

Uppföljning av hälso- och sjukvårdens tillgänglighet

Slutrapport mars 2016

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovsmannens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. Publikationen kan också tas fram i alternativt format på begäran. Frågor om alternativa format skickas till alternativaformat@socialstyrelsen.se

Artikelnummer 2016-3-11
Publicerad www.socialstyrelsen.se, mars 2016

Förord

Våren 2014 fick Socialstyrelsen ett regeringsuppdrag att utveckla den nationella uppföljningen av hälso- och sjukvårdens tillgänglighet.

I uppdraget har det ingått att fortsätta arbetet med att följa upp väntetider enligt principen om patientens väg genom vården och att göra årliga mätningar av väntetider inom cancervården och vid sjukhusbundna akutmottagningar. Det har även ingått att vidareutveckla arbetet med att analysera orsaker till och konsekvenser av skillnader i tillgänglighet inom hälso- och sjukvården.

Uppdraget har genomförts i fem delprojekt. Två av delprojekten, årliga mätningar av väntetider inom cancervården och vid sjukhusbundna akutmottagningar, har redovisats i särskilda årliga rapporter i december 2014 och 2015.

Denna rapport är en slutredovisning av uppdraget i sin helhet och innehåller även en närmare beskrivning av genomförande och resultat av de delprojekt som inte redovisats tidigare. Rapporten avslutas med en beskrivning av det fortsatta arbetet i enlighet med det nya uppdrag regeringen gav Socialstyrelsen den 21 januari 2016 (S2016/00445/FS).

Socialstyrelsen vill tacka de personer och organisationer som på olika sätt bidragit till arbetet: ansvariga för nationella kvalitetsregister, Sveriges Kommuner och Landsting, väntetidssamordnare och psykiatrisamordnare för landsting och regioner, verksamhetschefer för öppna psykiatriska mottagningar i Stockholms läns landsting, Region Skåne och Norrbottens läns landsting, journalssystemleverantörer, expertgruppen inom akutvården, akutmottagningarna i Malmö, Lund, Varberg, Örebro och Växjö samt patienter och patient- och brukarorganisationer.

Slutrapporten har utarbetats av projektledare Sevim Barbasso Helmers. Ansvarig enhetschef har varit Martin Sparr.

Olivia Wigzell
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Inledning	9
Uppdrag	9
Bakgrund	9
Genomförande och metod	16
Fem delprojekt	16
Socialstyrelsens modell	17
Beskrivning av delprojekten.....	18
Resultat	27
Väntetider i cancervården (delprojekt 1)	27
Väntetider och patientflöden på akutmottagningar (delprojekt 2)	28
Tillgänglighet och väntetider i nationella kvalitetsregister (delprojekt 3)	29
Tillgänglighet inom vuxenpsykiatri (delprojekt 4)	36
Patientens väg genom vården (delprojekt 5)	54
Slutsatser och diskussion	61
Tillgänglighet ur ett patientperspektiv	61
Orsaker och konsekvenser av väntetider samt regionala skillnader	63
Patientens väg genom vården	65
Framtida planer	68
Årliga mätningar och analys av väntetider i akutvården.....	68
Årliga mätningar av tillgänglighet vid kroniska sjukdomar	69
Orsaker och konsekvenser av väntetider samt regionala skillnader i väntetider	69
Patientens väg genom vården	69
Referenser	71
Bilagor	76
Bilaga 1. Delprojektgruppsmedlemmar.....	76
Bilaga 2. Mätpunkter i Socialstyrelsens väntetidsmodell	77
Bilaga 3. Webbenkät till nationella kvalitetsregister	81
Bilaga 4. Nationella kvalitetsregister som ingått i webbenkätinventeringen	85
Bilaga 5. Patientenkät till fyra öppenvårdspsykiatriska mottagningar	88
Bilaga 6. Enkät angående Patientens väg genom vården.....	90

Sammanfattning

Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att utveckla den nationella uppföljningen av hälso- och sjukvårdens tillgänglighet.

Uppdraget har innefattat årliga väntetidsmätningar inom cancervården och akutvården, utveckling av arbetet med analyser av orsaker till och konsekvenser av skillnader i tillgänglighet samt utveckling av väntetidsmätningar inom fler sjukvårdsområden. Som en del av uppdraget har Socialstyrelsen även arbetat med att vidareutveckla vad som bör innefattas i begreppet tillgänglighet ur patientens och sjukvårdens perspektiv.

Samråd har skett med befintliga nätverk på området, företrädare för patientorganisationer samt Sveriges Kommuner och Landsting (SKL).

Uppdraget har genomförts i fem delprojekt, varav två – de årliga väntetidsmätningarna inom cancervården och vid sjukhusbundna akutmottagningar – publicerades i december 2014 och 2015.

Cancervården

Inom cancervården råder fortsatt stora skillnader i väntetider mellan och inom landstingen och regionerna för samma cancerform. Skillnader i väntetider mellan män och kvinnor har däremot utjämnats för de flesta jämförbara cancerformerna. Vad gäller medianväntetiderna i riket har inga omfattande förändringar skett för de flesta cancerformer som Socialstyrelsen följt under fem år.

Socialstyrelsen följer i ett särskilt uppdrag satsningen för att bland annat korta väntetiderna i cancervården genom så kallade standardiserade vårdförlopp. Myndigheten kommer att bjuda in kvalitetsregistren till samarbete för en eller flera cancerformer för att analysera orsaker till och konsekvenser av skillnader i väntetider inom cancerområdet.

Akutvården

Inom sjukhusbundna akutmottagningar finns fortsatt stora skillnader i väntetider mellan akutmottagningarna både vad gäller total vistelsetid och tid till läkarbedömning.

I samarbete med fem akutmottagningar visade analyser att sannolikheten för att patienter tillbringar fyra timmar eller mer på akutmottagningen påverkas av patientens stigande ålder, första mottagande klinik (medicinska specialitet), vilken tidpunkt på dygnet patienten kommer till mottagningen samt om patienten ska skrivas in i slutenvård eller inte. Patientens kön var inte en påverkande faktor för långa vistelsetider.

Socialstyrelsen avser att fortsätta med årliga väntetidsmätningar i akutvården och planerar att utveckla vidare analyser av orsaker till och konsekvenser av väntetider i akutvården.

Mätpunkter i de övriga nationella kvalitetsregistren

I syfte att utveckla väntetidsmätningar inom andra sjukdomsområden har de nationella kvalitetsregistren inventerats utifrån de mätpunkter som finns i Socialstyrelsens väntetidsmodell.

Endast två av 86 nationella kvalitetsregister har samtliga mätpunkter. Av registren har 13 den första mätpunkten *remissbeslut*, medan majoriteten (n=60) har den sista mätpunkten *behandlingsstart*. Båda mätpunkterna finns i 13 av registren.

Inventeringen visar också att en del av registren har variabler som är av betydelse för analys av orsaker till och konsekvenser av väntetider. Av registren har 53 procent även rapportering av patientens egen upplevelse.

God tillgänglighet är mer än väntetider

För att vidareutveckla begreppet tillgänglighet ur patientens och sjukvårdens perspektiv användes ovan beskrivna inventering också till att inhämta kvalitetsregistrens förslag på aspekter av tillgänglighet för att på nationell nivå följa upp hälso- och sjukvården. För att förstärka patientperspektivet gjordes en behovsanalys med patienter inom vuxenpsykiatrivården.

Kvalitetsregistren förde fram följande förslag till nationell uppföljning av tillgänglighet: kompetens, samordning av vården, information, telefonkontakt, tillgång till bilddiagnostik, tillgång till behandling, behandlingsutfall, multidisciplinära team, patientens egen upplevelse samt väntetider.

För patienter inom vuxenpsykiatri handlar tillgänglighet även om fysisk tillgänglighet, kontinuitet, bemötande av vårdare, förtroende för personalen samt delaktighet i beslut och behandling. Detta belyser att tillgänglighet för patienter innefattar även andra aspekter än väntetider. Flera av dessa aspekter tangerar övriga dimensioner av god vård och bör i möjligaste mån ingå i nationella uppföljningar.

Socialstyrelsen bedömer att möjligheten till nationell mätning av väntetider enligt Socialstyrelsens väntetidsmodell är begränsad inom vuxenpsykiatri och behöver utvecklas. Möjligheter att följa flera av de övriga angivna aspekterna ser ut att finnas med hjälp av olika nationella datakällor, och kan utgöra en fortsättning på området, men dock inte med potentialen att följa dessa för samma individ.

Patientens väg genom vården

Socialstyrelsen genomförde i juni–september 2015 en enkät- och intervjustudie av landstingens och regionernas möjligheter att följa patientens väg genom vården – med hjälp av införande av ett så kallat remiss-id eller individanpassad vårdprocess-id som kan koppla samman individbaserade vårdprocesser.

Resultatet visar att två landsting redan har stöd för en individanpassad vårdprocess i enlighet med Socialstyrelsens förslag till nationell informationsstruktur. Det framgår också att tio landsting har planer på att införa stödfunktioner i systemen för att kunna följa processer. Samtidigt pågår förberedelser för ett generationsskifte bland landets vårddokumentationssystem.

För att påskynda utvecklingen av en individanpassad vårdprocess föreslår Socialstyrelsen framtida utvecklingsarbeten i samarbete med landstingen och regionerna, SKL och Inera. Bland annat handlar det om nationell samordning vad gäller de krav som systemen på sikt behöver uppfylla för att förbättra och effektivisera uppföljningen av hälso- och sjukvårdens verksamhet.

Inledning

Uppdrag

Socialstyrelsen fick i maj 2014 i uppdrag att utveckla den nationella uppföljningen av hälso- och sjukvårdens tillgänglighet (S2014/4157/FS).

I uppdraget angavs att Socialstyrelsen skulle fortsätta arbetet med att följa upp väntetider enligt principen om patientens väg genom vården. Arbetet skulle ske enligt den vision och målsättning som presenterades i rapporten *Patientens väg genom vården – system för uppföljning av väntetider i vården* [1]. Följande delar ingick i uppdraget:

- Att göra årliga mätningar av väntetider inom cancervården.
- Att göra årliga mätningar av väntetider vid sjukhusbundna akutmottagningar.
- Mätning av väntetider inom andra områden där data finns tillgängliga inom de nationella kvalitetsregistren.
- Att se över möjligheten att utveckla ett remiss-id som gör det möjligt att följa patientens väg genom specialistvården.
- Att utveckla arbetet med att analysera orsaker och konsekvenser av skillnader i tillgänglighet inom hälso- och sjukvården, genom att bland annat analysera och utvärdera orsaker till regionala variationer i väntetid, till skillnader i väntetider mellan och inom olika specialiteter samt till väntetiderna inom akutvården.
- Att se över hur Socialstyrelsen inom myndigheten kan utveckla arbetet med att följa upp tillgängligheten inom hälso- och sjukvården. Det kan exempelvis handla om arbetet med nationella riktlinjer respektive öppna jämförelser.

Av uppdraget framgår att Socialstyrelsen ska samråda med befintliga nätverk på området, företrädare för patientorganisationer samt Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Socialstyrelsen genomförde samrådsförfarandet med SKL genom flera hearings för förankring och synpunkter om uppdraget och har i denna rapport tagit hänsyn till de kommentarer som framkommit. Patientorganisationer och andra nätverk inom området har aktivt deltagit i delar av genomförandet av uppdraget.

Bakgrund

Väntetider har under årtionden varit ett problem inom svensk hälso- och sjukvård. I syfte att åtgärda problemen infördes den första vårdgarantin (behandlingsgaranti) år 1992. Den var riktad mot 12 behandlingar eller undersökningar som vid den tiden hade särskilt omfattande väntetider.

Vårdgarantin utvidgades med en besöksgaranti till primärvården och specialistvården 1996. Efter ett antal revideringar av innehållet i vårdgarantin tillkom 2005 den nationella vårdgarantin som sedan dess varit i kraft (se faktaruta). Från år 2010 regleras vårdgarantin i 3 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL [2].

I slutet av 2008 beslutade regeringen om en särskild satsning i överenskommelse med SKL för att stimulera landstingen till att arbeta för kortare väntetider. Satsningen kom att kallas för ”kömiljarden” och gällde till och med år 2014.

Den nationella vårdgarantin

Enligt den nationella vårdgarantin från 2005 gäller följande för den enskilde:

- 0* - Kontakt med primärvården (tillgänglighetsgaranti): Alla som söker hjälp för ett hälsoproblem ska samma dag få kontakt med primärvården, t.ex. vårdcentralen eller sjukvårdsrådgivningen via telefon eller genom besök.
- 7* - Läkarbesök inom primärvården (besöksgaranti): Alla patienter ska efter bedömning få tid till en läkare på t.ex. vårdcentralen inom högst 7 dagar.
- 90* - Läkarbesök inom den specialiserade vården (besöksgaranti): Alla patienter ska få ett förstabesök i den specialiserade vården inom 90 dagar från remissdatum.
- 90*- Planerad vård (behandlingsgaranti): Alla patienter ska efter beslut få en operation/åtgärd inom den specialiserade vården inom 90 dagar.

* De samlade utfästelserna i vårdgarantin brukar ofta uttryckas siffermässigt i serien ”0-7-90-90”.

Socialstyrelsens regeringsuppdrag

Socialstyrelsen har sedan 2005 haft olika regeringsuppdrag att följa och analysera hur väntetiderna inom hälso- och sjukvården utvecklas med anledning av vårdgarantin.

Från 2010 har myndigheten också fått olika uppdrag att ta fram system för att följa patientens väg genom vården samt att utveckla uppföljningen av hälso- och sjukvårdens tillgänglighet.

De olika uppdragen har redovisats i följande rapporter:

- 2006: Uppföljning av den utvidgade nationella vårdgarantin som infördes år 2005 [3].
- 2009: Årliga uppföljningar av vårdgarantin samt den s.k. kömiljardsatsningen mellan 2009–2012 [4-6].
- 2010: Kartläggning av väntetider inom cancervården och att utarbeta en modell för hur uppföljningen av väntetider ska utformas [7].
- 2010: Att utreda förutsättningarna för att på nationell nivå mäta och sammanställa information om väntetider vid landets sjukhusbundna akutmottagningar [8].
- 2011: Att fortsätta arbetet med att utveckla ett system för att följa väntetider i cancervården i enlighet med den modell som presenterades i

rapporten [7]. I uppdraget ingår att ta fram väntetidsstatistik över vissa utvalda delar av vårdkedjan samt att fortsatt utreda hur ett system för uppföljning av väntetider för patienternas hela väg genom vården kan byggas upp [9, 10].

- 2011: Att utreda hur Socialstyrelsen kan inrätta ett system för att på nationell nivå följa väntetider på sjukhusbundna akutmottagningar. I uppdraget ingår dels att fastställa vilken väntetidsstatistik som ska samlas in, dels att påbörja insamlandet av sådan statistik. I uppdraget ingår också att föreslå kompletterande kvalitetsindikatorer för akutsjukvården utöver de väntetidsdata som myndigheten ska arbeta fram [11].
- 2012: Ett samlat uppdrag för att utveckla uppföljningen av hälso- och sjukvårdens tillgänglighet. Uppdraget var en sammanslagning och en fortsättning på tre olika uppdrag kring väntetider och tillgänglighet som tidigare lämnats till myndigheten. I det samordnade uppdraget ingick följande tidigare givna uppdrag:
 - Att mäta väntetider i akutvården [12].
 - Att utveckla system för att följa patientens väg genom vården [1, 13, 14].
 - Att följa upp den nationella vårdgarantin och den så kallade kömiljarden inklusive analys av undanträngningseffekter i vården [15, 16].

God vård¹

Vad som utgör en god hälso- och sjukvård, bland annat att den ska vara lätt tillgänglig, beskrivs redan i den proposition som år 1982 låg till grund för gällande hälso- och sjukvårdslag (1982:763), HSL.

God vård har blivit ett samlingsbegrepp som visar vilka mål och kriterier som ska vara vägledande vid uppföljning av hälso- och sjukvårdens strukturer, processer, resultat, kostnader och resurser.

Internationella förebilder har inspirerat till utvecklingen av begreppet God vård, som lanserades 2005 i samband med publiceringen av Socialstyrelsens första version av föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet (SOSFS 2005:12).

År 2006 gav Socialstyrelsen ut vägledningen *God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården* där sex områden lyftes fram som viktiga förutsättningar för God vård [17]:

- kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård
- säker hälso- och sjukvård
- patientfokuserad² hälso- och sjukvård
- effektiv hälso- och sjukvård
- jämlik hälso- och sjukvård
- hälso- och sjukvård i rimlig tid.

¹ Begreppet heter egentligen *God vård och omsorg* och innefattar både hälso- och sjukvården samt socialtjänsten. Eftersom uppdraget endast handlar om uppföljning av tillgänglighet inom hälso- och sjukvården, kallar vi begreppet genomgående för God vård i rapporten.

² I omsorgstermer används begreppet *individanpassad*.

God vårds dimensioner utgår också från HSL (1982:763) och har stöd i lagens olika delar (se faktaruta) [2, 18].

Hälso- och sjukvårdslagen (HSL 1982:763) (2 a § HSL)

Som krav på en god vård anges att den ska vara

- av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen
- vara lätt tillgänglig
- bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet
- främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen
- tillgodose patientens behov av kontinuitet och säkerhet i vården.

Olika insatser för patienten ska samordnas på ett ändamålsenligt sätt.

Varje patient som vänder sig till hälso- och sjukvården ska, om det inte är uppenbart obehövt, snarast ges en medicinsk bedömning av sitt hälsotillstånd. *Lag (2014:822)*.

2 § HSL redogör även för att målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen som ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet.

I den nya patientlagen som trädde i kraft 1 januari 2015 (SFS 2014:821) återkommer begreppet tillgänglighet [19] och även här nämns att hälso- och sjukvården ska vara tillgänglig samt redogörs även för vårdgarantin med hänvisning till HSL. Vårdgarantin ska försäkra en kontakt med hälso- och sjukvården (primärvården, specialiserad vård och planerad vård) inom rimlig tid, antingen per telefon eller rent fysiskt genom ett planerat eller oplanerat besök.

Vad är tillgänglighet?

Någon entydig definition kring begreppet tillgänglighet i hälso- och sjukvården finns inte. I detta avsnitt beskrivs olika aspekter på begreppet utifrån litteraturen och Socialstyrelsens tidigare arbete.

Innebörden av hälso- och sjukvård i rimlig tid enligt *God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården* är att ingen patient ska behöva vänta oskälig tid på de vårdinsatser som han eller hon har behov av [17].

Denna innebörd används fortfarande för God vård dimensionen tillgänglig hälso- och sjukvård [20, 21], men har sedan 2009 vidareutvecklats till att ge en närmare precisering på vad som är skälig tid, ur såväl patientens som hälso- och sjukvårdens perspektiv. Med skälig tid avses således att vård ska erbjudas utan att eventuella väntetider påverkar patienten negativt i fysisk, psykisk eller social mening [18].

Redan i Socialstyrelsens rapport *Sjukvården i Sverige 1995* lyftes fram att begreppet tillgänglighet omfattar såväl fysisk och ekonomisk som konceptuell tillgänglighet (det vill säga förståelse för systemets organisation och styrning) [22]. I rapporten ges också exempel på faktorer som ingår i respektive tillgänglighetsaspekt.

I vårdgarantiuppföljningen 2008 påpekades att även om väntetider anses vara det viktigaste tillgänglighetsproblemet, så finns det andra aspekter som kan försämra tillgängligheten till vården, som exempelvis långa avstånd till hälso- och sjukvården, finansiella hinder i form av egenavgifter eller restriktioner kopplade till ålder, kön och etnisk bakgrund [3].

Resonemang om att begreppet tillgänglighet inrymmer fler aspekter än väntetider fördes också senare i Socialstyrelsens hälso- och sjukvårdsrapport 2009 [23]. De exempel som gavs i rapporten var öppettider, fysisk och geografisk tillgänglighet, kötider, vilka i befolkningen som omfattas av hälso- och sjukvårdssystemet, att veta vart man ska vända sig, att snabbt kunna få kontakt med vården när det behövs, tillgång till nya effektiva behandlingsmetoder, tillgång till utbildad personal, tillgänglighet för människor med funktionsnedsättningar när det gäller gator, trappor och toaletter, men också tillgänglighet till information och dokumentation. Vidare nämns möjlighet till kommunikation och tillgång till heltäckande information om diagnoser, rättigheter, service, information om vilka insatser vårdgivaren kan erbjuda och var de finns samt kostnader för individen.

Begreppet tillgänglighet definieras utifrån flertalet infallsvinklar i den befintliga litteraturen. I en tillgänglighetsmodell av Levesque et al. från 2013, täcks de flesta av dessa aspekter in [24]. Utöver tidigare nämnda inkluderar modellen även några nya aspekter, till exempel förtroende för hälso- och sjukvårdspersonal. För att individen ska känna ett förtroende för hälso- och sjukvården läggs idag ett större fokus på kulturell kompetens som en byggsten i begreppet tillgänglighet. Detta utifrån att individen ska känna sig väl bemött och förstådd utifrån sin kulturella bakgrund, kunskap, uppfattning och sina värderingar [24, 25].

En ytterligare aspekt av begreppet innefattar hur ändamålsenlig vården är utifrån individens behov innefattande vårdpersonalens kompetens samt kontinuitet i den vård som ges [25, 26].

Empowerment³ nämns vidare i litteraturen som en byggsten i begreppet tillgänglighet gällande individens möjlighet att fatta väl informerade beslut om sin hälsa [25, 27]. Detta kan även innefatta individens möjlighet att identifiera när ett vårdbehov föreligger [25, 26]. Identifiering av ett vårdbehov kan även vara relaterat till vad som är kulturellt accepterat hos den enskilda individen eller i en befolkning. Efterfrågan på vård kan då ses utifrån hur information uppfattas samt vad som är socialt och kulturellt accepterat i en viss befolkningsgrupp [25, 28]. Detta kan ligga till grund för hur en individ eller population kan tillgodogöra sig information gällande vårdens tillgänglighet och ändamålsenlighet [24, 26, 28, 29]. Ett budskap eller förhållande kan verka främjande samt begränsande beroende av hur mottagaren upplever att den faktiska tillgängligheten är [29].

