gjort en ny MR röntgen efter första besöket på länsdelssjukhus, efter den rgt, remiss till länssjukhus på patientens begäran. D. Nej.</p>

n

<b>Journaler analyserade vid medicinklinik</b>	
Fråga	Svar
<p>1. Hur har hälsoproblemet beskrivits vid vårdepisodens början?</p>	<p>A KOL-patient som uppsöker medicinakuten efter att nattetid haft besvär med andningen sedan en tid. Har tid till vårdcentral om sex dagar men orkar inte vänta. Lungröntgen, CRP – UA. Får återgå till hemmet Inkommer till medicinakuten akut med yrsel och sluddrigt tal, läggs in och vårdas för minor stroke – 160502, Remiss till logoped – besök görs inläggande samt uppföljning efter 14 dagar. Uppföljning på stokeskmott efter en månad och till läkare efter 5 månader inga kvarstående symtom, återremitteras till vårdcentral. Inläggande vård två dygn i augusti pga svimning, Beställning av polikliniskt hjärt-EKO.</p>

	<p>B KOL patient med akut exacerbation, som sen en längre tid upplevt tilltagande dyspnè som förvärrats det senaste dygnet. Behandlas och får återgå till hemmet. Remiss till Lungmott i Falun för Bronkoskopi</p> <p>C Yrsel rotatorisk plötslig debut, allt snurrar vid rörelse, illamående och kräkningar. Bedöms som vetibularisneurit. Slutenvård ett dygn. Patienten går hem helt återställd. En månad senare Sömnmottagningen kontroll av mask pga sömnnapnè. 160212 Läkbesök reumatologen – Psoriasisartrit. 160419 Återbesök reumatologen</p> <p>D Patient som söker för en lägesrelaterad yrsel sen en dag tillbaka som verkar ha gått över. Får lugnande besked och får höra av sig vid behov. Misstänker inget allvarligt bakomliggande</p>
<p>2. Kom remissen från vårdcentral eller annan specialist?</p>	<p>A Söker akut egen vårdbegäran B Söker akut egen vårdbegäran C Söker akut egen vårdbegäran D Söker akut egen vårdbegäran</p>
<p>3. Vilken prioritering har patienten fått av de som bedömt remisserna? (RETTS)</p>	<p>A Triage Grön B Triage Gul C Triage Grön D Triage Grön</p>
<p>4. Hur många instanser har patienten remitterats till under vårdepisoden fram till behandling alternativt avslut utan behandling?</p>	<p>A 3 B 15 C 0 D 0</p>
<p>5. Hur lång tid har förflutit mellan de ingående remissmottagningarna och</p>	<p>A Ingen uppgift B 4 dagar/12 dagar/18 dagar/4 mån (koronarango)/ Många nya akuta besök och flera besök till olika specialister. Dock</p>

<p>första besök samt till behandling?</p>	<p>inga långa väntetider men en väldigt komplex vårdepisod med flera symtom.</p> <p>C 0</p> <p>D 0</p>
<p>6. Har patienten haft flera besök hos samma specialist innan diagnos kunnat fastställas och hur lång tid har förflutit från det nybesöket till återbesök?</p>	<p>A Inte efter det att diagnos fastställts</p> <p>B Ett flertal akuta besök. Ett återbesök för rörkontroll.</p> <p>C 0</p> <p>D 0</p>
<p>7. Eventuellt övrigt av intresse för att beskriva den samlade väntetiden?</p>	<p>A Nej</p> <p>B Under 16 månader hade patienten 18 vårdkontakter inom specialistvården och 18 vårdkontakter vid vårdcentral.</p> <p>C Nej</p> <p>D Nej</p>