³ Patientens möjlighet att själv formulera sina mål och känna sig ha egen makt över sitt liv och kunna göra informerade val. Definitionen hämtad från SBU, <http://www.sbu.se/sv/Publicerat/Kommentar/Patientutbildning-i-grupp-vid-livslanga-sjukdomar/Faktarutor/Empowerment-egenmakt/>

Ytterligare en komponent inom begreppet tillgänglighet är individens hälsolitteracitet⁴ som kan vara en avgörande faktor för benägenheten att söka vård [30-32]. Vidare avspeglar begreppet utvecklingen av en vård som bedrivs kontinuerligt med ökat fokus på patientcentrering och patientens eller individens upplevelse av en sammanhängande vårdprocess [26].

I överenskommelsen ”Tillgänglighet och samordning för en mer patientcentrerad vård – insatser inom hälso- och sjukvården”⁵ som regeringen slutit med SKL (dnr 2015/3210/FS) ingår att förbättra och utveckla tillgängligheten. I överenskommelsen anges att detta kan omfatta insatser som avser att utveckla planeringen av vården så att den är tillgänglig för såväl patienter med akuta behov som patienter med behov av kontinuerlig kontakt, samt för grupper med hög grad av ohälsa eller risk för ohälsa. Detta innebär att parterna vill se en bredare ansats när det gäller synen på hälso- och sjukvårdens tillgänglighet. Särskilt viktigt anses det vara att vården tillämpar ett patientcentrerat förhållningsätt.

Socialstyrelsen följer överenskommelsen inom ramen för uppdraget att stödja utvecklingen mot en mer tillgänglig och patientcentrerad vård. I de handlingsplaner som landstingen och regionerna överlämnat till myndigheten tas framför allt tre aspekter av tillgänglighet upp: väntetider, e-tjänster och anpassningar av vården för att skapa likvärdig tillgänglighet för olika befolkningsgrupper. Några landsting lyfter till exempel fram vikten av att ta hänsyn till olika språkkunskaper och kulturell bakgrund.

Nationell uppföljning av god vård

För att kunna mäta och följa upp olika verksamheter används indikatorer för att belysa kvaliteten eller effektiviteten i vården. För att särskilja dessa från andra nyckeltal eller bakgrundsmått har Socialstyrelsen satt upp ett antal kriterier som stöd vid fastställande av en indikator [21]. Målet med indikatorbaserade uppföljningar är att stödja huvudmän och utförare i arbetet med att förbättra verksamheterna.

Socialstyrelsen har i samarbete med SKL och sjukvårdsprofessionen utvecklat hälso- och sjukvårdsövergripande indikatorer och indikatorer för de nationella riktlinjerna (verksamhet/indikatorområden)⁶. Dessa indikatorer möjliggör uppföljning av dimensionerna för god vård och används återkommande som underlag vid nationella öppna jämförelser, utvärdering av följsamheten till nationella riktlinjer samt för uppföljningar och utvärderingar av hälso- och sjukvården mer övergripande [18].

Underlag för uppföljning och utvärdering av hälso- och sjukvården på nationell nivå utgörs av data som landstingen och regionerna rapporterar till olika nationella register, såsom Socialstyrelsens olika hälsodataregister⁷, dödsorsaksregistret vid Socialstyrelsen, väntetidsdatabasen (www.vantetider.se) vid SKL och nationella kvalitetsregister.

⁴ Individens förmåga att förvärva, förstå och använda information i syfte att bibehålla, främja eller förbättra hälsa.

⁵ En överenskommelse som ersatte kömiljarden 2015: Tillgänglighet och samordning för en mer patientcentrerad vård – insatser inom hälso- och sjukvården.

⁶ Indikatorbiblioteket:

http://www.socialstyrelsen.se/indikatorer/sokiindikatorbiblioteket?sortcolumn=omrade_x002d_verksamhet&CheckBo xId=undefined&sortdirection=DOWN#listing

⁷ Patientregistret, cancerregistret, läkemedelsregistret, medicinska födelseregistret, tandhälsoregistret, insatser i kommunal hälso- och sjukvård.

Ytterligare inhämtning av data sker med hjälp av enkäter som riktar sig till befolkningen (t.ex. vårdbarometern) eller patienter (t.ex. nationella patientenkäten vid SKL). Dessa datakällor möjliggör en nationell täckning, men täckningsgrad och datakvalitet på indikatorer kan variera.

Genomförande och metod

Fem delprojekt

Regeringsuppdraget att utveckla den nationella uppföljningen av hälso- och sjukvårdens tillgänglighet har utförts i fem delprojekt vars specifika bakgrund, syfte, genomförande och metod redovisas i detta avsnitt. Projektens resultat redovisas i efterföljande avsnitt. De fem projekten är (se bilaga 1 för projektgruppsmedlemmar):

1. Årliga mätningar av väntetider i cancervården.
2. Årliga mätningar av väntetider vid sjukhusbundna akutmottagningar samt analyser av väntetider och patientflöden på akutmottagningar.
3. Inventering av väntetider och tillgänglighet inom nationella kvalitetsregister.
4. Inventering av förutsättningar för att följa upp tillgänglighet inom vuxenpsykiatri.
5. Patientens väg genom vården – inventering av möjligheten att utveckla *remiss-id* samt *individpassad vårdprocess-id* med hjälp av landstingens och regionernas IT-system.

Väntetider har sedan den första tillgänglighetsgarantin 1992 använts som ett centralt uppföljningsmått på hälso- och sjukvårdens tillgänglighet i Sverige, och är en fortsatt viktig fråga dels för patienterna men också för verksamheten i arbetet med att nå ökad effektivitet och bättre styrning.

I genomförandet av regeringsuppdraget har det ingått att redovisa årliga väntetidsmätningar för cancervården och för sjukhusbundna akutmottagningar, vilka genomförts i form av delprojekt 1 och delprojekt 2, och rapporterats i december 2014 och 2015 [33-36]. Därför beskrivs dessa delprojekt mer kortfattat i denna rapport.

Via en litteraturgenomgång har det visat sig att begreppet tillgänglighet saknar att en entydig definition. Därför är det inte givet vilka ytterligare aspekter än väntetider som är lämpliga att följa upp inom tillgänglighetsområdet på nationell nivå. Inom ramen för uppdraget har Socialstyrelsen vidareutvecklat begreppet tillgänglighet och då utifrån patientens och sjukvårdens perspektiv (delprojekt 3 och 4). Genom en webbenkät adresserad till de nationella kvalitetsregistren (delprojekt 3) har sjukvårdens förslag på aspekter av tillgänglighet att följa upp nationellt inom hälso- och sjukvården inhämtats. I syfte att tydliggöra patientperspektivet gjordes en behovsbeskrivning tillsammans med patienter inom vuxenpsykiatrivården (delprojekt 4), ett område där det tidigare identifierats att det finns luckor vad gäller väntetidsuppföljningar.

Utveckling av arbetet med analyser av orsaker till och konsekvenser av skillnader i tillgänglighet gjordes på lika sätt inom de olika delprojekten:

a) I delprojekt 2 samarbetade Socialstyrelsen med fem akutmottagningar för kartläggning av patientflöden i syfte att analysera orsaker till skillnader i väntetider inom akutvården.

b) I delprojekt 3 inventerades variabler i de nationella kvalitetsregistren som är eller kan vara av betydelse för analys av orsaker och konsekvenser av väntetider.

c) I delprojekt 4 studerades konsekvenser av längre väntetider på patientens hälsotillstånd utifrån med patientens egen upplevelse.

Ytterligare ett viktigt arbete för myndigheten har varit att utreda landstingens och regionernas möjligheter att införa ett så kallat remiss-id och individanpassad vårdprocess-id. Genom dessa kan individbaserade vårdprocesser kopplas samman, vilket möjliggör att kunna följa patientens väg genom vården (delprojekt 5). Bakgrunden till delprojekt 5 beskrivs mer utförligt i denna rapport.

Socialstyrelsens modell

Socialstyrelsens modell för uppföljning av väntetider mäter de grundläggande stegen i vårdprocessen i sin helhet och i olika delar av processen (figur 1).

Eftersom patientregistret endast omfattar den slutna vården och läkarinsatser inom den specialiserade öppna vården, och målet är att data på sikt ska registreras i patientregistret (läs mer i delprojekt 5), så omfattar modellen tiden från remissbeslut (mät punkt 1) till behandlingsstart (mät punkt 5) (figur 1)⁸. I modellen ingår också tiden till första specialistläkarbesök, tiden till diagnosbesked samt tiden till behandlingsbeslut.

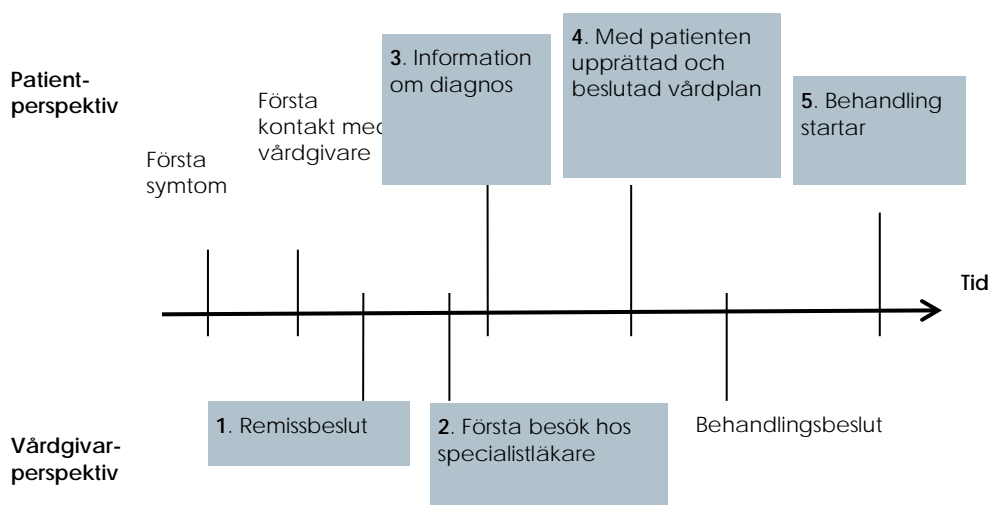
Fempunktsmodellen har ett patient- och processperspektiv (vårdgivarperspektiv) och syftar till att det ska vara möjligt att följa patientens väg genom vården. Modellens fokus ligger på patienten och de för patienten mest angelägna händelserna i ett vårdförlopp inom den specialiserade vården. Väntetider är förknippade med oro och otrygghet för såväl den drabbade som närstående. För patienten är det viktigt att utan dröjsmål få träffa en läkare och snabbt få besked samt att en eventuell behandling påbörjas snarast möjligt [37]. Patientens delaktighet och medverkan stärks av att det finns en individuell vårdplan, vilket också är helt i linje med kriteriet som ska stärka patientens ställning och som kommer till uttryck i patientlagen [19].

En utökad kunskap om att olika logiker behöver prägla organisation och arbetssätt i vården beroende på vilken patient det handlar om håller på att växa fram, vilket beaktas i Socialstyrelsens fortsatta arbete (läs mer i delprojekt 5).

Cancervården har varit ett pilotområde för denna fempunktsmodell [7, 9, 10, 13, 33, 34]. Modellen är inte applicerbar på akutvården vars väntetidsmätningar bygger på en annan uppföljningsmodell, där endast tid till läkare och total vistelsetid tas fram [8, 11, 12, 35, 36].

⁸ Beskrivning och definition av mätpunkterna finns i tabell 1, bilaga 2.

Figur 1. Patientens väg genom vården – modell för att mäta väntetider



Beskrivning av delprojekten

Årliga mätningar av väntetider i cancervården (delprojekt 1)

De årliga väntetidsmätningarna inom cancervården gäller för år 2013⁹ respektive 2014¹⁰, med undantag för lungcancer vars väntetider gäller för år 2012 respektive 2013.

Underlaget till Socialstyrelsens väntetidsmätningar kommer från nationellt kvalitetsregister för respektive cancerdiagnos som ingår i rapporten. Mätningarna utgår från Socialstyrelsens modell (figur 1) och väntetiderna gäller i huvudsak från remissbeslut till behandlingsstart, med undantag för register som av olika skäl har andra första och sista mätpunkter [33, 34]. För detaljerad information vad gäller metod och avgränsning, se de publicerade årliga rapporterna [33, 34].

Årliga mätningar av väntetider i akutvården (delprojekt 2)

Socialstyrelsen har i detta delprojekt inhämtat underlag via en enkät till landstingen för uppföljningen av väntetider och volymer vid landets sjukhusbundna akutmottagningar för första halvåret 2014 respektive 2015 [35, 36].

I den senaste rapporten år 2015 redovisas även en kartläggning av väntetider och patientflöden vid fem olika akutmottagningar¹¹ i Sverige [36], där data har hämtats från patientadministrativa system eller alternativt journalsystem. Syftet har varit att kartlägga patientflödet och belysa sådana

⁹ Bröstcancer, hudmelanom, huvud- och halscancer, lungcancer, njurcancer, prostatacancer, tjocktarmscancer, urinblåsecancer och ändtarmscancer.

¹⁰ Bröstcancer, hudmelanom, huvud- och halscancer, lungcancer, magsäckscancer, matstrupscancer, njurcancer, prostatacancer, tjocktarmscancer, urinblåsecancer och ändtarmscancer.

¹¹ Akutmottagningarna vid Malmö och Lunds universitetssjukhus, akutmottagningen vid Universitetssjukhuset i Örebro, akutmottagningen vid Hallands sjukhus Varberg, Akutmottagningen vid Centrallasarettet i Växjö.

faktorer som ligger bakom skillnader i väntetider på akutmottagningar. För detaljerad information vad gäller metod och avgränsning samt datakällor, se de publicerade årliga rapporterna [35, 36].

Inventering av väntetider och tillgänglighet inom nationella kvalitetsregister (delprojekt 3)

Som diskuterats tidigare finns det begränsningar när det gäller att kunna följa patientens väg genom vården med hjälp av datakällor såsom patientregistret vid Socialstyrelsen, väntetidsdatabasen och de vårdadministrativa systemen hos landsting och regioner [1].

Väntetidsmätningarna inom cancervården har därför istället baserats på underlag från de nationella kvalitetsregistren inom cancervården. Cancervården har varit ett pilotområde för den modell för mätning och uppföljning av väntetider som Socialstyrelsen tagit fram för att följa patientens väg genom vården (figur 1). Modellen är dock avsedd att vara generisk, det vill säga kunna tillämpas för all sjukvård och på nationell nivå.

I avvaktan på en generell uppföljning av väntetider i patientregistret, och för att bredda erfarenheterna av att tillämpa modellen och utveckla väntetidsmätningar för andra slags sjukvårdsområden än cancervården, har Socialstyrelsen inventerat övriga nationella kvalitetsregisters möjlighet att följa väntetider med hjälp av mätpunkter enligt Socialstyrelsens mätmodell.

Samtidigt har vi undersökt alternativa mätpunkter som registren använder för väntetider, variabler av betydelse för analys av orsaker och konsekvenser av väntetider, variabler till att följa upp patientens egen upplevelse av vård och behandling, samt registrens förslag på aspekter av tillgänglighet ur ett bredare perspektiv än just väntetider för att följa upp nationellt inom hälso- och sjukvården.

Webbenkätinventering

En webbenkät¹² bestående av 19 frågor med flervalsalternativ och fritext genomfördes under perioden 2015-05-12 till 2015-06-24¹³ (bilaga 3). En länk till webbenkäten skickades ut per mejl till ansvariga registerhållare eller kontaktpersoner för 101 nationella kvalitetsregister som omfattades av studien¹⁴. Efter bortfall av urvalet på grund av bland annat sammanslagning av register blev det totalt 98 kvalitetsregister som omfattades av studien (tabell 2, bilaga 4). Ansvariga för 86 kvalitetsregister av 98 register svarade på enkäten (88 procent svarsfrekvens).

¹² Frågor som ställdes i webbenkäten finns i bilaga 3.

¹³ Enkätperiod:

- Enkät utskick och information om period: 2015-05-12 – 2015-06-02 (påminnelse: 2015-05-28)
- Förlängd svarstid: 2015-06-03 – 2015-06-16 (påminnelse: 2015-06-11)
- Uppringning/mejlutskick till 17 registerhållare/kontaktpersoner som ej svarat 2015-06-18 och 2015-06-23. Fått tag på 9 personer som fått fortsatt svars möjlighet t.o.m. 2015-06-24

¹⁴ Följande 3 register togs bort från urvalet pga:

- Svenska Emesisregistret = registret beviljas inte medel längre.
- Perinatalt Kvalitetsregister Obstetrik = har slagits ihop med Graviditetsregistret (Mödrhälsövnadsregistret, fosterdiagnostik, förlossning) till Graviditetsregistret.
- Läkemedelsassisterad Rehabilitering av Opiatberoende = har slagits ihop med Svenskt beroenderegister till Svenskt beroenderegister.

Inget utskick av webbenkäten gjordes till de kvalitetsregister som redan ingick i delprojektet om väntetider i cancervården¹⁵ eller till övriga kvalitetsregister som berörs av satsningen standardiserade vårdförlopp år 2015¹⁶.

Inventering av förutsättningar för att följa upp tillgänglighet inom vuxenpsykiatri (delprojekt 4)

I arbetet med uppföljning av vårdgaranti och kömiljard år 2013 [16] identifierades att det saknas uppföljning av väntetider för behandling inom vuxenpsykiatri på nationell nivå.

Psykisk ohälsa räknas idag som ett av de stora folkhälsoproblemen. Inom sakområdet psykisk ohälsa och psykiatri på Socialstyrelsen har bra metoder för uppföljning och utvärdering lyfts fram som särskilt viktigt för att förbättra vård och omsorg för personer med psykisk ohälsa [38]. Att mäta och analysera väntetider och andra relevanta parametrar är en förutsättning för att kunna veta i vilken utsträckning vård ges i rimlig tid.

Ett arbete med att inventera möjligheterna till att följa upp tillgänglighet inom vuxenpsykiatri bidrar till en förbättrad uppföljning och ökad kunskap om vården för personer med psykisk ohälsa samt breddar Socialstyrelsens tillgänglighetsuppföljning till att omfatta även denna del av vården.

Delprojektet i det ingående uppdraget inriktade sig på tillgänglighetsaspekter inom hälso- och sjukvården och på individer inom psykiatriska vården som var 18 år och äldre.

Behovsanalys

God vård betonar vikten av den enskildes inflytande och delaktighet i hans eller hennes vårdprocess. Med patientens perspektiv i fokus blir en uppföljning eller utvärdering mer värdefull för behandlingens resultat, effektivitet och kvalitet.

För att undersöka patienternas upplevelse av tillgänglighet inom den psykiatriska vården, patienternas syn på vad som beskriver god tillgänglighet, samt vilka aspekter inom tillgänglighet som patienterna anser vara relevanta att följa upp nationellt, genomfördes dels en enkät med patienter inom den psykiatriska vården, dels en fokusgruppsundersökning i form av en workshop.

Även professionens perspektiv på olika tillgänglighetsaspekter, förutom väntetider, att följa upp nationellt inom psykiatriområdet inhämtades. Detta skedde med hjälp av den webbenkätinventering som riktade sig till alla nationella kvalitetsregister (se föregående avsnitt om delprojekt 3).

Patientenkäten

Syftet med patientenkäten var att få information om aktuella problemområden inom den psykiatriska vården genom att undersöka den befintliga patientens upplevelse av tillgängligheten till och inom den öppna psykiatriska specialistvården (se enkät i bilaga 5). Vidare gavs möjligheten att lämna förslag till förbättringar inom den psykiatriska vården.

¹⁵ Nationellt kvalitetsregister för bröstcancer, hudmelanom, huvud- och halscancer, lungcancer, njurcancer, prostatacancer, tjocktarmscancer, urinblåsecancer och ändtarmscancer.

¹⁶ Nationellt kvalitetsregister för magsäckscancer, matstrups-cancer och akut myeloisk leukemi.

Enkätundersökningen avgränsades av tidsskäl till fyra psykiatriska specialistöppenmottagningar lokaliserade inom tre geografiskt skilda landsting och regioner: Stockholms läns landsting (SLL)¹⁷, Region Skåne¹⁸ och Norrbottens läns landsting¹⁹. Mottagningarna delade ut enkäterna löpande under en vecka i december 2015 (50 eller 51).

Patienterna överräcktes en enkät samt svarskuvert vid anmälan till receptionen innan besök till vårdhavare. Patienterna kunde då välja att svara på frågorna på plats och lämna in svarskuvertet till personalen eller att ta hem enkäten och besvara den hemma, för att därefter posta den till Socialstyrelsen.

Fram till den 14 januari 2016 inkom 96 enkätsvar till Socialstyrelsen.

Mellan den 2 och 12 februari 2016 inkom ytterligare 9 besvarade enkäter.

I de två mottagningar som valts ut i SLL, i norra respektive södra delen, utdelades sammanlagt 197 enkäter. 64 av dem återkom besvarade. Mottagningen i Region Skåne hade 140 utdelade enkäter med 17 svarande och mottagningen i Norrbottens läns landsting hade 51 utdelade enkäter med 25 svarande.

Den totala svarsfrekvensen för alla fyra psykiatriska mottagningar var endast 27 procent. Vi anser att det ändå är värdefullt att belysa hur 105 personer som befinner sig i den psykiatriska vården i dagsläget upplever tillgängligheten till och inom den psykiatriska specialistöppenvården.

Svarsfrekvensen bland patienter inom den psykiatriska vården är allmänt låg och det kan därför vara värt att nämna att svarsfrekvensen för SLL och Norrbottens läns landsting var 49 respektive 32 procent, vilket är i linje med eller högre än 36 procents svarsfrekvens för den nationella patientenkäten som genomfördes under våren 2014 inom den öppna psykiatriska vården för vuxna.

Workshop som fokusgruppsundersökning

Syftet med fokusgruppsundersökningen (workshop) var att få en uppfattning om patientperspektivet kring tillgänglighet, dvs. vad patienterna inom den psykiatriska vården anser att god tillgänglighet är samt att fånga aspekter av tillgänglighet som patientgruppen anser är bristfällig i vården och aspekter som är relevanta att följa upp.

I workshopen som genomfördes i november 2015 medverkade sammanlagt 11 patienter från olika nätverk av patient-, brukar- och anhörigorganisationer inom det psykiatriska området²⁰. Workshopen fokuserade på: a) deltagarnas definition av begreppet god tillgänglighet b) deltagarnas personliga väg genom vården samt c) deltagarnas önskvärda väg genom den psykiatriska vården för att uppnå bästa möjliga tillgänglighet.

Uppföljning av tillgänglighet inom landsting och regioner

För inventering av samtliga 21 landstings och regioners tillgänglighetsarbete inom psykiatrivården gjordes en genomgång av verksamhetsplaner för

¹⁷ I samråd med Anna Stenseth, samordnande chef för psykiatri inom Stockholms läns sjukvårdsområde, Stockholms läns landsting.

¹⁸ I samråd med Liv Remitz, enhetschef och medicinsk rådgivare Region Skåne.

¹⁹ I samråd med Karin Nordberg, samordnare psykiatri, Norrbottens läns landsting.

²⁰ Nationell samverkan för psykisk hälsa (NSPH), Self Harm and Eating Disorder Organisation (SHEDO), Riksförbundet för Social och Mental Hälsa (RSMH), Hjärnkoll, BALANS, Attention Difficulty Disorders (ATTENTION), Svenska Ångestsyndromsällskapet (ÅSS), Riksföreningen mot ätstörningar

verksamhetsåret 2015. Fokus för inventeringen var att få en bild av vilka tillgänglighetsaspekter som landsting och regioner följer inom psykiatrivården samt vilka behov som beskrivs i verksamhetsplanerna vad gäller tillgänglighet inom psykiatrivården.

Inventering av nationella datakällor

I syfte att undersöka möjliga nationella mätpunkter som svarar mot de tillgänglighetsaspekter som lyfts upp i behovsanalysen gjordes en kartläggning av befintliga nationella datakällor såsom patientregistret, nationella patientenkäten, väntetidsdatabasen (www.vantetider.se), vårdbarometern samt nationella kvalitetsregister inom området psykiatri.

En enkätinventering av befintliga mätpunkter för väntetider inom nationella kvalitetsregister gjordes inom delprojekt 3 som också redovisas i denna slutrapport. För metodbeskrivning se avsnittet om delprojekt 3 och för de nationella kvalitetsregistren inom psykiatri se bilaga 4. Åtta av nio register inom området för vuxenpsykiatri svarade på enkäten.

Statistiska mått och analyser

Resultatet från workshopen presenteras i form av tematiska extraktioner och har sammanfattats i olika temabegrepp som har förekommit bland deltagare.

Patientenkäten innehöll fem flervalsfrågor och en öppen fråga gällande möjligheter till förbättringar i tillgängligheten inom psykiatrivården. Varje enskild deltagare kunde även ange kön, födelseår och självrapporterad diagnos. Enkätsvararna angav endast födelseår (ej månad och dag). Därmed omvandlades födelseåret till den ålder enkätsvaranden antogs fylla under 2016.

Korrelationsanalyser med hjälp av Pearson korrelationstest användes för att titta på korrelationer mellan kön, ålder, antal diagnoser och flervalsfrågor. P-värden lika med eller under 0,05 ansågs vara statistiskt signifikanta.

Inventering av möjligheten att följa patientens väg genom vården med hjälp av landstingens och regionernas IT-system (delprojekt 5)

En central del i Socialstyrelsens arbete med att utveckla uppföljningen av vårdens tillgänglighet handlar om att bygga upp ett nationellt uppföljningssystem som följer patientens väg genom vården. Det innebär att det ska vara möjligt att koppla samman olika händelser och åtgärder som sker inom ett och samma vårdförlopp. Socialstyrelsens målsättning är att patientregistret på sikt ska innehålla den information som krävs för att möjliggöra detta. Detta innebär i sin tur att landstingens och övriga vårdgivares informationssystem behöver utvecklas för att motsvara de krav som en sådan uppföljning ställer.

Inledningsvis var arbetet inriktat på att följa väntetider ur ett patientperspektiv och i rapporten *Patientens väg genom vården – system för uppföljning av väntetider i vården* [1] anger myndigheten följande vision och målsättning för arbetet:

Socialstyrelsens vision

Det ska vara möjligt att med stöd av en generisk modell av de grundläggande stegen i vårdprocessen följa upp hur lång tid olika vårdinsatser tar – i sin helhet och i olika delar av processen.

Socialstyrelsens målsättning

Socialstyrelsen ska inom ramen för patientregistret samla in uppgifter om tidpunkter som gör det möjligt att redovisa och jämföra faktiska väntetider för olika diagnoser/åtgärder och befolkningsgrupper.

Stöd för förståelsen av processer och värdelogiker

Under åren har det emellertid blivit allt mer uppenbart att möjligheten att samlat kunna se patientens ”avtryck” i vårdsystemet samt vägen igenom det har en bredare tillämpning än att enbart följa väntetider. Genom att ”strukturera” uppföljningen av vården med hjälp av mätpunkter för olika händelser i vårdkedjan blir det möjligt att få ett bättre underlag för att styra och organisera vården. Det blir också lättare att analysera organisationens betydelse för utfallet av vården.

Som påpekas i betänkandet *Effektiv vård* (SOU 2016:2) behöver patientens behov i mycket högre utsträckning än i dag förstås och påverka på vilket sätt vården förmedlas till patienten [39]. Olika patienter med olika diagnoser och i olika sjukdomsfaser har behov av olika insatser som behöver koordineras och integreras genom olika typer av organisering. Olika logiker behöver prägla organisation och arbetssätt i vården beroende på vilken patient det handlar om. Fokus på värdekedjor passar till exempel väl för sjukdomar med förutsägbart innehåll där vårdinsatserna till stora delar kan standardiseras och utföras sekventiellt. För andra patienter passar värdecenter eller värdenätverk bättre (SOU 2016:2, s. 132) [39].

Utvecklingen av landstingens och regionernas uppföljningssystem för att möjliggöra en processbaserad uppföljning har pågått längst, medan resonemang om andra logiker är nyare. Bland annat har flera landsting och regioner tillsammans med SKL arbetat med att införa Flödesmodellen för att följa olika vårdförlopp inom ett vårdåtagande [40]. Kvalitetsregistren är ett annat exempel då de till största delen utgår från att följa en viss process. Även utvecklingen av värdebaserade uppföljnings- och ersättningsystem är baserad på ett vårdprocessstänkande [41].

I Socialstyrelsens arbete med den nationella informationsstrukturen (NI) är den individanpassade vårdprocessen central [42, 43]. I början av 2015 publicerade Socialstyrelsen en rapport [44] om de tekniska och legala förutsättningarna för ett införande av begreppet hälsoärende och ett individanpassat vårdprocess-id som den samlande informationsbäraren i en individanpassad vårdprocess.

Parallellt med Socialstyrelsens arbete har SKL och Inera arbetat med framtagande av specifikationer för nationell elektronisk remiss [45]. Denna lösning möjliggör elektronisk överföring av remisser inom och mellan landsting och regioner samt olika IT-system. Nationell elektronisk remiss har

stöd både för att kommunicera ett gemensamt remiss-id samt individanpassad vårdprocess-id mellan remittent och remissmottagare.

Individanpassad vårdprocessuppföljning

Parallellt med uppdraget att utveckla uppföljningen av vårdens tillgänglighet fick Socialstyrelsen i uppdrag att mäta och följa upp väntetiderna inom cancervården. En modell för dessa mätningar togs fram och från år 2011 har myndigheten med hjälp av data från ett antal kvalitetsregister årligen sammanställt väntetider inom de utvalda områdena [7, 9, 10, 13, 33, 34].

Den modell som föreslagits är avsedd att vara generisk, det vill säga kunna tillämpas för all sjukvård och på nationell nivå. Utgångspunkten har därför varit de olika beslutsstegen i den medicinska beslutsprocessen (figur 1, bilaga 2).

Eftersom förutsättningen har varit att data på sikt ska registreras i patientregistret, och eftersom patientregistret endast omfattar den slutna vården och läkarinsatser inom den specialiserade öppna vården, så startar modellen med utfärdande av ett remissbeslut (alternativt egenremiss) och avslutas med att en behandling startar.

Avgränsningen till start av behandling har främst gjorts av praktiska skäl mot bakgrund av situationen då mätningarna av cancervården skulle startas, det vill säga att det för denna patientgrupp är speciellt angeläget att påbörja behandlingen och att uppgifterna med kort varsel skulle kunna hämtas från kvalitetsregister. Det betyder inte att inte även andra delar av vårdprocessen i ett längre perspektiv kan komma att ingå i uppföljningen, men i ett första skede har myndigheten beslutat att begränsa informationen i patientregistret till den del av vårdprocessen som avgränsas av remissbeslut fram till start av behandling.

Vare sig man vill följa processer i detalj eller vill få en mer övergripande redogörelse för väntetiderna mellan olika steg i processen gäller att det måste finnas en ”nyckel” som kopplar samman händelserna i vårdkedjan. Detta förutsätter en utveckling av landstingens och regionernas journalsystem och de vårdadministrativa systemen.

För att få en aktuell bild av förutsättningarna för ett införande av en individanpassad vårdprocessuppföljning enligt Socialstyrelsens förslag har en enkät till landstingen och regionerna genomförts. Strukturerade intervjuer har även genomförts med de största IT-systemleverantörerna.

Enkätinventering

Enkäten vände sig till landstingets och regionens väntetidssamordnare som är en SKL-ledd gruppering vilken under många år arbetat med problematiken kring att följa vårdprocesser med stöd av de vårdadministrativa systemen. Av svaren framgår att besvarandet på många håll gjorts med inspel från flera håll inom landstinget och regionen.

Enkäten skickades ut i juni 2015 och den har besvarats av samtliga landsting och regioner.

Liksom i alla enkätundersökningar med komplexa frågor finns det en risk att frågorna tolkas olika av respondenterna. Av kommentarerna till frågornas fasta ja/nej-alternativ framgår att det ibland varit svårt för respondenterna att välja det ena eller det andra alternativet.

Det finns till exempel en tendens att tolka enkätens frågor som att de bara avser satsningen på standardiserade vårdflöden. Detta medför att ja och nej-frågor angående möjligheten att följa patientens process i vissa fall besvarats jakande med en bifogad kommentar om att detta endast avser vissa specifika processer, inte patientens process i allmänhet. Detta innebär å ena sidan att det sammanställda resultatet i någon mån överskattar landstingens möjligheter att generiskt följa patientens samlade process och snarare speglar landstingens arbete med att följa vissa utvalda processer. Å andra sidan torde detta innebära att man i princip har hittat en lösning på problemet med att koppla samman olika händelser i en vårdprocess.

Enkätfrågor

Enkäten innehöll totalt 19 frågor (bilaga 6). Alla utom en fråga hade fasta flervalsoalternativ. För varje fråga fanns dessutom en möjlighet att ge kommentarer kring svaren. Det exakta innehållet i enkäten framgår av det PM som också innehåller en detaljerad sammanställning av svaren på respektive fråga. Frågorna berörde följande tre områden:

- De nuvarande systemens möjligheter att koppla samman händelser i individuella vårdprocesser. Vilka av de mätpunkter som Socialstyrelsens modell innehåller som kan följas upp samt om det finns något sammanhållande identitetsbegrepp som kan användas för att följa processen från vårdbegäran till behandlingsstart.
- Frågor om remisser. Vilken information som kan knytas till remissen och hur mätningar av väntetider påverkas av återremitteringar. Förekomst av elektroniska remisser.
- Uppföljning av väntetider utifrån Socialstyrelsens modell.

I Socialstyrelsens tidigare arbeten med att utveckla och testa den föreslagna modellen för att följa patientens väg genom vården har två av modellens mätpunkter – när diagnos meddelas patienten respektive när en vårdplan har överenskommit med patienten – visat sig vara svåra att tillämpa [1].

Särskilt svårt har mätpunkten ”med patienten överenskommen” vårdplan visat sig vara eftersom vårdplanen inte på samma sätt som övriga mätpunkter refererar till något bestämt datum utan är föremål för kontinuerlig utvärdering och förändring. Enkäten omfattade därför inte någon fråga om denna punkt. Även mätpunkten om meddelad diagnos är svår att fånga i så gott som alla system. Samtliga system innehåller däremot datum för när diagnosen är kliniskt fastställd.

Intervjuer

Intervjuer har gjorts med de fyra största systemleverantörerna som täcker 19 av 21 landsting för att ta del av deras syn på vilka möjligheter de har att bidra med tekniskt stöd för att införa individanpassad vårdprocess-id. Norrbottens Läns Landsting och Region Halland använder journalsystemet VAS som ägs och utvecklas av dem själva. För VAS och dessa landsting har därför ingen separat systemleverantörsintervju utförts.

Intervjuerna genomfördes i några fall per telefon och i något fall vid ett personligt möte. Leverantörerna fick se samma frågor som skickats till landstingen och regionerna, och de ombads att reflektera över vilka möjligheter de ansåg att de landsting de samarbetar med har att uppfylla

kraven kring att följa patientens väg respektive hur systemen hanterar remisser. Vid intervjuerna ombads leverantörerna också att kommentera svaren från de landsting som de samarbetar med.

Resultat

Väntetider i cancervården (delprojekt 1)

För detaljerad information vad gäller resultat och slutsatser i de årliga uppföljningarna av väntetider i cancervården, se de publicerade rapporterna inom ramen för det ingående uppdraget [33, 34]. Dessa rapporter togs fram före införandet av standardiserade vårdförlopp, en satsning som Socialstyrelsen följer och redovisar resultat från särskilt [46, 47].

Sammanfattningsvis har den senaste årliga uppföljningen av väntetider inom cancervården som publicerats i december 2015 belyst att det fortfarande finns stora skillnader i väntetider både mellan och inom landsting och regioner för samma cancerform [33, 34]. Medianväntetiden (samt första och tredje kvartilen) i hela riket för de ingående cancerformerna är:

- bröstcancer 20 (13–28) dagar
- hudmelanom 37 (23–58) dagar
- huvud- och halscancer 50 (35–70) dagar
- lungcancer 30 (15–50) dagar
- magsäckscancer 20 (10–36) dagar
- matstrupscancer 19 (11–35) dagar
- njurcancer 64 (42–104) dagar
- fjärrmetastaserad prostatacancer 43 (20–71) dagar samt intermediär- och högriskprostatacancer 167 (125–223) dagar
- tjocktarmscancer 42 (29–60) dagar
- urinblåsecancer 36 (22–55) dagar
- ändtarmscancer 56 (43–78) dagar.

För de flesta cancerformer har det inte skett några omfattande förändringar av väntetiderna i riket under de fem år som väntetiderna följts upp av Socialstyrelsen. Undantagen är njurcancer där medianväntetiden ökat med 11 dagar samt intermediär- och högriskprostatacancer där medianväntetiden istället minskat med 36 dagar. Även för ändtarmscancer och huvud- och halscancer har medianväntetiden minskat, dock i mindre omfattning.

De skillnader i väntetiden mellan män och kvinnor som sågs i tidigare väntetidsrapporter [10, 13, 33] har utjämnats för de flesta jämförbara cancerformerna. För cancerformerna huvud- och halscancer samt njurcancer har män dock fortsatt längre väntetider. Den främsta orsaken till skillnaden mellan könen vad gäller huvud- och halscancer var att det år 2014 var en högre andel män som hade drabbats av två cancerformer inom huvud- och halscancer som ställer krav på en behandlingsmetod som behöver längre förberedelsetid. För njurcancer kvarstår ett samband mellan kön och väntetider även efter det att vi har kontrollerat för ålder och tumörstadium. Detta behöver dock studeras vidare.

Väntetider och patientflöden på akutmottagningar (delprojekt 2)

För detaljerad information vad gäller resultat och slutsatser, se de publicerade årliga rapporterna inom ramen för det ingående uppdraget [35, 36].

Sammanfattningsvis så har den senaste årliga uppföljningen av väntetider inom sjukhusbundna akutmottagningar belyst att det fortfarande finns stora skillnader i väntetider mellan akutmottagningarna både vad gäller total vistelsetid och tid till läkarbedömning [36].

Medianvistelsetiden för första halvåret 2015 var 2 timmar och 59 minuter och har ökat med 31 minuter mellan åren 2010–2015. Den totala vistelsetiden var fortsatt längre hos patienter äldre än 80 år – 41 minuter längre än för gruppen samtliga patienter på akutmottagningen.

I samarbetet med fem akutmottagningar i Sverige har Socialstyrelsen kartlagt patientinflödet och undersökt riskfaktorer för att patienten får vänta fyra timmar eller längre på akutmottagningen (delprojekt 2 i denna rapport) [36]. Runt hälften av patienterna som inte kommer med ambulans, kommer utan föregående kontakt med eller hänvisning från annan vårdinstans.

Analysen av olika patient- och systemfaktorer som justerades mot varandra var: kön, ålder, utbildning, födelseland, diagnos, om patienten är mångbesökare, medicinsk angelägenhetsgrad, om patienten kommit in med ambulans, första klinik (medicinsk specialitet), tidpunkt för ankomst, veckodag för ankomst och om patienten har skrivits in i slutenvård eller inte.

Gemensamt för alla fem mottagningar var att riskfaktorer som sannolikt bidrar till att patienter tillbringar fyra timmar eller mer på akutmottagningen är stigande ålder, första mottagande klinik (medicinska specialitet såsom medicin och kirurgi), vilken tidpunkt på dygnet patienten kommer till mottagningen (för- eller eftermiddag) samt om patienten skrivs in i slutenvård. Patientens kön var inte en påverkande faktor för långa vistelsetider.

Tillgänglighet och väntetider i nationella kvalitetsregister (delprojekt 3)

Resultaten i detta delprojekt redovisas utifrån frågeställningarna i webbenkäten (se bilaga 3). Dessa presenteras utifrån följande underrubriker:

- Väntetider enligt Socialstyrelsens modell.
- Väntetider med alternativmätpunkter.
- Väntetider med hjälp av övriga mätpunkter.
- Kvalitetsregistrens regelbundna uppföljningar av väntetider.
- Variabler för djupare analyser av väntetider (orsaker och konsekvenser).
- Patientens egen upplevelse i nationella kvalitetsregister.
- Övriga tillgänglighetsaspekter att följa upp nationellt förutom väntetider.

Väntetider enligt Socialstyrelsens modell

I tabell 3 nedan redovisas i vilken utsträckning som mätpunkter enligt Socialstyrelsens modell förekommer i de nationella kvalitetsregistren och även fördelat per registerkategori.

Förekomsten av mätpunkter varierar stort mellan olika kvalitetsregister. Endast två²¹ av samtliga register har angett att förekomst av alla mätpunkter enligt Socialstyrelsens modell. Mätpunkter enligt Socialstyrelsens modell förekommer inte alls i registren inom kategorin anestesi och intensivvård samt tandvård.

Den första mätpunkten *remissbeslut* saknas i övervägande del (85 procent) av registren. Den sista mätpunkten *behandlingsstart* finns emellertid i majoriteten av registren (70 procent). I endast 13 register (15 procent)²² finns båda mätpunkterna *remissbeslut* och *behandlingsstart*.

De mätpunkter som lyfter patientperspektivet och patientens delaktighet såsom *diagnosinformation till patient* och *med patienten upprättat och beslutad vårdplan* finns tillgängliga hos 27 procent respektive 20 procent av registren. I samtliga register där den sistnämnda mätpunkten förekommer har finns även mätpunkten *behandlingsstart*.

²¹ Svenska sömnapnéregistret och könsdysforiregistret, båda inom registerkategorin "övriga områden",

²² Anges som tillgängliga av kvalitetsregister inom registerkategorierna cancer (pankreas och periampullärt cancer, tyreoidcancer, barncancer), nervsystemet (Neuroregister/MSregistret, Demensregistret, WebRehab), övriga områden (se registren ovan), andningsorganen (Andningssviktregistret), infektion (InfCareHIV), mage och tarm (SOREg), psykiatri (RIKSÅT) och ögon (rehabilitering vid synnedläggning).

Tabell 3. En sammanställning av de mätpunkter enligt Socialstyrelsens modell som ingår i nationella kvalitetsregister totalt samt per registerkategori.

Enkätperiod: 2015-05-12 till 2015-06-24.

Register-kategori (antal register)	1. Remissbeslut Antal (%)	2. Första besök hos specialistläkare Antal (%)	3. Diagnosinformation till patient Antal (%)	4. Med patienten upprättad och beslutad vårdplan ¹ Antal (%)	5. Behandlingsstart Antal (%)
Alla register (86)	13 (15)	25 (29)	23 (27)	17 (20)	60 (70)
Andningsorganen (2)	1 (50)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (50)
Anestesi och intensivvård (2)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Barn och ungdom (9)	0 (0)	3 (33)	3 (33)	1 (11)	6 (67)
Cancer ² (10)	3 (30)	3 (30)	5 (50)	2 (20)	8 (80)
Cirkulationsorganen (6)	0 (0)	1 (17)	1 (17)	1 (17)	6 (100)
Endokrina organen (2)	0 (0)	2 (100)	1 (50)	0 (0)	2 (100)
Infektion (4)	1 (25)	2 (50)	2 (50)	0 (0)	4 (100)
Mage och tarm (3)	1 (33)	1 (33)	1 (33)	1 (33)	3 (100)
Nervsystemet (6)	3 (50)	4 (67)	2 (33)	0 (0)	4 (67)
Obstetrik och gynekologi (3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (33)	1 (33)
Psykatri (9)	1 (11)	1 (11)	2 (22)	4 (44)	7 (78)
Rörelseorganen (14)	0 (0)	3 (21)	1 (7)	2 (14)	8 (57)
Tandvård (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Ögon (4)	1 (25)	1 (25)	0 (0)	2 (50)	3 (75)
Övriga områden (11)	2 (18)	4 (36)	5 (46)	3 (27)	7 (64)

¹Alla som har den fjärde mätpunkten har också den femte.

²Nio nationella kvalitetsregister i kategorin cancer vilka redan ingick i delprojekt 1, Väntetider i cancervården, samt ett övrigt kvalitetsregister som ingick i det standardiserade vårdförloppsprojektet 2015 har inte inkluderats i inventeringen (se även bilaga 4). Av dessa sammanlagt tio kvalitetsregister har fyra stycken både mätpunkten för *remissbeslut* och mätpunkten för *behandlingsstart*.

Väntetider med alternativmätpunkter

Om kvalitetsregistren i webbenkäten angivit att de saknar någon av mätpunkterna enligt Socialstyrelsens fempunktsmodell har de därpå tillfrågats om det istället finns någon eller några alternativmätpunkter som skulle kunna motsvara de saknade mätpunkterna. I tabell 4 redovisas en sammanställning av de alternativmätpunkterna.

Av sammanställningen framgår det till exempel att de angivna alternativmätpunkterna *vårdbegäran* och *kallelse* skulle kunna omfatta mätpunkten *remissbeslut*²³. Alternativmätpunkterna *operationsdatum* och *start av hormonbehandling*, som angetts av sex av de åtta registren, skulle kunna omfatta mätpunkten *behandlingsstart*. Alternativmätpunkten *första besök* skulle kunna omfatta mätpunkten *första besök hos specialistläkare*.

Möjligtvis är det så att de svarande har tolkat beskrivningen av mätpunkten annorlunda. Det kan också vara så att de mätpunkter som finns inom Socialstyrelsens fempunktsmodell kan täckas av flera olika slags alternativmätpunkter som är specifika för varje register. Exempelvis kan en angiven alternativmätpunkt såsom *första besök hos specialistläkare* omfatta

²³ Se bilaga 2 för en beskrivning av mätpunkterna.

både mätpunkten för *diagnosinformation till patient* och mätpunkten *med patienten upprättad och beslutad vårdplan* eftersom dessa tre händelser sker under samma besök.

För att kunna dra någon slutsats om huruvida de angivna alternativmätpunkterna verkligen omfattar motsvarande mätpunkt i Socialstyrelsens fempunktsmodell behöver dock en validering av dessa mätpunkter göras för respektive register.

Tabell 4. En sammanställning av alternativmätpunkter som registren anger skulle kunna motsvara den mätpunkt enligt Socialstyrelsens modell som registren saknar²⁴

Enkätperiod: 2015-05-12 till 2015-06-24.

	1. Remiss- beslut Antal (%)	2. Första besök hos specialist- läkare Antal (%)	3. Diagnos- information till patient Antal (%)	4. Med patienten upprättad och beslutad vårdplan* Antal (%)	5. Behandlings- start Antal (%)
Totalt antal svarande register	73	61	62	69	26
"Ja" till alternativ- mätpunkt, antal (%)	19 (26)	18 (30)	13 (21)	15 (22)	8 (31)
Alternativ- mätpunkter	Skadedatum/ insjuknande- datum, remissankomst, start av åtgärd, vårdbegäran, diagnosdatum, kallelse, röntgen.	Undersökning, behandling/start av åtgärd, inskrivning, ankomst till sjukhus/avdelning, information till patient, diagnosdatum, första besök, första hembesök.	Diagnosdatum, behandlingsstart, återbesök efter operation, första besök hos läkare, första besök hos specialistläkare, behandlingsbeslut, inklusionsdatum i registret.	Behandlingsstart, behandlingsbeslut, skriftlig behandlingsplan, undersökning, återbesök, första besök hos specialistläkare, datum för information, ankomst till avdelning.	Operations- datum, ankomst till avdelning, start av hormon- behandling.

Väntetider med hjälp av övriga mätpunkter

I tabell 5 nedan redovisas tillgängligheten av övriga mätpunkter (vilka inte följer Socialstyrelsens fempunktmodell) i de nationella kvalitetsregistren fördelat på registerkategori. Modellen har fokuserat på mätpunkter som lyfter patientperspektivet och patientens egen delaktighet i vårdprocessen (se kommentarer i bilaga 2).

Mätpunkten *datum för första kontakt med vårdgivare* finns tillgängligt hos drygt en tredjedel av (37 procent) av registren medan *datum för klinisk diagnos* finns tillgängligt hos hälften av registren.

²⁴ Fråga 4–8 i enkäten, bilaga 3.

Tabell 5. Övriga mätpunkter, vilka inte följer i Socialstyrelsens fempunktmodell, som finns tillgängliga i de nationella kvalitetsregistren fördelade på registerkategori¹

Enkätperiod: 2015-05-12 till 2015-06-24.

Fråga 9. Ingår mätpunkterna nedan i kvalitetsregistret?	Ja Antal (%)	Antal kvalitetsregister som svarat per registerkategori
a) Datum för första symptom	26 (30)	Rörelseorganen (6), barn och ungdom (4), cirkulationsorganen (4), övriga områden (4), nervsystemet (3), infektion (2), psykiatri (2), cancer (1)
b) Datum för första kontakt med vårdgivare	32 (37)	Cancer (5), psykiatri (5), barn och ungdomar (4), cirkulationsorganen (3), rörelseorganen (3), övriga områden (3), infektion (2), nervsystemet (2), anestesi och intensivvård (1), endokrina organen (1), mage och tarm (1), obstetrik och gynekologi (1), tandvård (1)
c) Datum för klinisk diagnos	43 (50)	Barn och ungdomar (7), cancer (7), cirkulationsorganen (5), nervsystemet (5), övriga områden (5), psykiatri (4), infektion (3), rörelseorganen (3), endokrina organen (2), andningsorganen (1), mage och tarm (1)
d) Datum för patologisk diagnos	19 (22)	Cancer (9), endokrina organen (2), nervsystemet (2), barn och ungdomar (1), infektion (1), mage och tarm (1), obstetrik och gynekologi (1), psykiatri (1), övriga områden (1)
e) Datum för behandlingsbeslut	38 (44)	Övriga områden (7), cancer (6), rörelseorganen (5), barn och ungdomar (4), cirkulationsorganen (4), infektion (4), endokrina organen (2), nervsystemet (2), mage och tarm (1), obstetrik och gynekologi (1), psykiatri (1), ögon (1)
f) Datum för multidisciplinär konferens	11 (13)	Cancer (5), barn och ungdomar (4), endokrina organen (1), nervsystemet (1)

¹ Nio nationella kvalitetsregister i kategorin cancer vilka redan ingick i delprojekt 1, Väntetider i cancervården, samt ett övrigt kvalitetsregister som ingick i det standardiserade vårdförloppsprojektet 2015 har inte inkluderats i inventeringen (se även bilaga 4).

Kvalitetsregistrens regelbundna uppföljningar av väntetider

Två femtedelar (n=34) av de nationella kvalitetsregistren gör regelbundna uppföljningar av väntetider utifrån de mätpunkter som finns i registret. Väntetiderna publiceras i årsrapporter (80 procent), på webben (29 procent) och i vetenskapliga artiklar (12 procent).

Av de 51 (60 procent) register som inte gör regelbundna uppföljningar av väntetider utifrån mätpunkter i sitt register är det 50 register som svarat på om de har planer på att påbörja regelbundna uppföljningar av dessa. Tretton register har sådana planer, medan 37 register inte har det.

I tabell 6 nedan redovisas en översikt över vad anledningarna är till att väntetider inte följs upp av de 36 register som valt att svara på frågan. De flesta (n=23) anger att väntetider inte är relevanta att följa upp för registret²⁵. Drygt en tredjedel (n=13) anger andra skäl, såsom att registret följer upp sjukdomar av mer akut karaktär, eller att registreringsbördan är stor.

²⁵ Åtta av registren har datum för *behandlingsstart*, och fyra register har *datum för första specialistbesök*, men inget av registren har mätpunkten *remissbeslut*.

Tabell 6. Anledningar som anges av de nationella kvalitetsregistren till varför väntetider inte följs upp

Enkätperiod: 2015-05-12 till 2015-06-24.

Fråga 14. Skäl till att registren inte följer upp väntetider?	Antal (%)	Registerkategorier (antal register)
Det är icke relevant i detta register	23 (64)	Barn och ungdomar (2), endokrina organen (1), infektion (1), nervsystemet (2), obstetrik och gynekologi (2), psykiatri (2), rörelseorganen (5), tandvård (1), övriga områden (3)
Annat skäl:	13 (36)	
Inte tillräckligt angeläget eller prioriterat		Barn och ungdomar, rörelseorganen
Registret följer sjukdomar av mer akut karaktär		Barn och ungdomar, infektion, nervsystemet, övriga områden
Brist på tillgänglig data		Rörelseorganen, övriga områden
Registreringsbörda		Psykiatri, rörelseorganen, övriga områden
Väntetider följs upp i andra sammanhang		Psykiatri, rörelseorganen, ögon, övriga områden

Patientens egen upplevelse i nationella kvalitetsregister

Vad gäller att kunna följa patientens egen upplevelse av den vård som ges var det 45 av 85 svarande kvalitetsregistren som hade variabeln PREM (patient reported experience measures): andningsorgan (n=1), barn och ungdomar (n=5), cancer (n=1), cirkulationsorganen (n=5), endokrina organen (n=1), infektion (n=3), mage och tarm (n=2), nervsystemet (n=2), obstetrik och gynekologi (n=3), psykiatri (n=6), rörelseorganen (n=9), övriga områden (n=7). PREM är på väg att införas i ännu fler kvalitetsregister.

Djupare analyser med nationella kvalitetsregister

Variabler för analys av orsaker till väntetider

Variabler som kan användas till analys av orsaker till skillnader i väntetider²⁶ anges av 85 svarande kvalitetsregister enligt följande: prioritering (6 procent), indikation (43 procent), samsjuklighet (55 procent), utredningar/undersökningar (48 procent) och personalkompetens (18 procent).

Kvalitetsregistrens egna förslag på ytterligare variabler som skulle kunna användas vid djupare analyser av orsaker till väntetider anges i tabell 7.

²⁶ Fråga 15 i enkäten, bilaga 3.

Tabell 7. Variabler som ingår i nationella kvalitetsregister och som enligt enkätsvaren skulle kunna användas vid djupare analyser av orsaker till väntetider

Enkätperiod: 2015-05-12 till 2015-06-24.

Fråga 16. Utöver de ovan nämnda variablerna, ingår det några andra variabler i registret som skulle kunna användas vid djupare analyser av orsaker till väntetider? ¹	Kvalitetsregister
Debut till diagnos	Svenska barnreumaregistret
Operation till patologisk diagnos	Svenska testikelcancerregistret
Personalkompetens	Riksstroke
	Nationellt kvalitetsregister för kateterablation
Ingreppsvolym nationellt och per centrum, patienters hemlän	
Avstånd mellan remitterande och behandlande sjukhus, tidpunkt på dygnet och veckodag	EVAS-registret
Demografi	Svenska Neuroregistret
Vårdgivarorsak/patientorsak	RIKSÄT
Kapacitet	Kvalitetsregistret ECT
Frakturtyp	Svenska frakturregistret
Arbetsförmåga, arbetstyngd, pension, gångförmåga, smärtintensitet, förväntningar om arbetsåtergång, idrottsaktiviteter	Swespine
	Nationella registret över smärtrehabilitering
Volym av patientflöde	Nationella kataraktregistret
Klinik, kön, ålder, synskärpa	Svenska makularegistret
Patientens subjektiva uppskattning	
Kön, ålder, prioritering, personalstruktur, kompetens, organisation, diagnostiktillgång m.m.	Svenskt akutvårdsregister

RIKSÄT = Nationellt kvalitetsregister för ådstörning, ECT = elektrokonvulsiv behandling.

¹ 39 kvalitetsregister har svarat på frågan varav 14 svarade "nej".

Variabler för analys av effekter av väntetider

I tabell 8 redovisas förslag om variabler i register inom olika registerkategorier som skulle kunna användas vid analyser av effekter av väntetider.

Tabell 8. Variabler som ingår i nationella kvalitetsregister och som enligt enkätsvaren skulle kunna användas vid djupare analyser av effekter av väntetider

Enkätperiod: 2015-05-12 till 2015-06-24.

Fråga 18. Ingår det några andra variabler i registret som skulle kunna användas vid djupare analyser av effekter av väntetider?	Registerkategori
PROM	Andningsorganen
PROM, PREM, sjuklighet, vitalstatus, fördröjd behandling	Barn och ungdom
Behandlingsresultat, PROM, PREM, dödlighet, sjuklighet, recidivfrekvens, överlevnad, återfall, seneffekter	Cancer
Återinsjuknande i stroke under väntetid till operation	Cirkulationsorganen
PREM, PROM	Infektion
Återbesök, PROM	Nervsystemet
Symtomatisk förbättring, återinläggning, PREM, PROM	Psykiatri
PROM, reoperationsfrekvens, hälsostatus, andel besök som medfört aktiv förändring av läkemedelsbehandling, boendeform efter utskrivning, gångförmåga, gånghjälpmedel, smärta i höften vid 4-månaders uppföljning	Rörelseorganen
PROM, mätinstrument som mäter "activity limitations in daily life", synförändring, PREM	Ögon
Överlevnad, PREM, akutåterbesök, inläggningsfrekvens, tid på dygnet, veckodag	Övriga områden

PROM = Patient Reported Outcome Measures, PREM = Patient Reported Experience Measures.

Tillgänglighetsaspekter att följa upp nationellt

I tabell 9 nedan finns en översikt över förslag från 48 nationella kvalitetsregister om andra aspekter på tillgänglighet än väntetider inom svensk hälso- och sjukvård där det skulle vara värdefullt att göra uppföljningar på nationell nivå. Gemensamma tillgänglighetsaspekter som föreslås är bland annat: kompetens, samordning av vården, information, telefonkontakt, tillgång till bilddiagnostik, tillgång till behandling, behandlingsutfall, multidisciplinära/interdisciplinära team, patientens egen upplevelse/PREM samt väntetider.

Tabell 9. Förslag på tillgänglighetsaspekter utöver väntetider att följa upp nationellt¹

Enkätperiod: 2015-05-12 till 2015-06-24.

Fråga 19. Utöver väntetider, har ni förslag på andra aspekter vad gäller tillgänglighet inom svensk hälso- och sjukvård där det skulle vara värdefullt att göra uppföljningar på nationell nivå? Beskriv i så fall vad det kan vara.	
Registerkategori	Förslag
Andningsorganen	Träffa rätt kompetensgrupp
Anestesi och intensivvård	Vårdplats
Barn och ungdom	"Att kunna avhandla flera olika problem vid ett och samma besök", information, multiprofessionella insatser, tillgänglighet till specialläkare, kontakt med rätt kompetens.
Cancer ²	Tillgång till patologi, tillgång till radiologi, tillgänglighet till multikonferens/behandlingskonferens, vårdkonsumtion inom privat jämfört med offentlig vård inom EU, tillgänglighet till diagnostik och behandling i samma centra, tillgänglighet till kontaktsjuksköterska, planerade behandlingar, palliativ behandling.
Cirkulationsorganen	Screening, väntetid mellan symtom och remiss till regioncentra, officiell statistik, uppföljning av behandling, nationell databas, patientsäkerhet vid transport till behandling.
Endokrina organen	Bemanning
Infektion	Telefonkontakt med läkare, jämföra behandlingsutfall i riket.
Mage och tarm	Gemensamma landstingsregler för att remittera på samma villkor, möjliggöra jämförelser mellan regioner/landsting/sjukhus, uppföljning av sjukskrivning kopplat till väntetider.
Nervsystemet	Uppföljning av behandling med målvärden, tid från symtom till diagnos, koordination av vården, ansvar för olika insatser.
Obstetrik och gynekologi	Information
Psykiatri	Tillgång till ECT, patientens upplevelse av tillgänglighet, fortlöpande uppföljning av ledtider och behandlingseffekter.
Rörelseorganen	Värdet av interdisciplinärt teamarbete, tydlig ansvarsperson för patienten genom hela vårdkedjan, användningen av diagnoskod M16 och M17, tillgänglighet till rehabilitering, rehabiliteringsresultat, koppla tillgänglighet till behandlingsutfall, tid vid behandling, total tid från remissankomst till avslut.
Tandvård	-
Ögon	Personliga åsikter bland personal, socioekonomiska faktorer, undanträngningseffekter, indikationsglidning, skillnader i behandlingsresultat.
Övriga områden	Gäst-/semesterdialys, väntetider till transplantation, PROM, PREM, tillgänglighet på telefon, palliativ specialistkompetens.

PREM = Patient Reported Experience Measures, PROM = Patient Reported Outcome Measures, ECT= Elbehandling.

¹ Även väntetider har föreslagits här.

² Inget utskick av webbenkäten gjordes till de 9 kvalitetsregister som redan ingick i delprojekt 1, Väntetider i cancervården, eller till 1 övrigt kvalitetsregister som ingick i det standardiserade värdförloppsuppdraget 2015.

Tillgänglighet inom vuxenpsykiatri (delprojekt 4)

Tillgängligheten är inte tillfredsställande

Vid genomgång av verksamhetsplaner för 2015 beskriver olika landsting och regioner med befintlig information om psykiatri att väntetiderna till första besök hos specialist håller sig till stor del inom vårdgarantins 90 dagar [48-60]. Landstingen och regionerna beskriver också i varierande grad att tillgängligheten till vården, särskilt den som berör psykiatri, behöver förbättras [48-63].

Region Östergötland har uttryckt att vårdgarantin inte täcker patienternas behov, flera psykiatriska tillstånd behöver diagnostiseras och behandling bör påbörjas tidigare än de angivna 90 dagarna som omfattar vårdgarantin [63]. Regionen har därmed satt upp som mål för 2015 att reformera väntetiden för första besök till psykiatrisk mottagning till maximalt 30 dagar från remiss.

I Landstinget i Kalmar län har det framkommit i de öppna svaren i nationella patientenkäten att kontakt med psykiatrimottagningar per telefon har varit problematiskt. Landstinget nämner att omfattningen och orsakerna till detta ska analyseras för att tillgängligheten sedan ska kunna förbättras [52].

En annan punkt som berör väntetider och tillgänglighet är möjligheten att besöka mottagningar på helger och kvällar. Via återkoppling från bland annat nationella patientenkäten samt genom egna undersökningar har det till ett flertal landsting och regioner framkommit önskemål om en förbättring av öppettiderna så att de mer speglar invånarnas levnadsmönster. Landstingen föreslår därför att man utökar verksamheternas öppettider på kvällar och helger [50, 61]. Ett annat verksamhetsmål för att förbättra valfriheten för patienterna, utöver fler öppettider, är att utöka privatiserade verksamheter [63].

En tillgänglighetspunkt som är ytterst viktig för patienter är att inte bli nekad inskrivning. Denna tillgänglighetsindikator är i nuläget svår att uppfylla i många landsting [48-52, 61, 63]. Eftersom flera landsting har platsbrist, något som främst påverkar patienter från glesbefolkade orter där akutvårdsverksamhet inte är öppen på helger, är målet att stärka resurser till mellanvården av svårare psykiatriska fall såsom psykoser och ätstörningar (t.ex. Mossle rehab i Värnamo) [61].

Flera landsting planerar att erbjuda alternativa insatser för att möta psykisk ohälsa när behov av specialistpsykiatri inte föreligger. Vårdenheten kan då välja att samverka med annan vårdenhet eller underleverantör.

Psykoterapeutiska behandlingar av korttidskaraktär ska ges av behandlare med adekvat grundutbildning. Vårdgivare ska även medverka till att hjälpa till med samordning och samarbete med andra instanser som patienten är i kontakt med, till exempel Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen. Undermåliga lokaler har även lett till att flera landsting har fått flytta sina verksamheter ett flertal gånger vilket har påverkat de drabbade verksamheternas kontinuitet och kvalitet [50, 61]. Detta ska enligt verksamhetsplaner lösas genom samlokalisering av de olika verksamheter som berör psykiatri för att underlätta kommunikation och tillgänglighet [50,

61]. Flera landsting [48, 50, 64] har som mål att öka kunskap och tillgänglighet genom att undersöka möjliga e-hälsolösningar, t.ex. behandling över internet och appar samt möjliggöra internetuppkoppling på alla mottagningar [50].

I Landstinget i Kalmar län diskuteras en förändring av heldygnsvården för en bättre vårdmiljö där man strävar efter en generell höjd kompetensnivå med fler specialistsjuksköterskor och med förstärkt multidisciplinär bemanning med exempelvis arbetsterapeuter och psykologer [52]. I Landstinget Kronoberg eftersträvas en utökning av tillgängligheten till psykiatrin genom att bygga ut den psykiatriska kompetensen inom primärvården med en särskild satsning på psykologtjänster [51].

Patientens väg genom den psykiatriska vården

Många av workshopdeltagarna hade under sin väg genom vården haft erfarenhet av öppen-, sluten- och ambulerande vård i både privat och offentlig regi. Deltagarnas erfarenhet som patienter sträckte sig mellan 3 och 26 år. Variationen av psykiatriska diagnoser var bred bland deltagarna: bipolaritet, ätstörningar, adhd, depression, ätstörning, självskadebeteende och schizofreni.

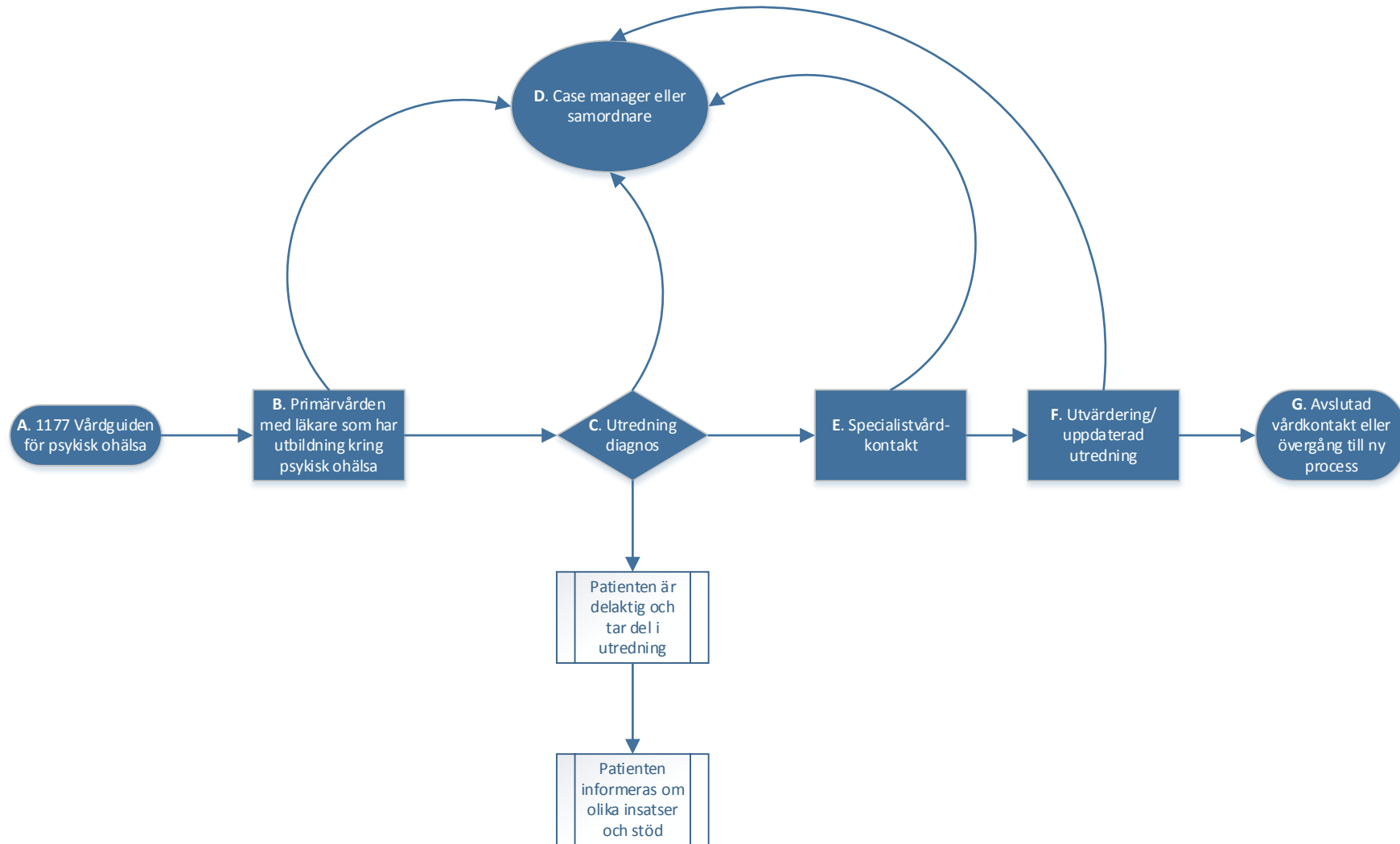
Vägen till behandling hade skiljt sig väsentligt mellan de olika deltagarna, oavsett diagnos. Vissa hade fått snabb och effektiv hjälp som föranletts av en akut episod, medan andra hade fått söka sig till vård och haft höga trösklar för att komma vidare till rätt behandlare. Första linjens psykiatri har varit en betydlig del i de flesta av deltagarnas resa till sin diagnos, med primärvården som centrum för vidarekoppling till specialistvården.

Deltagarnas resa till diagnos och behandling har varit icke linjär eftersom många deltagare har fler än en diagnos och har därmed fått söka vård på fler än en instans för att få sina behov tillgodosedda. Många deltagare har hamnat ”mellan stolarna” och haft svårt att veta vilken instans man ska vända sig till på grund av multidiagnoser. Detta har inneburit att vägen till vård och inom vårdsystemet har kantats av en icke linjär struktur: när en behandling har gått vägen, har den andra diagnosen fått befinna sig i startgroparna och alla problem som följer av att söka sig in i vården har upprepats för patienten.

Patienternas ”önskade” väg genom vården

I figur 2 nedan illustreras patienternas ”önskade” väg genom den psykiatriska vården utifrån diskussioner i workshopen. Efter figuren ges en närmare beskrivning av innehållet i boxarna.

Figur 2. Patienternas "önskade" väg genom den psykiatriska vården²⁷



²⁷ A = start; G = slut; B, E, F = processer; C = beslutsprocess med respektive underprocesser.

A:

Deltagarna i workshopen var överens om att det är viktigt att det redan i 1177 Vårdguiden finns tydlig instruktion om hur man ska gå tillväga för att få hjälp inom vården (se figur 5). Tydlig hänvisning till telefonnummer och vart personen vänder sig till vid behov av olika typer och nivåer av psykiatrisk vård önskas. Även behovet att Vårdguiden erbjuder möjlighet till exempelvis patientutbildningar eller annat kunskapsstöd lyftes upp.

B:

Primärvårdspersonalen måste få mer kunskap kring psykisk ohälsa för att snabbare kunna erbjuda tidiga insatser. Det är viktigt att patienter får möjlighet till uppföljning eller återbesök för en tydligare bedömning redan i primärvården.

C och D:

Det är viktigt att återkommande patienter blir erbjudna möjlighet att få en s.k. case manager eller samordnare som har insyn i deras specifika processer och utredningar. Det kan även ses som ett resursstöd som kan bidra med underlag för att man lättare ska kunna erbjuda eller föreslå riktade insatser. Detta kan också lägga grunden till en tillitsfull relation till patienten som i sin tur har möjlighet att vara delaktig i sin process och påverka sin egen utredning, bland annat genom kontinuerliga samtal med case managern eller samordnaren.

C, E, F och G:

Deltagarna betonade vikten av att patienten under utredningen informeras och får vara delaktig i att kunna påverka sin egen process samt att patienten får en bra övergång till andra vårdinstanser.

Patienternas upplevelse av tillgänglighet till och inom den psykiatriska specialistöppenvården

Medelåldern på respondenterna från patientenkäten²⁸ i de öppenpsykiatriska mottagningarna var estimerad till 38 år och åldersintervallet var 19 till 74 år. Könsfördelningen var 65 procent kvinnor, 31 procent män medan 3 procent angav en annan könsidentitet. Könsfördelningen kvinnor och män överensstämmer med befintlig statistik över andelen vuxna personer som vårdats för psykisk sjukdom i psykiatrisk öppenvård år 2013 [65].

De självrapporterade diagnoserna bland de 95 patienter som angivit diagnos var följande i storlekskala: depression (31 procent), attention deficit hyperactivity disorder (adhd) (17 procent), ångestsyndrom (14 procent), bipolär sjukdom (11 procent) och högfungerande autism (Aspergers syndrom) (4 procent). Fem personer och färre rapporterade diagnoser som sömnsvårighet, utbrändhet, obsessive compulsive disorder (OCD), ätstörning, självmordstankar, alkoholmissbruk, schizofreni, panikångest och självskadebeteende.

Hälften av de som angett diagnos hade två eller fler diagnoser, vilket bekräftar att det är vanligt med flera sjukdomar samtidigt [66].

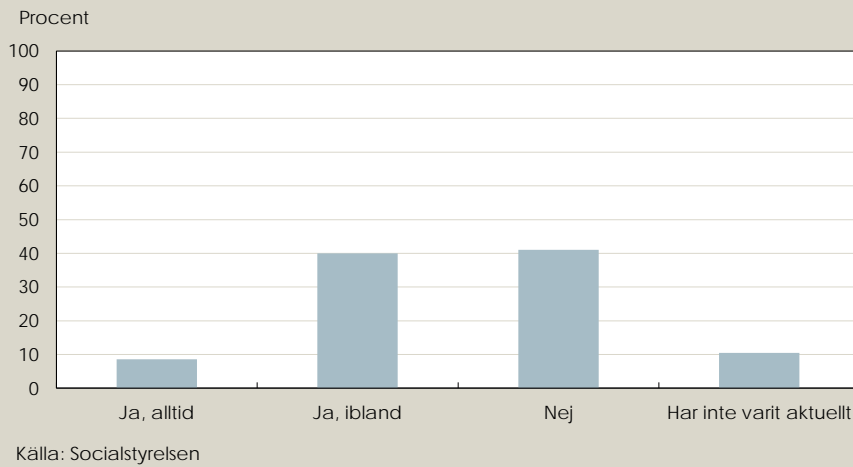
Enkätvararnas diagnoser är representativa för psykiatripopulationen [67].

Nedan redovisas svaren i den ordning som frågorna dyker upp i enkäten.

²⁸ Se patientenkät i bilaga 5.

Figur 3. Vid de tillfällen som du har velat nå mottagningen via telefon, har Du upplevt att det har varit svårt att komma fram?

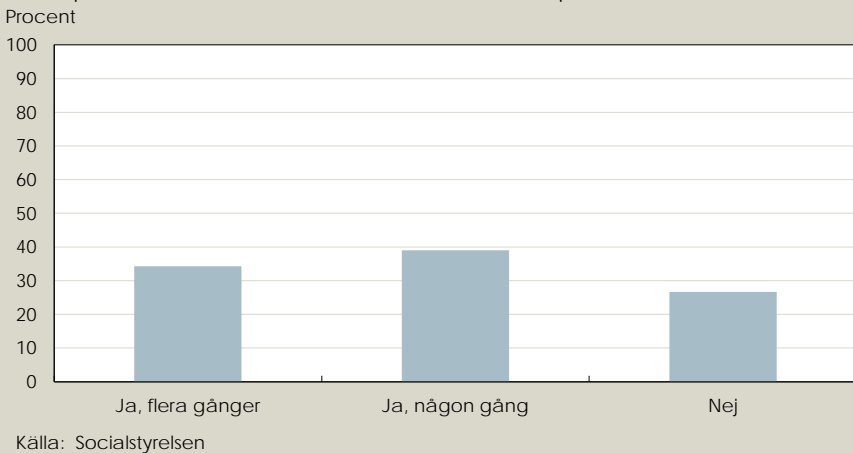
Enkätperiod: 2015-12-07 till 2016-02-12. 105 svarande personer.



Som framgår av figur 3 svarar nära hälften av respondenterna (49 procent) att de alltid eller ibland upplever att de har svårt med telefonkontakt med sin mottagning. Yngre personer upplever i större utsträckning än äldre svårigheter med att nå sin mottagning vid behov via telefon ($r = 0.207$, $p = 0.034$).

Figur 4. Har du upplevt att Du hade velat få träffa en vårdgivare (t.ex. läkare, terapeut/psykolog, kurator) tidigare än vad som erbjöds av vården?

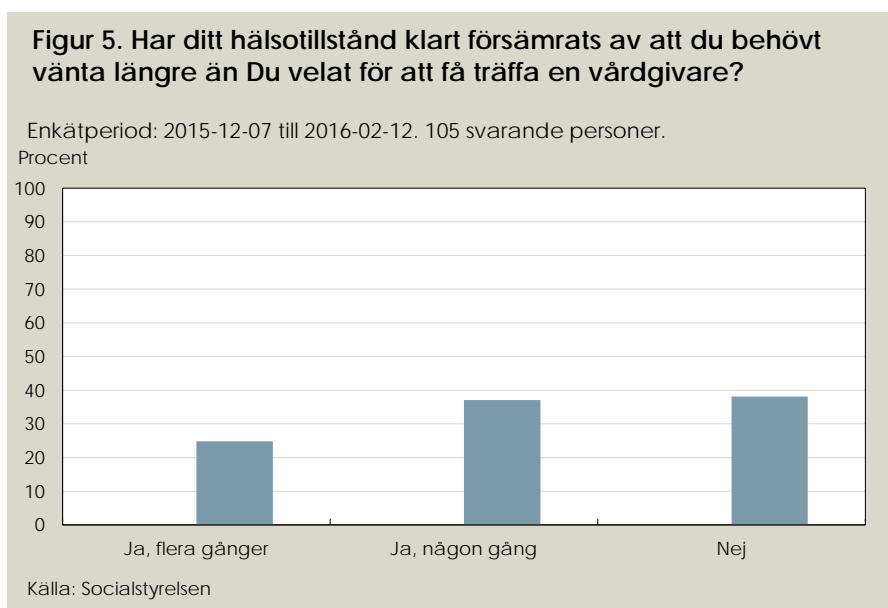
Enkätperiod: 2015-12-07 till 2016-02-12. 105 svarande personer.



Av figur 4 framgår att majoriteten (73 procent) anser att de vid flera tillfällen eller någon gång velat träffa en vårdgivare tidigare än vad mottagningen erbjudit.

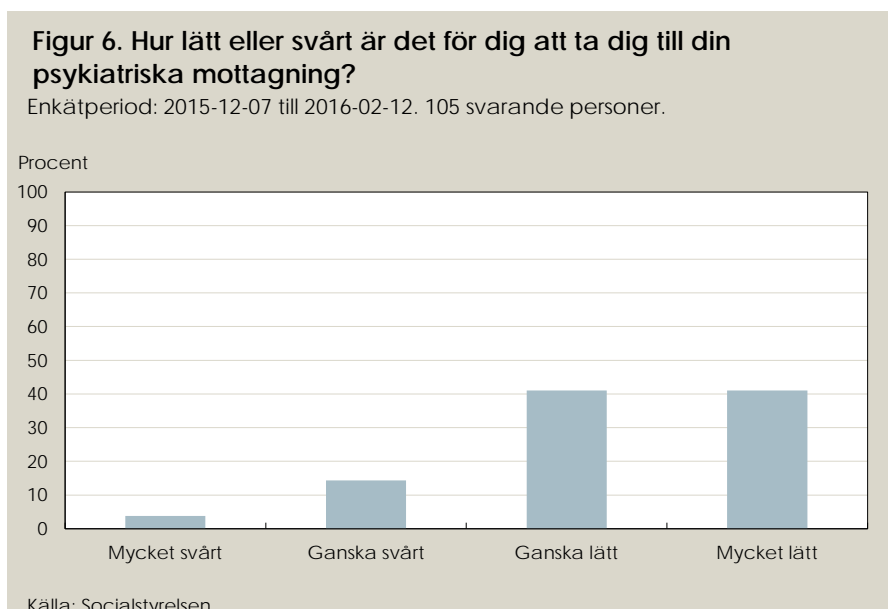
Yngre personer upplever större behov av att träffa läkare tidigare än vad som erbjudits av mottagningen ($r = 0.265$, $p = 0.006$). Patienter med två diagnoser eller fler känner att de hade behövt träffa vårdgivaren tidigare än vad som erbjudits av mottagningen ($r = -0.303$, $p = 0.003$). Det påvisades

också en korrelation mellan yngre patienter och patienter med två diagnoser och fler ($r = -0.363$, $p < 0.001$).



Figur 5 visar att det är mer än hälften (62 procent) av de svarande som har fått sitt hälsotillstånd försämrats på grund av att de behövt vänta på att få träffa en vårdgivare.

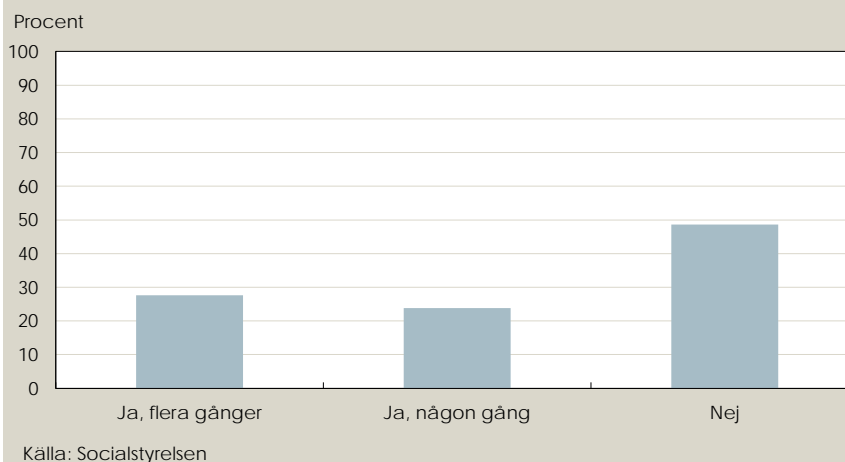
Vid ytterligare analyser kunde vi även här se att yngre personer ($r = 0.316$, $p = 0.001$) och personer med två diagnoser eller fler ($r = -0.334$, $p = 0.001$) upplever att deras hälsotillstånd försämrats av att behöva vänta.



Av figur 6 framgår att de flesta patienter (82 procent) verkar ha ganska lätt eller mycket lätt att ta sig till sin psykiatriska mottagning. Dock är det fortfarande en ansevärd andel (18 procent) av patienterna som anser sig ha ganska svårt eller mycket svårt att ta sig till sin psykiatriska mottagning.

Figur 7. Upplever du att du får träffa alltför många vårdgivare i Din kontakt med psykiatrin?

Enkätperiod: 2015-12-07 till 2016-02-12. 105 svarande personer.



Av figur 7 framgår att nära hälften (49 procent) av patienterna inte träffar alltför många vårdgivare, medan hälften anser att de får göra det flera gånger eller någon gång. Fler patienter med två diagnoser eller fler ($r = -0.255$, $p = 0.012$) än enbart en diagnos upplever att de träffar alltför många vårdgivare i sin kontakt med psykiatrin.

Sammanfattningsvis så upplever yngre personer större behov av att träffa läkare tidigare än vad som erbjudits av mottagningen samt upplever att deras hälsotillstånd försämrats av att behöva vänta.

Patienter som hade två diagnoser eller fler var i större utsträckning yngre, hade behövt träffa mottagningen tidigare än vad som erbjöds, upplevde försämrat hälsotillstånd av att behöva vänta på att träffa en vårdgivare och upplever sig träffa alltför många olika vårdgivare.

Ingen faktor såsom kön, ålder, multidiagnos eller någon av flervalsfrågorna korrelerade till landstingstillhörighet.

Vad som kan bli bättre

Av respondenterna i patientenkätundersökningen var det 77 patienter som svarade på den öppna frågan om det är något som borde bli bättre i den psykiatriska vården du får i dag. Eftersom flera angav mer än ett tema i sina förslag blev det totalt 103 stycken "förslag". Dessa har kategoriserats enligt 10 teman (tabell 10).

Det enskilt starkaste klagomålet var upplevt dåligt bemötande i vården (20 procent). Närmast efter kom bristen på kontinuitet i vårdgivarkontakten (14 procent) där respondenterna anser att de får träffa för många olika personer under sin vårdprocess.

Övriga förbättringsförslag handlade om bland annat upplevd dålig samordning (11 procent) och brist på information av vårdgivaren (11 procent) samt brist på uppföljning (10 procent). Drygt 10 procent ansåg att de hade fått vänta alldeles för länge på läkarbesök, men även för att få utredning och diagnos.

I samband med förbättringsförslagen fanns det även patienter som tackade sina behandlare och berättade att de är nöjda med sin vårdplan (11 procent).

Tabell 10. Förbättringsförslag som angavs av 77 av 105 patienter som svarade på enkäten i öppen psykiatrisk specialistvård

Enkätperiod: 2015-12-07 till 2016-02-12.

Temat	Andel patienter av 77
Upplevt dåligt bemötande av vårdgivare	20,2
Träffar för många olika vårdgivare	14,1
Nöjd, får bra behandling	11,1
Upplever dålig kommunikation mellan olika vårdgivare eller får dåligt med information från vårdgivare	11,1
För lång väntetid	10,1
För få och otillräckliga uppföljningar av behandling eller medicinering	10,1
Önskan om mer flexibilitet gällande öppettider, fysisk tillgänglighet, kontaktvägar t.ex. mail och sms	7,1
Problem med a-kassa, arbetsförmedling, försäkringskassa eller betalning	6,1
Önskan om mer personal	5,1
Önskan om snabbare utredningsprocess	5,1

God tillgänglighet är mer än väntetider

Vid behovsanalysen från workshopen identifierades samtliga nedanstående faktorer som aspekter av god tillgänglighet och som därför är relevanta att följa upp inom psykiatrvården (närmare beskrivning av dessa aspekter ges nedan): fysisk tillgänglighet, kontinuitet och samordning, bemötande av vårdare, förtroende till vårdare, delaktighet i vårdbeslut och behandling, delgivning av information, kompetens, väntetider. Dessa aspekter sammanfaller även med de faktorer som respondenterna i patientenkäten har beskrivit som förbättringsområden patienterna upplever finns inom psykiatrvården idag.

De nationella kvalitetsregistren för psykiatriområdet har föreslagit följande tillgänglighetsaspekter att följa upp nationellt (se även tabell 9):

- patientens upplevelse av tillgänglighet
- tillgång till behandling
- väntetider/ledtider
- behandlingseffekter.

Listan sammanfaller väl med det perspektiv som beskrivits av patienterna.

A. Fysisk tillgänglighet

Vården ska befinna sig i närheten av den som brukar vården.

Vårdtillgängligheten kan avgöras beroende på var man bor; både på landsbygden och i storstädernas kranskommuner är det svårt att ta sig till och från vårdinstanser när man inte mår bra. Öppettiderna ska vara generösa, med fler öppettider på helger för att tillgodose de som jobbar.

B. Kontinuitet och samordning

Kontinuiteten hos personalen och vikten av att mötas av samma vårdare som är bekant med ens sjukdomsbild, ens individuella uttryck av psykisk ohälsa samt ens anamnes för kontinuerlig vård var aspekter som betonades av deltagarna.

Flertalet av deltagarna önskade mer samordnad vård. Deltagarna upplevde att de hamnar ”mellan stolarna” vid dubbeldiagnoser. Istället för samordnad vård får en diagnos i taget uppmärksamhet, vilket kan leda till att sjukdomstillståndet för de andra/den andra diagnosen/diagnoserna försämrats. Ett förslag var ett gemensamt telefonnummer som berör alla aspekter av vuxenpsykiatri.

C. Bemötande av vårdare

Deltagarna ansåg bemötande vara en viktig komponent i tillgänglighet. Deltagarna vill bli bemötta med respekt och värdighet inom vuxenpsykiatri. Tillgänglighet ska vara att kunna söka vård, och tas på allvar när man söker hjälp, utan att mötas av höga trösklar in vårdssystemet av personal som bedömer ens tillstånd som ”oviktigt”.

D. Förtroende till vårdare

Tillgänglighet definierades även som förtroende till den vårdplan och den behandling man får föreskriven och den vårdare man möter i vårdprocessen. Det är viktigt att vårdgivaren bygger relation och tillit till patienten eller brukaren.

Det är viktigt att kunna ha möjlighet att byta personal och/eller behandling om man inte känner tillit till vårdplan och/eller vårdare, även om det inte förekommer några särskilda skäl gällande felbehandling.

E. Delaktighet i vårdbeslut och behandling

Många deltagare definierade tillgänglighet som ”möjlighet att delta i beslut gällande egen vård”. Att själv kunna välja om, när och var man läggs in samt kunna välja behandlare var av stor vikt för tillgängligheten.

F. Delgivning av information

Tillgänglighet definierades också utifrån informationsmöjligheter. Återkoppling och kontinuerlig information gällande ens vård, diagnos och behandling var viktiga aspekter vad gäller tillgänglighet för deltagarna.

G. Kompetens

Deltagarna ansåg att utbildade, engagerade och kunniga vårdare är en viktig aspekt av tillgänglighet. Personalen som vårdbrukaren möter ska ha stor kompetens inom sjukdomsområdet samt ha förmågan att förmedla denna kunskap vidare till patienten.

H. Väntetider

Även vård med korta väntetider lyftes upp som en viktig tillgänglighetsaspekt. Detta gällde både väntetiden till ett fysiskt första möte med vårdhavare liksom till de väntetider som förekommer till personkontakt via telefon. Tillgänglighet innebar för deltagarna att inte behöva vänta i flera köer utan att omgående mötas av en kontaktperson eller vårdpersonal som sedan startar igång en ”hjälpprocess”.

En stor andel av deltagarna upplevde att väntetiderna till första besök är långa och att det tar lång tid att komma in i vårdssystemet. De upplevde att tröskeln för att få psykiatrisk vård är väldigt hög samt att det kan ta flera år innan man får en diagnos.

Deltagarna uttryckte generellt att det finns brister i uppföljningen inom psykiatrivården.

Tillgänglighet vid akuta psykiatriska tillstånd

I workshopen diskuterades även tillgänglighet inom akut psykiatrisk vård. Här återkom flera teman som definierade god tillgänglighet som t.ex. väntetider, information, delaktighet och fysisk tillgänglighet.

Självbestämmande även vid akuta tillstånd, t.ex. att få bestämma inläggning, är av vikt. Det är viktigt att inte bli avvisad utan att själv kunna avgöra om man behöver läggas in och att få möjlighet att välja behandlingsmetod.

Utöver dessa faktorer underströk deltagarna vikten av att kunna ringa en stödperson eller vårdinstans för konsultation eller rådgivning vid akuta episoder. Detta skulle även omfatta mobila team som kan besöka bostaden. Att ha möjlighet att ta sig någonstans nära hemmet var också av vikt då det kan vara påfrestande att resa länge under akuta situationer.

Nationella datakällor som möjliggör uppföljning av tillgänglighet inom psykiatrivården

Från inventeringen av landstingens och regionernas verksamhetsplaner framkommer det att landstingen och regionerna använder flera olika datakällor (t.ex. vårdadministrativa system, väntetider.se, vårdbarometern, nationella patientenkäten) för att lokalt följa upp olika tillgänglighetsaspekter. Sådana kan vara öppettider på kvällar och helger, telefontillgänglighet, geografiskt område, samt första läkarbesök till primärvård och specialist. Även patientens egen upplevelse av vården följs upp med hjälp av nationella patientenkäten och lokala patientenkäter.

Indikatorer²⁹ har tagits fram särskilt för uppföljning av psykiatriområdet. Dessa redovisas bland annat inom öppna jämförelser, inom utvärdering av nationella riktlinjer vid Socialstyrelsen och inom övriga utvärderingar och uppföljningar [66, 68-71].

Flera av de relevanta tillgänglighetsaspekter som behovsanalysen resulterat i kan kopplas till indikatorer, mätpunkter eller frågor som kan hämtas från olika befintliga nationella datakällor som beskrivs nedan. I tabell 11 som följer beskrivningen återfinns en översikt på de indikatorer, mätpunkter eller frågor som skulle kunna möjliggöra en uppföljning av tillgänglighetsaspekterna utifrån dessa datakällor.

Träffsäkerheten av indikatorer och mätpunkter, datakällornas rapportering, täckningsgrad och kvalitet – för ändamålet att belysa dessa tillgänglighetsaspekter – har inte setts över inom ramen för detta uppdrag och är därför ett fortsatt utvecklingsområde.

I rapporten *Patientens väg genom vården* [1] finns ytterligare beskrivning av datakällorna med betoning på deras begränsningar att följa patientens väg genom vården. Fortsatt utvecklingsarbete inom området beskrivs också i delprojekt 5 i denna rapport.

²⁹ Indikatorbiblioteket:

http://www.socialstyrelsen.se/indikatorer/sokiindikatorbiblioteket?sortcolumn=omrade_x002d_verksamhet&CheckBoxId=undefined&sortdirection=DOWN#listing

Patientregistret

Patientregistret är ett av flera hälsodataregister som finns på Socialstyrelsen och är den viktigaste datakällan för att beskriva hälso- och sjukvården på nationell nivå.

Både offentliga och privata vårdgivare är skyldiga att rapportera uppgifter till Socialstyrelsens patientregister om besök inom specialiserad öppen vård³⁰ och vårdtillfällen (dvs. vårdkontakt) inom den slutna vården³¹ [70]. I patientregistret ingår sedan 2009 även uppgifter om patienter inskrivna för sluten eller öppen psykiatrisk tvångsvård enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård (1991:1128), LPT, eller lagen om rättspsykiatrisk vård (1991:1129), LRV. Registrering av primärvårdsinsatser i patientregistret täcks dock inte av gällande förordning [72].

För att öka patientregistrets aktualitet har Socialstyrelsen beslutat att insamlingen till registret ska ske månadsvis från och med januari 2015.

Det finns en påtaglig underrapportering från privata vårdgivare, vilka står för 24 procent av årliga läkarbesök i somatisk och psykiatrisk specialiserad vård, jämfört med offentliga vårdgivare inom psykiatri [72].

Idag är det enbart besök från den slutna vården och läkarbesök i specialiserad psykiatrisk öppenvård som tas in i patientregistret och kan följas på nationell nivå. Mellan 75 och 80 procent av de besök och insatser som utförs inom den öppna psykiatriska vården av andra yrkeskategorier (t.ex. psykologer, psykoterapeuter, kuratorer och sjuksköterskor) saknas [72]. Baserat på de uppgifter som idag ingår i patientregistret kan Socialstyrelsen inte avgöra vilka och inte heller hur stora andelar av vårdåtgärderna inom psykiatri som görs av olika personalkategorier. Andra yrkeskategorier än läkare behöver alltså inkluderas i patientregistret för att en mer komplett, tillgänglig, jämlik och patientsäker beskrivning av den psykiatriska vården ska kunna göras.

Huvud- och bidiagnoser som haft relevans för vårdkontakten ska rapporteras till patientregistret och dessa inrapporteringar har också ökat och ligger nu på ungefär samma nivå som inom somatisk vård [72].

Alla åtgärder som haft relevans för vårdkontakten ska rapporteras till patientregistret³². Åtgärderna ska rapporteras enligt klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ). KVÅ är en åtgärdsklassifikation som beskriver vilka åtgärder som har satts in vid behandling av patienten och är gemensam för olika verksamhetsområden och yrkeskategorier inom hälso- och sjukvården. En baslista för ett urval KVÅ-koder vid läkarbesök i psykiatrisk öppenvård, gällande från och med januari 2013, har tagits fram i samarbete mellan Socialstyrelsen och de psykiatriska specialistföreningarna [72]. I baslistan ingår förutom utredning, läkemedelsbehandling, medicinteknisk behandling, psykologisk och psykosocial behandling även sådana åtgärder som information och utbildning till patient/anhörig, samordningsåtgärder (även vid tvångsvård) samt tilläggs-koder vid medverkande av andra aktörer.

Insatser för ökad inrapportering till patientregistret från privata vårdgivare och förbättrad kvalitet på uppgifterna inom psykiatri (t.ex. diagnoskodningen, tvångsvård) är ett fortsatt utvecklingsområde inom

³⁰ Sedan 2001.

³¹ Sedan 1973, rikstäckande för psykiatrisk vård sedan 1987.

³² Sedan 2007.

Socialstyrelsen. För en bättre analys, utvärdering och uppföljning av psykiatrisk vård behövs även uppgifter om besök hos andra yrkesgrupper än läkare. Socialstyrelsen har redan tidigare föreslagit att utöka registreringen till patientregistret med dessa grupper [70, 72].

Eftersom flertalet patienter med psykiska besvär utreds och behandlas i primärvården, till exempel för lindrigare depression och/eller olika ångestsjukdomar, är en utökning av patientregistret med primärvårdsdata – vilket har föreslagits av Socialstyrelsen för alla patientgrupper – fortsatt angeläget [72]. För standardisering och jämförbarhet av data från ovanstående utökningar kommer Socialstyrelsen att behöva utveckla begrepp, termer, klassifikationer och kodverk.

Läkemedelsregistret

Med hjälp av läkemedelsregistret vid Socialstyrelsen kan uppföljning av läkemedelsbehandling göras. I läkemedelsregistret finns även uppgifter om förskrivning från primärvården. Därmed kan tillgänglighet till behandling beaktas för personer som hanteras enbart inom primärvården för sin psykiska ohälsa, något som patientregistret idag inte tillåter.

Läkemedelsregistret tillhandahåller även uppgifter om förskrivarens specialistkompetens och den inriktning som verksamheten har där förskrivaren arbetar. Således kan även andra aspekter av tillgänglighet studeras genom att uppgifter hämtas från läkemedelsregistret.

Den nationella patientenkäten

Nationell Patientenkät är ett samlingsnamn för uppföljning av patientupplevelser inom offentligt finansierad hälso- och sjukvård, och följer primärvård, specialiserad somatisk öppen- och slutenvård, akutmottagningar samt specialiserad psykiatrisk öppen- och slutenvård.

Den nationella patientenkäten samordnas av SKL och har under 2015 reviderats³³ så att den möjliggör mätning av patientupplevelse. Enkäten utgår ifrån PREM, ett centralt begrepp när det kommer till mätning av patienters upplevelse och tillfredsställelse med vården.

Enkätmodellen i nationella patientenkäten består dels av en validerad vårdbasmodul som kan användas som en bas i samtliga enkäter, dels av en kompletterande vårdgrensspecifik modul. Frågorna har en femgradig svarsskala som tillåter respondenten att inta en neutral ställning i en fråga samtidigt som den ger frihet att gradera en positiv eller en negativ upplevelse. Med denna svarsskala kan vi uttala oss om signifikanta skillnader även i små populationer och över tid.

Den nya enkätmodellen för nationella patientenkäten lanserades och användes för första gången i mätningen inom primärvården som genomfördes hösten 2015. Samma valideringsprocess genomförs just nu (februari 2016³⁴) för framtagande av enkäterna för psykiatri, öppen- och slutenvård. Frågorna för den specifika modulen för psykiatri är inte färdigreviderade och kan därför inte belysas i detta sammanhang.

³³ <https://patientenkät.se/sv/vad-ar-nationell-patientenkät/nationellt-gemensamma-matningar/primarvard/modell-patientupplevelser/>

³⁴ Mejlkorrespondens 2016-02-15 med Martin Midbøe, projektledare, avdelningen för vård och omsorg, Sveriges Kommuner och Landsting.

Flera av de relevanta tillgänglighetsaspekter som lyfts upp vid behovsanalysen för delprojektet om vuxenpsykiatri är patientupplevelsemått som är möjliga att följa upp på nationell basis (se tabell 12).

Den nya patientenkätmodellen består av sju dimensioner som i sin tur består av delkomponenter. Dessa visar vilka aspekter som patienter anser är viktiga inom dimensionerna. Exempelvis mäts inom dimensionen för *kontinuitet och koordinering* delkomponenterna *kommunikation, upplevt kontinuitet och samordning* (dessa anges också i egen kolumn i tabell 12).

Nästa psykiatrimätning planeras att ske under 2016 men grund av låga svarsfrekvenser kommer alternativa metoder (istället för postal enkät) att ses över.

Vårdbarometern

Vårdbarometern³⁵ mäter befolkningens attityder till, kunskaper om och förväntningar på den svenska hälso- och sjukvården, oavsett om personen har haft kontakt med sjukvården eller inte.

Frågorna som ställs är om hur man söker information om vård, vad man anser om väntetider och tillgänglighet i vården, olika vårdformer, hur vården kan förbättras etc. Årligen intervjuas ungefär en halv procent av den vuxna befolkningen och undersökningen genomförs i två omgångar, en på våren och en på hösten.

Vårdbarometern används inom Socialstyrelsens öppna jämförelser och den bidrar exempelvis med värdefull information om hur stor andel av befolkningen som avstår från vård och varför, trots att de ansett sig behöva vård. Måtten från Vårdbarometern kan dock inte användas för att specifikt följa tillgänglighet till och inom den psykiatriska vården.

Väntetider i vården

I 3 i § HSL (1982:763) anges att alla landsting och regioner ska rapportera in uppgifter om väntetider till en nationell databas. Denna databas är den s.k. väntetidsdatabasen Väntetider i vården (www.vantetider.se). Den har funnits sedan år 2000 och administreras av SKL. Syftet med uppföljning av väntetider via väntetidsdatabasen är att belysa om verksamheten klarar sitt uppdrag inom målen för tillgänglighet.

Databasen har sedan 2012 utöver väntetider som omfattas av nationella vårdgarantin (se faktaruta i bakgrundsavsnittet³⁶) också inkluderat diagnostiska undersökningar såsom radiologi, klinisk fysiologi, neurofysiologi och patologi (kommer under 2016).

Även uppgifter om återbesök inom den specialiserade vården för både planerade och genomförda besök för alla landsting rapporteras³⁷. Datum i förhållande till måldatum (avsett datum) för återbesök anges. Därmed kan

³⁵ <http://www.vardbarometern.nu/resultat-vb.aspx?Landsting=String#>

³⁶ Vårdgarantin gäller inte:

- om man tackar nej till ett erbjudande om vård hos en annan vårdenhet (om man senare ändrar sig kan man tacka ja till erbjudandet)
- om man av medicinska skäl bör vänta längre än garantins tidsgränser
- medicinsk service såsom laboratorie- och röntgenundersökning
- utredningar och undersökningar
- hjälpmedelsförsörjning med undantag av utprovning av hörapparater
- återbesök.

³⁷ Inom vuxenpsykiatri ingår alla återbesök oavsett yrkesgrupp. Även återbesök som bokas direkt i samband med till exempel besök, utskrivning från slutenvården eller behandling/operation ingår.

bedömning göras på om patienten fick vänta för länge eller komma vid måldatum. Detta mått används dock inte som mått för kontinuitet.

I de uppföljningar av vårdgarantin som gjorts av Socialstyrelsen och Vårdanalys (myndigheten för vård och omsorgsanalys) har brister påpekats i rapporteringsmetoden och i representativiteten för väntetiderna inom primärvården, samt även för tillförlitligheten i redovisningen av måluppfyllelsen [15, 16, 73].

Mätning av telefontillgänglighet genomförs i mars och oktober månad och omfattar de vårdcentraler som har datoriserade system (numera rapporterar fem landsting in varje månad). Väntetid till läkarbesök inom primärvården mäts under tio arbetsdagar i följd under vår och höst (numera rapporterar 17 av 21 landsting läkarbesök i primärvården varje månad).

På www.vantetider.se visas måluppfyllelsen, exempelvis andel patienter som fick telefonkontakt samma dag under den aktuella mätperioden. Målen i vårdgarantin brukar uttryckas med sifferserien 0–7–90–90, som anger vilka tidsgränser som gäller enligt den nationella vårdgarantin (se faktaruta i bakgrundsavsnittet). Även antalet och andelen väntande patienter till förstabesök inom specialistvården anges inom olika dagsintervaller: 0–30 dagar, 31–60 dagar, 61–90 dagar, längre än 90 dagar.

I Qlikview³⁸, som är det analysverktyg landstingen använder för att följa väntetiderna som rapporteras in i Väntetidsdatabasen, visas även faktiska väntetider (antal dagar) från alla landsting för första besök (datum) i primärvård och specialistvård, till återbesök samt till diagnostiska metoder.

I både www.vantetider.se och Qlikview kan även åtgärdskod, kön och ålder anges per aktivitet (besök, behandling eller åtgärd). Samma individ kan förekomma på fler besök. Däremot kan samma individ inte följas eftersom inga personnummer är kopplade till databasen. Det går därför inte att koppla data till uppgifter i andra register. Detta begränsar möjligheten till djupare analyser av väntetider.

³⁸ <https://idp.skil.se/neas/OTPAuth?TARGET=https%3a%2f%2fanalysvantetider.skil.se%2fqlikview%2f>

Tabell 11. Nationella datakällor som möjliggör uppföljning av relevanta tillgänglighetsaspekter till och inom psykiatrivården

Tillgänglighetsaspekt: Innehåll	Nationell datakälla: Dimension: Komponent- uppdelning	Frågor/mätpunkter	Kommentar
A. Fysisk tillgänglighet: - Geografisk närhet - Öppettider	NPE-PV: Tillgänglighet: Kontakt och tid/ Fysisk tillgänglighet	- Var det enkelt att ta sig till hälso-/vårdcentralen?	Det är oklart om uppföljningsmått på <i>geografisk närhet</i> som ingår i primärvårdsmodulen också kommer att inkluderas i den specifika psykiatrimodulen.
	NPE-VB: Kontinuitet och koordinering: Kommunikation/ Upplevt kontinuitet/ Samordning	- Om du vid besöket pratade med flera i personalen, var de samstämmiga i kommunikationen? - Upplevde du att personalen samarbetade väl?	Det saknas uppföljningsmått på <i>patientens nöjdhet med öppettider</i> .
B. Kontinuitet och samordning: - Kontinuitet - Samordning	NPE-PV: Kontinuitet och koordinering: Kommunikation/ Upplevt kontinuitet/ Samordning	- Får du träffa samma läkare/sjuksköterska vid dina besök på hälso-/vårdcentralen? - Fick du träffa den läkare/sjuksköterska du ville träffa? - Anser du att personalen på hälso-/vårdcentralen samordnar dina kontakter med vården i den utsträckning du behöver?	Det är oklart om uppföljningsmått på <i>kontinuitet</i> i vårdgivarkontakter och <i>samordning</i> av patientens vård som ingår i primärvårdsmodulen också kommer att inkluderas i den specifika psykiatrimodulen.
	PAR	- Samordningsåtgärd enligt KVÅ-kod.	Sedan 1 januari 2010 är landstingen och kommunerna skyldiga att ha överenskommelser om samarbete när det gäller personer med psykisk funktionsnedsättning. Det finns beskrivet i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL, och i socialtjänstlagen (2001:453), SoL. Överenskommelserna ska tydliggöra och förstärka huvudmännens ansvar för området.
C. Bemötande av vårdare: - Bemötande - Respekt - Värdighet	NPE-VB: Respekt och bemötande: Engagemang och förståelse/ Närvaro/ Stöd	- Kände du dig bemött med respekt och värdighet oavsett: kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning eller ålder? - Om personalen pratade med varandra om dig, kände du dig delaktig i samtalet? - Bemötte läkaren/sjuksköterskan dig med medkänsla och omsorg?	
	NPE-VB: Emotionellt stöd: Fysiskt välbefinnande/ Psykiskt välbefinnande	- Om du kände obehag beträffande/om din sjukdom/ditt hälsotillstånd eller din medicinering/behandling bemöttes du med medkänsla och omsorg?	
D. Förtroende till vårdgivare: - Förtroende - Relation - Tillit	NPE-VB: Helhetsintryck: Helhetsintryck	- Anser du att ditt aktuella behov av vård har blivit tillgodosett?	Det saknas uppföljningsmått på <i>förtroende</i> för vårdgivaren.
	NPE-VB: Tillgänglighet: Kontakt och tid/ Fysisk tillgänglighet	- Fick du möjlighet att ställa de frågor du önskade?	Förtroende hänger dock starkt ihop med bemötande av vårdgivaren och tillit till kompetens hos vårdgivaren.

Tillgänglighets- aspekt: Innehåll	Nationell datakälla: Dimension: Komponent- uppdelning	Frågor/mätpunkter	Kommentar
E. Delaktighet i vårdbeslut och behandling: - Delaktighet - Eget val	NPE-VB: Delaktighet och involvering: Läkarinitiativ Patientönskan	- Tog läkaren/sjuksköterskan hänsyn till dina egna erfarenheter av din sjukdom/ditt hälsotillstånd? - Gjorde läkaren/sjuksköterskan dig delaktig i besluten beträffande din vård/behandling? - Hade du önskat att du blivit mer delaktig i besluten beträffande din vård/behandling? - Diskuterade du och läkaren/sjuksköterskan vad du själv kan göra för att förbättra din hälsa?	Enligt Patientlagen (SFS 2014:821) som trädde i kraft 2015-01-01 har patienten rätt till delaktighet och att få möjlighet att välja utförare av offentligt finansierad öppen vård inom eller utom det egna landstinget.
F. Delgivning av information: - Återkoppling - Information	NPE-VB: Information och kunskap: Allmän information/ Anhöriginformati on/ Prevention	- Fick du tillräckligt med information om: medicinering och eventuella biverkningar? - Fick du tillräckligt med information om: behandlingen? - Fick du tillräckligt med information om: varningssignaler att vara uppmärksam på beträffande din sjukdom/ditt hälsotillstånd eller din medicinering/behandling?	Enligt Patientlagen (SFS 2014:821) har patienten rätt till <i>information</i> .
	PAR	- Information och utbildningsåtgärd enligt KVÅ-kod.	
G. Kompetens: - Kompetens - Kunskap - Engagemang - Förmåga att förmedla - Kompetens- försörjning ¹	NPE-VB: Information och kunskap: Allmän information/ Anhöriginformati on/ Prevention NPE-VB: Respekt och bemötande: Engagemang och förståelse/ Närvaro/ Stöd NPE-VB: Emotionellt stöd: Fysiskt välbefinnande/ Psykiskt välbefinnande	- Förklarade läkaren/sjuksköterskan medicineringen/behandlingen på ett sätt som du förstod? - Om du ställde frågor till personalen, fick du svar som du förstod? - Om du ställde frågor till personalen, svarade personalen med medkänsla och engagemang? - Om du ställde frågor till personalen, svarade personalen med medkänsla och engagemang? - Hade du möjlighet att vid behov få känslomässigt stöd från läkaren/sjuksköterskan (t.ex. om du kände oro, rädsla, ångest eller motsvarande)?	
	Nationellt planeringsstöd	- Tillgångsstatistik: Antal och andel psykologer , psykiatriker, specialistsjuksköterskor per 100 000 invånare i Sverige och i respektive landsting och region	Det är också viktigt när det handlar om tillgänglighet att det finns personal som kan utföra olika slags psykiatriska och psykologiska behandlingar.
	PAR och Läkemedelsregist ret	- Specialistkompetens - Verksamhetsinriktning	

Tillgänglighets- aspekt: Innehåll	Nationell datakälla: Dimension: Komponent- uppdelning	Frågor/mätpunkter	Kommentar
	NPE-VB: Tillgänglighet: Kontakt och tid/ Fysisk tillgänglighet	- Är du nöjd med de sätt du kan komma i kontakt med hälso-/vårdcentralen på (t.ex. 1177 Vårdguiden, telefon, e-tjänster, hemsida eller annat)? - Fick du besöka hälso-/vårdcentralen inom rimlig tid?	Det saknas uppföljningsmått på <i>telefon tillgänglighet</i> som också innebär att det ska finnas jourtelefoner att ringa till samt mobila team på jourtid.
H. Väntetider: Primärvården och specialistvården:	Väntetider i vården (www.vantetider.se)	- Telefonkontakt primärvården (måluppfyllelse) - Första läkarbesök primärvården (måluppfyllelse) - Första läkarbesök, allmän vuxenpsykiatri /öppna psykiatriska mottagningen (måluppfyllelse, intervaller) - Återbesök (måluppfyllelse) i förhållande till måldatum	Återbesöken är den vanligaste formen av besök inom psykiatri eftersom det är få patienter som lämnar systemet. <i>Återbesök, uppföljning och kontroller</i> är kopplade till känslan av <i>kontinuitet</i> och utgör viktiga tillgänglighetsaspekter inom god och säker vård. Återbesök på väntetidsdatabasen används inte som mått för kontinuitet.
- Telefonkontakt - Första besök - Diagnos - Behandling - Återbesök/ Uppföljning	Olikview ²	- Första läkarbesök i allmän vuxenpsykiatri /öppna psykiatriska mottagningen (antal dagar) - Återbesök (antal dagar) i förhållande till måldatum	Väntetider kan inte följas med hjälp av patientregistret eftersom det inte går att koppla händelsekedjor för samma patient.
- Utredning(stid) - Kontroller - Remisser	PAR	- Datum för läkarbesök inom öppenvården (behöver relateras till andra parametrar för att vara användbar ur ett tillgänglighetsperspektiv) - Datum för in- och utskrivning inom slutna psykiatrisk vård (anger vårdtid). - Datum för huvud- och bidiagnos (behöver relateras till annat, läs ovan). - Behandling/vårdåtgärd enligt KVÅ-kod.	De flesta kontakter som en patient har med psykiatri är hos andra yrkeskategorier än hos läkare, t.ex. legitimerad psykolog, terapeut som kuratorer, sjuksköterskor, övrig personal. Det är enbart besök till och åtgärder inom den slutna vården och besök till och åtgärder som utförts av läkare inom den öppna specialiserade vården som registreras i patientregistret. Det saknas nationell uppföljningsmöjlighet av <i>besök hos andra yrkeskategorier</i> och <i>åtgärder utförda av andra yrkeskategorier</i> än läkare.
	Läkemedelsregistret	- Insättningstid för behandling efter diagnos - Adekvat behandling efter diagnos	
	Nationellt kvalitetsregister för ätstörning (RIKSÄT)	- Mätpunkter enligt Socialstyrelsens modell för väntetider - Datum för första kontakt med vårdgivare	

NPE-VB = Nationella patientenkäten-vårdbasmodul, NPE-PV = Nationella patientenkäten-primärvårdsmodul, KVÅ-kod = klassifikation av vårdåtgärder.

¹ = Denna aspekt uppkom i samband med hearing med SKL.

² Läs mer i avsnittet om väntetider i vården, Log in webbadress för Olikview via Sveriges Kommuner och Landsting: <https://idp.skl.se/neas/OTPAuth?TARGET=https%3a%2f%2fanalysvantetider.skl.se%2fqlikview%2f>

Nationella kvalitetsregister

Av de åtta nationella kvalitetsregister inom vuxenpsykiatri som svarat på enkäten³⁹ är det endast nationellt kvalitetsregister för ätstörning (RIKSÄT) som har samtliga mätpunkter enligt Socialstyrelsens modell för att mäta väntetider (tabell 12).

Mät punkt för *remissbeslut* är det endast RIKSÄT som registrerar medan *behandlingsstart* registreras hos sex av registren (tabell 12). Möjligheten att kunna följa upp väntetider enligt Socialstyrelsens väntetidsmodell inom alla kvalitetsregister för vuxenpsykiatri är därför begränsat.

Hälften av registren har även mät punkt för *datum för första kontakt med vårdgivare* vilket oftast sker i primärvården. Endast RIKSÄT och internetbehandlingsregistret gör regelbundna uppföljningar av väntetider utifrån mätpunkter i registret. Variabler för att mäta patientens egen upplevelse (PREM) finns hos sex av registren (tabell 12).

Enligt Socialstyrelsens senaste täckningsgradsrapport från 2015 är täckningsgraden för kvalitetsregistren inom psykiatri generellt mycket lägre jämfört med mer akuta sjukdomstillstånd eller åtgärdsregister [74]. Detta kan åtgärdas genom att fler vårdgivare inom psykiatrin ansluter sig till de psykiatriska kvalitetsregistren.

Tabell 12. Nationella kvalitetsregister inom vuxenpsykiatri som svarat på enkätinventering om väntetider och tillgänglighet¹

Enkätperiod: 2015-05-12 till 2015-06-24.

Nationellt kvalitetsregister	Remissbeslut	Första besök hos specialitälkare	Diagnos-information till patient	Med patienten upprättad och beslutad vårdplan	Behandlingsstart	PREM
Svenskt Beroenderegister	Nej	Nej	Nej	Nej	Ja	Nej
Kvalitetsstjärnan ¹	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Ja
RIKSÄT	Ja	Nej/ Datum för första besök ¹	Ja	Ja	Ja	Ja
Kvalitetsregister ECT (elbehandling vid psykiatriska sjukdomar)	Nej	Nej/Finns i patientregistret som samkörs med kvalitetsregistret	Nej	Nej/Finns i patientregistret för patienter vårdade enligt LPT	Ja	Ja
Nationellt kvalitetsregister för bipolär affektiv sjukdom	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Ja
Internetbehandlingsregistret	Nej/ Datum för vårdbegäran ²	Nej/Första besök för ställningstagande till internetbehandling ²	Nej	Ja	Ja	Ja
BUSA	Nej	Nej	Ja	Ja	Ja	Nej
RättspsyK	Nej	Nej	Nej	Nej	Ja	Ja

RIKSÄT = nationellt kvalitetsregister för ätstörning, LPT = lagen om psykiatrisk tvångsvård, BUSA = nationellt kvalitetsregister för behandlingsuppföljning av säkerställd adhd, RättspsyK = nationellt rättspsykiatriskt kvalitetsregister.

¹ Kvalitetsstjärnan (kvalitetsregister för uppföljning av psykiatrisk vård) är ett register för patienter med andra diagnoser med svårare psykisk ohälsa och funktionsnedsättning.

² Kvalitetsregistrens rapporterade mät punkt som kan motsvara samma mät punkt som finns i Socialstyrelsens modell för väntetider.

³⁹ Nationellt kvalitetsregister för psykosvård hade inte svarat på enkäten.

Patientens väg genom vården (delprojekt 5)

Resultat för detta delprojekt redovisas utifrån frågorna som ställts i enkäten till landstingen och regionerna (bilaga 6) samt utifrån intervjuerna med IT-leverantörerna för landstingen och regionerna.

Kan man idag följa individanpassade vårdprocesser eller finns det planer för ett införande av Socialstyrelsens hälsoärendemodell?

Som tidigare nämnts är nyckelfrågan för att följa patientens väg genom vården att det finns något sätt att identifiera en enskild vårdprocess, till exempel individanpassad vårdprocess-id. I enkäten ombads landstingen och regionerna att uppge om de har något sådant identitetsbegrepp som gör att vårdprocessen kan följas från vårdbegäran till behandlingsstart.

Av tabell 13 framgår att 13 landsting och regioner har någon form av identitetsbegrepp i sina IT-system. I Kronoberg och Västernorrland uppger landstingen att man har ett vårdprocess-id som följer Socialstyrelsens förslag. Fyra landsting använder ett remiss-id och sex landsting uppger ”på annat sätt”.

Tabell 13: Finns det ett sammanhållande identitetsbegrepp (motsvarande individanpassad vårdprocess-id) som kan användas för att följa processen från vårdbegäran fram till behandlingsstart?

Enkätperiod: 2015-06-16 till 2015-09-05.

Svarsalternativ enligt enkät	Antal svarande
Ja, individanpassad vårdprocess-id i enlighet med Socialstyrelsens förslag	2
Ja, remissens id kan användas för att följa processen fram till behandlingsstart	4
Ja, på annat sätt (beskriv nedan)	6
Nej	8
Ej svar	1

I kommentarerna till frågan nämns att följande begrepp används för att hålla ihop processen:

- Vårdbegäran-id
- Vårdåtagande-id
- Personnummer/personkoder
- Process-id från särskilt processuppföljningsverktyg
- Vårdepisod-id
- Med hjälp av standardiserade vårdförlopp
- Hälsoproblem
- KVÅ-koder
- Manuell registrering

I några fall anges att man endast följer de processer inom cancervården som omfattas av den särskilda satsningen på standardiserade vårdförlopp. I övrigt

går det inte att utläsa direkt från kommentarerna vilka begränsningar det finns i respektive metod och i vilka sammanhang den används.

Även om landstingen och regionerna idag inte har system som är anpassade till Socialstyrelsens modell för individanpassade vårdprocesser, är det av värde att få en uppfattning om landstingen och regionerna har några planer på att utveckla systemen i denna riktning.

Av enkäten framgår att utöver två landsting som uppger att de redan har denna funktion är det ytterligare tio landsting som uppger att det finns planer på ett införande. Från kommentarerna kan man utläsa att huvudmännen har varierande strategier, tidsplaner och möjligheter för ett införande av en individanpassad vårdprocess. I flera av svaren kommenterar man att införandet av standardiserade vårdförlopp har varit drivande för utvecklingen och att man avser att börja introduktionen av individanpassade vårdprocesser inom de områden som ingår i detta arbete.

I flera av de landsting som säger att de inte har några planer för införande nämns andra pågående arbeten som också handlar om att följa vårdprocesser, bland annat arbete med de standardiserade vårdförloppen.

Det som också är tydligt från kommentarerna är att det finns ett behov av utbildning av leverantörer och kundgrupper kring den exakta funktionaliteten som beskrivits i Socialstyrelsens förslag. I ett av svaren nämner man exempelvis flödesmodellen som dock inte är helt överensstämmande med den hälsoärendebaserade individanpassade vårdprocessen.

Vilka av de mätpunkter som ingår i Socialstyrelsens modell kan för närvarande hämtas från systemen?

En enkätfråga tog upp om landstinget och regionen använde Socialstyrelsens modell för uppföljning av väntetider regelbundet. Endast tre landsting svarade ja.

Även om man inte använder myndighetens modell kan det vara intressant att se i vilken utsträckning systemen innehåller den information, det vill säga de mätpunkter, som modellen omfattar. Därför ingick det frågor i rapporten om man kunde följa tiden mellan dessa mätpunkter. Som nämnts ovan ingick dock inte någon fråga om modellens mätpunkt ”med patienten överenskommen vårdplan” då tidigare arbeten med modellen visat att samtliga landsting och regioner har betydande svårigheter att fånga denna mätpunkt.

Då Socialstyrelsens modell för individanpassade vårdförlopp startar med vårdbegäran, något som dock inte ingår i väntetidsmodellen för närvarande, ansågs det ändå vara av intresse att även denna ”mätpunkt” ingick i frågorna.

I tabell 14 nedan har landstingens och regionernas svar kring de olika mätpunkterna sammanställts.

Tabell 14. Sammanställning av landstingens möjligheter att följa upp de efterfrågade mätpunkterna.

Enkätperiod: 2015-06-16 till 2015-09-05.

Landsting/region	Vård- begäran	1. Remiss- beslut	2. Första besök	4. Diagnos meddelad	5. Behandlings- start
Landstinget Blekinge	●	●	●	○	●
Landstinget Dalarna	●	●	●	○	-
Region Gotland	●	●	-	-	-
Region Gävleborg	●	●	●	○	○
Region Halland	●	●	●	●	●
Region Jämtland Härjedalen	●	●	●	●	●
Region Jönköpings län	●	●	●	●	●
Landstinget i Kalmar län	●	●	-	-	-
Region Kronoberg	●	●	●	●	●
Norbotten läns landsting	●	●	○	○	○
Region Skåne	-	●	○	○	○
Stockholms Läns Landsting	●	●	-	-	-
Landstinget Sörmland	●	●	○	-	○
Landstinget i Uppsala Län	●	●	●	○	○
Landstinget i Värmland	●	●	○	-	○
Västerbottens läns landsting	●	●	●	●	●
Landstinget Västernorrland	○	●	○	○	●
Landstinget Västmanland	●	●	●	-	-
Västra Götalandsregionen	○	●	○	○	○
Region Örebro Län	●	●	●	○	○
Region Östergötland	●	●	●	○	-

● = Kan följa upp denna mätpunkt
○ = Kan delvis följa upp denna mätpunkt
- = Kan inte följa upp denna mätpunkt

I NI-modellen ingår att det ska vara möjligt att dokumentera kontaktorsaken i samband med att patienten framställer en vårdbegäran. Det saknas idag en nationellt överenskommen klassificering av kontaktorsaktstyp, vilket antas vara en bakomliggande faktor som medför att endast 12 av 21 respondenter har angett att de har möjlighet att dokumentera detta strukturerat. I övrigt kan man se att majoriteten ändå dokumenterar något om vårdbegäran och att hela 18 av 21 respondenter dokumenterar tidpunkten för vårdbegäran.

Av enkätsvaren framgår att samtliga landsting har möjlighet att följa upp tidpunkt för remissbeslut, men att möjligheten att hålla samman uppgifterna sedan avtar snabbt vartefter patientens process fortlöper. Endast fem landsting har svarat att de kan hålla samman alla de efterfrågade mätpunkterna.

De största utmaningarna vad gäller att följa patientens process har de system som inte kopplar ihop dokumenterade observationer och aktiviteter vare sig till en remiss eller i en individanpassad vårdprocess, eller någon annan form av sammanhållande begrepp.

För tillämpningen av väntetidsmodellen är det också viktigt att systemen innehåller information som visar att patienten har avslutat processen innan den nått fram till påbörjad behandling. Därför ställdes även denna fråga. Åtta landsting och regioner säger att systemen innehåller sådan information. Sex av dem har även med anledningen till avslut. Lika många landsting saknar sådan information och 5 landsting har inte svarat på frågan.

Vad dokumenteras när det gäller tidpunkten för remiss?

Socialstyrelsens väntetidsmodell inleds med ”datum för remissbeslut”, det vill säga det datum när en remitterande läkare utfärdar en remiss eller när en person själv kontaktar den specialiserade vården. I enkäten ställdes några frågor om vilket eller vilka datum som registreras. Är det enbart tiden för utfärdande? Eller fångas även tiden för när remissen tas emot (”öppnas”) respektive när den är bedömd (när den är accepterad för vidare klinisk hantering)?

Svaren visar att samtliga landsting och regioner dokumenterar när remissen utfärdas. ”Öppningsdatum” finns i 13 system (ett landsting har dessutom svarat ”både ja och nej”), medan tidpunkten för bedömning finns i 20 system.

Ytterligare en fråga som ställdes gällande hur remissdatumet hanteras när det gäller mätning av väntetider var om vad som gäller om patienten återremitteras till remittenten. Här svarade 11 landsting och regioner att det var det första datumet som gäller. Även om det av kommentarerna framgår att man är medveten om att reglerna för väntetidsmätning i den nationella väntetidsdatabasen är att den startar från första remissbeslut visar svaren att det finns problem med hur datumet registreras och följs upp, vilket gör att detta inte alltid ger en korrekt mätning av väntetiderna.

I vissa fall är det aktuellt att skicka remissen vidare inom den specialiserade vården. På frågan om det första remissbeslutet används vid mätning av väntetider, vilket är det som ska gälla enligt reglerna, svarade 14 landsting och regioner ja, fyra nej och tre lämnade inget svar.

Hur långt har landstingen kommit med utvecklingen av elektroniska remisser?

Sammanlagt 18 landsting och regioner anger att de använder elektroniska remisser för närvarande. Av kommentarerna kan dock utläsas att det endast är i ett fåtal landsting som majoriteten av remisserna skickas elektroniskt. Dessutom är det endast inom den egna IT-lösningen som det går att skicka elektroniska remisser, det vill säga man skickar inte elektroniskt över landstingsgränsen.

Liksom i fallet med hälsoörendebaserad individanpassad vårdprocess har det utvecklats en nationell modell för elektroniska remisser [45]. Den nationella elektroniska remissen är en förutsättning för att individanpassade vårdprocesser ska kunna följas över system och huvudmannagränser.

Ur svaren kan man utläsa att 14 av landstingen har planer på att införa den nationella elektroniska remissen och att flera pilotprojekt planeras under 2016.

Ytterligare en fråga kring remisser var om remisserna innehåller någon form av identitet som gör att det går att följa remissen från remittent till remissmottagare. Här anger 11 landsting och regioner att remissen har en identitet och att detta gäller för såväl pappersremisser som för elektroniska. I ytterligare sex landsting och regioner har de elektroniska remisserna, men inte pappersremisserna, någon form av identitet. I ett landsting finns identitet endast vid pappersremisser och i tre landsting innehåller remisserna ingen identitet.

I patientlagen sägs att patienten har rätt att välja utförare i den offentliga vården såväl inom som utanför sitt eget landsting. En fråga är då om det är möjligt att remittera patienter direkt från primärvården i ett landsting och region till specialistvård inom ett annat landsting och region? Här svarar en tredjedel av landstingen att en sådan möjlighet finns, medan fem svarar nej, ett både ja och nej och ett landsting har inte lämnat något svar.

Landstingen och regionerna har i enkäten svarat att de tillämpar olika rutiner för remittering över landstings-/regiongränserna. Några har valt att tolka patientlagen så att primärvården har en skyldighet att ge patienten möjlighet att välja till vilken mottagare remissen ska skickas var som helst i landet. Andra landsting och regioner har rutiner som styr primärvårdens remisser till den egna specialistvården för att eventuellt senare vidareremitteras enligt patientens önskemål.

Sammanfattning av intervjuer med systemleverantörer

I vilken utsträckning man kan följa vårdprocesser beror naturligtvis på hur det IT-stöd som är huvudjournalssystem är utformat. Av tabell 15 nedan framgår vilka system som för närvarande är huvudjournalssystem i landstingen och regionerna. I tabellen har det också markerats om det pågår något arbete för att utveckla eller byta system.

Tabell 15. Landsting och region, deras huvudsakliga dokumentationssystem samt plan för framtida systemskiften

Källa: Intervjuer samt [75] [76, 77].

	Huvudjournalssystem	Utreders eventuellt systemskifte
Landstinget Blekinge	NCS Cross, EVRY	Via Sussa-gruppen
Landstinget Dalarna	TakeCare, CGM	
Region Gotland	TakeCare, CGM	
Region Gävleborg	Melior, Cerner	
Region Halland	VAS	
Region Jämtland Härjedalen	Cambio Cosmic, Cambio Healthcare Systems	
Region Jönköpings län	Cambio Cosmic, Cambio Healthcare Systems	
Landstinget i Kalmar län	Cambio Cosmic, Cambio Healthcare Systems	
Region Kronoberg	Cambio Cosmic, Cambio Healthcare Systems	
Norbotten läns landsting	VAS	
Region Skåne	Melior, Cerner	3R-samarbetet
Stockholms Läns Landsting	TakeCare, CGM	3R-samarbetet
Landstinget Sörmland	NCS Cross, EVRY	Via Sussa-gruppen
Landstinget i Uppsala Län	Cambio Cosmic, Cambio Healthcare Systems	
Landstinget i Värmland	Cambio Cosmic, Cambio Healthcare Systems	
Västerbottens läns landsting	NCS Cross, EVRY	Via Sussa-gruppen
Landstinget Västernorrland	NCS Cross, EVRY	Via Sussa-gruppen
Landstinget Västmanland	Cambio Cosmic, Cambio Healthcare Systems	
Västra Götalandsregionen	Melior, Cerner; Asynja Visph	3R-samarbetet
Region Örebro Län	NCS Cross, EVRY, Infomedix	Via Sussa-gruppen

Cambio Cosmic, Cambio Healthcare Systems

Sju av landstingen och regionerna har Cambio Cosmic som huvudjournalssystem. I journalsystemet Cosmic finns idag nationell elektronisk remiss implementerat i version 1.0 [41]. Den elektroniska remissens identitet knyts till ett vårdåtagande som antingen är befintligt eller nyskapat. På detta sätt kan delar av processen redan idag följas. För att kunna följa hela den individanpassade vårdprocessen krävs förändringar i registrering av kontaktorsak och kontaktorsakstyp. I de fall då det inte redan existerar krävs också skapande av själva det individanpassade vårdprocess-id-värdet samt förändrade rutiner i hur vårdåtaganden skapas i journalsystemet.

NCS Cross, EVRY

Fem landsting och regioner har NCS Cross och mellan dessa landsting och regioner pågår ett samarbete i den så kallade Sussa-gruppen om ett eventuellt systemskifte. Systemet har idag goda tekniska förutsättningar för ett införande av individanpassad vårdprocess-id. Det finns redan idag stöd för att registrera kontaktorsak för en patients första besök. Utmaningarna ligger framförallt i att verksamheten måste genomföra ett förändringsarbete för att införa de strukturerade journalmallar som finns utvecklat i produkten. En drivkraft för ett sådant arbete skulle vara att registreringen till bland annat kvalitetsregister skulle underlättas betydligt.

Utöver detta krävs en teknisk anpassning av NCS Cross för att fullt ut kunna följa den individanpassade vårdprocessen. För att införa detta krävs dock en beställning från kundgruppen samt en nationellt framtagen teknisk implementationsguide för hur system ska anpassas.

Planen för NCS Cross är att införa elektronisk remiss under 2016 under förutsättning att de nationella specifikationerna från Inera färdigställs i tid för detta.

Melior/Soarian/Millenium, Cerner

Cerner levererar idag i huvudsak tre journalsystemslösningar till svenska landsting och regioner: Melior, Soarian och Millenium. Gävleborg, Västra Götaland och Skåne har Cerner som leverantör av journalsystem.

Region Skåne och Västra Götalandsregionen deltog i det nationella arbetet med elektronisk remiss. Deras avsikt var framförallt att få möjlighet att kunna sända remisser elektroniskt inom respektive region, men att i ett senare skede ha möjlighet att ansluta sig till ett nationellt framtaget tjänstekontrakt för mellanregionala remissflöden. Remisshanteringen är byggd som ett tillägg till Melior.

Ingen av Cerners produkter har idag stöd för individanpassad vårdprocess i enlighet med Socialstyrelsens modell. Ingen av Cerners kunder har heller framfört önskemål om att detta ska implementeras. I produkterna Soarian och Millenium finns det ett mer uttalat stöd för att följa processer jämfört med Melior, där möjligheterna är begränsade. Bedömningen är att det med det som registreras idag inte finns något fullständigt tillförlitligt sätt att följa individens process i Melior.

TakeCare, CGM

Dalarna, Gotland och Stockholm har TakeCare som huvudjournalsystem. Systemet kommer att anpassas till att stödja en individanpassad vårdprocess i enlighet med Socialstyrelsens rapport om hälsoärende och process-id [44].

TakeCare har idag stöd för elektronisk remiss enligt delar av nu gällande specifikation från Inera. Denna lösning är idag i provdrift inom SLL för framförallt kommunikation mellan landstinget och den privata vårdgivaren Capio S:t Görans sjukhus.

Slutsatser och diskussion

Tillgänglighet ur ett patientperspektiv

En viktig pusselbit för att utveckla och förbättra vården är att tillvarata patientens erfarenheter och synpunkter. Detta görs bäst när patienten involveras och görs delaktig i processen kring den egna vården, vilket regleras i patientlagen (2014:821) [19].

För att göra förbättringar behöver vården förstå var i vårdprocessen som dessa behöver genomföras. Verktyg för det är uppföljningsmått som exempelvis indikatorer och mätpunkter som avspeglar vårdprocessen, lagstiftningens krav och de behov som patienter har definierat och anser väsentliga att vården tillgodoser. Även vid framtagande av kunskapsstödjande insatser är det väsentligt att tillvarata patientens synpunkter och erfarenheter [78].

God tillgänglighet är mer än väntetider

En viktig utgångspunkt för Socialstyrelsens väntetidsmodell har varit att den i första hand ska ge patientens perspektiv på väntetider. Patientperspektivet har haft en fortsatt central roll även i arbetet inom ramen för detta uppdrag med att utreda vilka aspekter som inryms i begreppet tillgänglighet (delprojekt 4). Även sjukvårdens perspektiv har inhämtats med hjälp av de nationella kvalitetsregistren (delprojekt 3).

Patienter inom den vuxenpsykiatriska vården anser att god tillgänglighet för dem inrymmer såväl väntetider som andra aspekter såsom: fysisk tillgänglighet, kontinuitet och samordning, bemötande av vårdare, förtroende till vårdare, delaktighet i vårdbeslut och behandling, delgivning av information, kompetens (se utförlig beskrivning i resultatavsnittet om delprojekt 4).

Flera av dessa aspekter återkommer även i sjukvårdens förslag om uppföljning av tillgänglighetsaspekter (delprojekt 3) och har belysts som viktiga även i den litteraturgenomgång som gjordes i inledningen. Även i en nationell uppföljning och utvärdering av psykiatriområdet 2012 har det föreslagits att tillgänglighet, förutom vård i rimlig tid också bör omfatta ett rimligt avstånd, information om verksamheten som är begriplig och anpassad efter målgruppen, kontinuitet i behandlingen och uppgifter om avbrutna behandlingsinsatser [69].

Den här rapporten bekräftar att patienter inom den psykiatriska vården har behov av förbättringar av ovanstående aspekter [79-82]. Det nya är åskådliggörandet att ur patientens perspektiv är dessa aspekter *tillgänglighetsaspekter*. Det är också viktigt att påpeka att dessa aspekter inte är unika för den psykiatriska vården, vilket både sjukvårdens perspektiv och annan litteratur beskriver [39, 83]. För cancervården lyfts ur ett patientperspektiv, förutom väntetider: särskilt bemötande, förtroende, information, personalens kompetens, samordning och kontinuitet samt uppföljning [84]. Både cancer och psykisk ohälsa är främst kroniska

sjukdomar, vilket bidrar till ovanstående gemensamma behov som vården behöver möta.

Flera av ovanstående aspekter inryms idag inom olika God vård-dimensioner, särskilt i *patientfokuserad vård*, där samordning, kontinuitet, patientens delaktighet samt information lyfts upp [18]. Det här speglar dels att det för patienten är väsentligt att hans eller hennes behov blir mötta av vården, dels att God vård-dimensionerna inte går att belysa och följa upp som separata enheter eftersom de samspelar.

Inom ramen för öppna jämförelser har Socialstyrelsen, med utgångspunkt från OECD:s ramverk, utvecklat ett ramverk som beskriver det svenska hälso- och sjukvårdssystemet och vars kärna utgörs av de sex God vård-dimensionerna [85]. Inom ramverket lyfts individens behov som ytterligare en dimension som syftar till att kunna precisera att dimensionerna av god vård kan innebära olika aspekter, beroende på individens förutsättningar.

Utifrån en torgundersökning som SLL gjorde redovisas en enklare variant av tillgänglighetsmodell med inspiration hämtad från modellen av Levesque et al., som Vårdanalys gett en tidigare tolkning av [24, 26, 29]. Modellen har aspekter som belyser individens upplevda behov av vård, tillgänglighet *till* vården på lika villkor och tillgänglighet *i* vården på lika villkor.

Exempelvis är det, när så är möjligt och lämpligt, viktigt att vid uppföljning av tillgänglighet göra en indelning i geografiska områden såsom landsting och regioner, socioekonomiska grupper, kvinnor och män, samt flickor och pojkar för att säkerställa att vården är jämlik och jämställd.

Den här rapporten belyser också att nationell mätning av väntetider, enligt Socialstyrelsens väntetidsmodell, inom vuxenpsykiatri är begränsad och att mätpunkter för väntetider behöver utvecklas för att kunna följa upp dessa (delprojekt 4). Däremot ser utsikterna något bättre ut för flera av de övriga aspekterna, dock med hjälp av olika nationella datakällor, vilket försvårar chanserna att fånga alla aspekter för samma individ.

Vad gör landsting och regioner inom tillgänglighetsområdet?

Inom ramen för uppdraget att stödja utvecklingen mot en mer tillgänglig och patientcentrerad vård (S2015/04530/RS) kommer Socialstyrelsen, i delrapporten mars 2016, att mer utförligt redovisa landstingens och regionernas handlingsplaner som beskriver insatser som dessa föreslår.

Exempel på aspekter som nämns är: väntetider, e-tjänster och anpassningar av vården för att skapa tillgänglighet för grupper med olika förutsättningar, bland annat med hänsyn till olika språkkunskaper och kulturell bakgrund.

Av genomgången av landstingens och regionernas verksamhetsplaner för 2015 (delprojekt 4) framgår att landsting och regioner anser att tillgängligheten, särskilt vad gäller psykiatripatienter, inte är tillfredställande. Uppföljningar och insatser inom området görs som syftar till att möta behov av förbättringar. Några landsting diskuterar att vårdgarantin inte täcker patienternas behov och vill därför förändra väntetiden för förstabesök till psykiatrisk mottagning till maximalt 30 dagar från remiss. I patientenkäten med de tre pilotlandsting och regionerna (delprojekt 4) framgår att framförallt yngre personer upplever större behov av att träffa läkare tidigare

än vad som erbjudits av mottagningen. Dessa patienter har oftare två eller fler psykiatriska diagnoser.

I den överenskommelse som regeringen har ingått med SKL inom psykisk ohälsa föreslås fem fokusområden för förbättringar, som bland annat inkluderar samordning, kontinuitet och uppföljning [82].

Orsaker och konsekvenser av väntetider samt regionala skillnader

Orsaker till skillnader i väntetid mellan individer och landsting och regioner inom samma verksamhetsområde kan, som det beskrivs tidigare [3, 33, 34, 86], bland annat bero på olikheter i

- *patientsammansättningen*, t.ex. sociodemografiska faktorer, patientens sjukdomstillstånd, patientens behov av undersökningar och behandlingstyp liksom patientens egen förmåga att söka vård
- *systemfaktorer inom vården*, t.ex. ersättningssystem, organisation, it-system, resurser, remissflöde, kompetens, arbetssätt, behandlingspraxis samt sjukhusens förmåga att arbeta med förbättringsarbete och patientflöden som påverkar hur lång tid vårdförloppen tar.

Dessa faktorer kan medverka enskilt eller i synergi med varandra.

Riskfaktorer för långa väntetider inom akutvården

I samarbete med fem akutmottagningar i Sverige, där data inhämtats från de patientadministrativa systemen, har Socialstyrelsen kartlagt patientinflödet och undersökt riskfaktorer till att patienten får vänta fyra timmar eller längre på akutmottagningen (delprojekt 2) [36].

Analyserna visar att väntetiden gemensamt för mottagningarna påverkas av patientens stigande ålder, första mottagande klinik (medicinska specialitet), vilken tidpunkt på dygnet patienten kommer till mottagningen samt om patienten skrivs in i slutenvård eller inte. Faktorer som kön, utbildningsgrad och födelseland påverkade inte. Resultatet indikerar en komplex bild där många fler samvarierande faktorer leder till olika långa väntetider på akutmottagningen.

För att närma sig denna komplexitet och kunna föreslå åtgärder behövs ytterligare analyser med bland annat systemfaktorer inne på mottagningen. Exempel på sådana systemfaktorer är bemanning och kompetens, samt faktorer vid utflödet från mottagningen såsom beläggning på sjukhusets vårdavdelningar.

Metoder för att korta ned väntetider

I uppföljningar av vårdgarantin visas att högre måluppfyllelse uppnås när landstingen och regionerna köper vård från andra landsting, vilket Socialstyrelsen ansett vara en kortsiktig lösning [6, 15, 73].

Effektivare användning av tillgängliga resurser såsom bättre arbetssätt och mer ändamålsenlig personalförsörjning rekommenderas för att korta ned väntetiderna inom specialistvården [6, 15, 73] och även för att förbättra effektiviteten inom hälso- och sjukvården [39].

Effektivare patientflöden, så kallad flödeseffektivitet, har också föreslagits för att korta ned väntetider där patienten står i fokus och en värdeskapande väntetid uppstår [39, 87-89].

Satsningen för att införa så kallade ”standardiserade vårdförlopp” i cancervården, som introducerades under 2015, syftar till att korta väntetiderna genom att skapa effektivare patientflöden med hjälp av nya arbetssätt [46, 47].

Konsekvenser av långa väntetider

Innebörden av hälso- och sjukvård i rimlig tid enligt god vård är att ingen patient ska behöva vänta oskälig tid, sett ur både patientens och hälso- och sjukvårdens perspektiv, och innebär att vård erbjuds utan att eventuella väntetider påverkar patienten negativt i fysisk, psykisk eller social mening [18].

Det sistnämnda anger att konsekvenser eller negativa effekter som väntetidsfördröjningar kan leda till, kan vara av olika art. Samma individ skulle kunna drabbas av alla dessa, beroende på exempelvis sjukdomstillstånd, ålder och kön samt typ av fördröjning i vårdprocessen [90].

Inom vissa psykiatriska tillstånd såsom depression, ångestsyndrom och bipolär sjukdom kan en fördröjning till insättande av rätt behandling leda till att sjukdomen successivt förvärras och leder till långvarig sjukdom eller återinsjuknande samt ökad risk för självmord [66].

I patientenkätundersökningen som Socialstyrelsen gjorde inom den öppna psykiatriska specialistmottagningen i delprojekt 4 i denna rapport, upplevde 62 procent av 105 respondenter att deras hälsotillstånd försämrats på grund av att de behövt vänta på att få träffa en vårdgivare. Även här var upplevelsen som starkast hos yngre patienter som hade två eller fler psykiatriska diagnoser.

Orsaker och konsekvenser

I studier som utforskat betydelsen av väntetid vid olika cancerformer påvisas exempelvis ett samband mellan fördröjning av diagnos och försämrad livskvalitet, hälsotillstånd och mortalitet/överlevnad [91, 92].

Tillgång till diagnostik och rätt behandling kan alltså vara livsavgörande. Orsaker till fördröjningar vad gäller vägen in i hälso- och sjukvården kan vara olika. En journalstudie i baslinjerapporten inom ramen för det standardiserade vårdförloppsuppdraget visade att många cancerpatienter väntat länge med att uppsöka vården, så kallad patientorsakad fördröjning [47].

Den fysiska tillgängligheten i vården, dvs. hur enkelt eller svårt det är att få kontakt, kan vara avgörande för om en person som har fått symtom uppsöker vården. Bristande kunskap, skam, symtom som inte tas på allvar, rädsla för sjukdomen och behandlingen kan vara faktorer som orsakar patientens fördröjning in i vården exempelvis för att patienten önskar det [84, 93, 94]. Dessa faktorer behöver också sättas samman i en social och kulturell kontext som kan ha betydelse för huruvida individen exempelvis upplever ett vårdbehov [25, 28].

I bemötandet och i informationen till individen är det därför viktigt att beakta dessa faktorer för att skapa en bättre relation till patienten och ett bättre förtroende för vården [80, 84]. Bristande förtroende kan leda till att patienten istället undviker vården med risk för ytterligare konsekvenser. Det finns belägg för att medvetenheten om typiska symtom och sjukdom, liksom följsamheten till behandling ökar när informationen är personligt utformad [93].

Förutom patientorsakad fördröjning kan även så kallad organisatorisk fördröjning uppstå [93]. En dåligt organiserad vård kan fördröja alla led i vårdkedjan: både tiden från första symtom till första kontakt, tiden från första kontakt tills remiss skickas (kan bero på läkarorsakad fördröjning), utredning och diagnos i primärvården eller hos specialist, och övriga led fram till behandlingsstart. I många fall hade patienterna i journalstudien i baslinjerapporten [47] också en betydande väntan från den första kontakten med vården till dess att remissen skickats. Fördröjningar kan ske även vad gäller återbesök och uppföljning.

Bristande information och uppföljning kan leda till att patienten eller anhöriga återkommer till vården. Detta är en så kallad onödig efterfrågan (eng. failure demand), som tar både onödig tid och resurser från vården utan att skapa värde [95].

Förutom att påverka sjukdomstillståndet kan längre väntetider orsaka psykisk oro och stress i väntan på besked och behandling när information från vården är viktig [37, 84, 90]. För exempelvis patienter inom ortopedin kan ett ökat behov av läkemedelsanvändning, hjälpmedel och kontakt med sjukvården uppkomma [90]. Ytterligare följder i form av patient- och befolkningsmissnöje samt minskat förtroende för vården kan lätt uppstå [79].

Mätningar och analyser

Vissa orsaker och effekter kan mätas och följas upp nationellt med hjälp av olika datakällor såsom patientregistret, vårdbarometern och nationella patientenkäten. Även nationella kvalitetsregister, som har uppgivit befintlighet av olika variabler, skulle kunna användas vid analyser av orsaker och effekter av väntetider.

Analys av orsaker och konsekvenser av väntetider är ett komplext arbete och kräver tillgång till data på både patientrelaterade faktorer och systemfaktorer inom verksamheten, landsting och regioner, som kan relateras till patientens vårdprocess. En förutsättning är individbaserade data som kan kopplas ihop till en vårdkedja med kontinuerlig inrapportering och god täckning.

Patientens väg genom vården

I Socialstyrelsens rapport *Vårdgaranti och kömiljard – uppföljning 2009–2011* [6] konstaterades att IT-systemen svarade för en del av problemen med att mäta och rapportera in väntetidsstatistik. Denna studie visar att detta problem kvarstår även idag.

Väntetidsuppföljning bygger idag på ett lapptäcke av manuella rutiner, speciella dokumentationsrutiner och speciallösningar för att i efterhand försöka beräkna vilka delar av dokumentationen som ingår i samma

vårdprocess. Denna ”handpåläggning” måste betraktas som ytterst ineffektiv och mycket talar för att den inte kommer att fungera i längden eftersom kraven ökar på att fler och fler patientgrupper kommer att följas upp ur ett patient- och vårdprocessperspektiv.

Av enkäten framgår dock att så många som tio landsting har planer på att införa stöd för en individanpassad vårdprocess i enlighet med Socialstyrelsens förslag till nationell informationsstruktur, vilket ger förutsättningar för att följa individuella vårdförlopp. Dessutom anger två landsting att de redan har ett sådant stöd.

Två nationella utvecklingsarbeten har varit särskilt pådrivande för frågan om att följa patientens väg genom vården. Det ena är satsningen på standardiserade vårdförlopp inom cancervården. Många landsting och regioner uppger att de för vissa grupper kan följa individuella vårdprocesser och då avser man framför allt arbetet med de standardiserade vårdförloppen. Även införandet av elektroniska remisser driver på ett vårdprocesstänkande. I 18 landsting har man idag möjlighet att skicka elektroniska remisser. Dock är det få som infört den nationellt utvecklade modellen för elektronisk remiss som ger möjlighet att skicka remisser över landstings-/regiongränsen.

Så många som 14 landsting har dock planer på att införa den nationella modellen och flera pilotprojekt pågår. Vid tidpunkten för denna undersökning pågår förberedelser för ett generationsskifte bland landets vårddokumentationssystem. Flera landsting och kundgrupper har gått samman för att kravställa nästa generations IT-system där flera nämner processhantering som ett viktigt krav.

Inom arbetet ”3R Framtidens vårdinformationsmiljö” [45] har det valts ett processorienterat angreppssätt som utgår från tio olika patientscenarier för att se hur ett tänkt vårdinformationssystem kan stötta dessa processer på bästa sätt. Arbetet är ett samarbete mellan SLL, Västra Götalandsregionen och Region Skåne och syftet är att arbeta fram gemensamma krav på system som ska ersätta de nuvarande.

Även kundgruppen ”Sussa” runt journalsystemet NCS Cross från EVERY har påbörjat en utredning liknande 3R-samarbetet. Detta arbete utgår också från att framtidens vårdinformationssystem ska stödja hela vårdförloppet inklusive remisshantering.

Önskemål om en bättre koppling mellan dokumentation och processer finns även på andra håll, till exempel i kvalitetsregisteruppföljning och när patienten ska ges möjlighet att följa sin vårddokumentation via internet.

Detta ”vänteläge” kan vara en försvårande omständighet för ett nationellt arbete med att införa en individanpassad vårdprocess. Samtidigt finns det i ett sådant läge goda möjligheter att påverka inriktning och innehåll. Från flera håll har en nationell samordning efterfrågats när det gäller vilka ”krav” som systemen på sikt ska uppfylla för att förbättra och effektivisera uppföljningen av hälso- och sjukvårdens verksamhet.

Socialstyrelsens modell för väntetidsuppföljning startar med ett remissbeslut. Detta är som tidigare påpekats en anpassning till vad som är möjligt att samla in inom ramen för patientregistret. I de tidigare arbetena kring modellen har myndigheten därför pläderat för ett införande av ett remiss-id. Den hälsoärendebaserade vårdprocessmodellen startar emellertid med att

patienten framställer en vårdbegäran och det förutsätts att varje individanpassad vårdprocess har ett unikt id.

Utredningen visar att det inte finns några stora skillnader i de tekniska utmaningarna mellan att följa information från remiss till behandlingsstart, jämfört med att med hjälp av ett id för den individanpassade vårdprocessen följa patienten från första kontakt (vårdbegäran) till behandlingsstart och vidare i processen. Den stora utmaningen för dokumentationssystemen är att överhuvudtaget kunna se att dokumenterade observationer och aktiviteter hör ihop i någon form av händelsekedja.

Med förbättrade dokumentationssystem och data samlade runt hälsoärenden skulle möjligheterna att analysera och utveckla olika produktionslogiker för olika patientgrupper förbättras. Fokus på värdekedjor passar till exempel väl för sjukdomar med förutsägbart innehåll, för vilka vårdinsatserna till stora delar kan standardiseras och utföras sekventiellt. För andra patienter passar värdecenter eller värdenätverk sannolikt bättre (SOU 2016:2, s. 132) [39] och även sådana mönster skulle då kunna analyseras.

Framtida planer

I detta avsnitt följer en beskrivning av det fortsatta arbetet i enlighet med det nya uppdrag regeringen gav Socialstyrelsen den 21 januari 2016 (S2016/00445/FS).

Årliga mätningar och analys av väntetider i akutvården

Socialstyrelsen fortsätter med de årliga mätningarna av väntetider i akutvården. Från och med 2016 kommer väntetidsdata om den akuta öppenvården att inhämtas från patientregistret. Patientmaterialet som är individbaserat kommer att möjliggöra ytterligare sätt att beskriva och genomlysas akutsjukvårdens verksamhet över landet.

I den årliga rapporten kommer myndigheten att analysera väntetiderna med indelning på geografiska områden såsom landsting och regioner, sjukhus, socioekonomiska grupper samt mellan kvinnor och män och flickor och pojkar för att säkerställa att vården är jämlik och jämställd.

Analys av orsaker och konsekvenser av skillnader i tillgänglighet kommer att fortsätta med hjälp av kartläggningen och analysen av väntetider och patientflöden som gjordes i samarbete med fem akutmottagningar i Sverige. Första delen av kartläggningen avrapporterades till regeringen i december 2015 och har i slutrapporten redovisats som delprojekt 2 [36].

Rapporten innebar en kartläggning av patientinflödet till de deltagande akutmottagningarna samt beläggning och vistelsetider. Dessutom analyserades ålder, läkemedelskonsumtion, socioekonomi och födelseland i förhållande till inflöde. På grundval av dessa samlade faktorer utvärderades även riskfaktorer för långa väntetider. Fortsättningen ska koncentreras till två områden:

- Arbetet inne på akutmottagningen, med fokus på bemanning och kompetens och den påverkan detta har på flödet.
- Utflödet från akutmottagningen, med fokus på sjukhusets beläggningssituation.

Faktorer som påverkar väntetider såsom arbetsorganisation, patientens medicinska angelägenhetsgrad (triage), kön, ålder, läkemedelskonsumtion, socioekonomi, födelseland, veckodag och tid på dygnet samt konsekvenser i form av mortalitet kommer också att vägas in i analysen.

Årliga mätningar av tillgänglighet vid kroniska sjukdomar

Socialstyrelsen planerar att följa upp väntetider och andra aspekter av tillgänglighet, som exempelvis samordnings- och kontinuitetsaspekter, för personer med kroniska sjukdomar.

I denna slutrapport har Socialstyrelsen kartlagt inom vilka sjukvårdsområden som mätpunkter enligt Socialstyrelsens väntetidsmodell finns tillgängliga i nationella kvalitetsregister och där väntetidsmätningar skulle kunna genomföras.

Även en inventering av förutsättningar för att följa upp tillgänglighet inom vuxenpsykiatri har gjorts där möjligheten att följa väntetider är mer begränsat. Dock har andra aspekter av tillgänglighet (förutom väntetider) som exempelvis samordnings- och kontinuitetsaspekter lyfts upp som relevanta att följa upp nationellt inom vuxenpsykiatri.

Orsaker och konsekvenser av väntetider samt regionala skillnader i väntetider

Socialstyrelsen kommer att bjuda in till samarbete med kvalitetsregisteransvariga för ett eller flera av cancerformerna som ingick i rapporten Väntetider i cancervården 2015 [33, 34].

Syftet med samarbetet är att analysera orsaker och konsekvenser av väntetider inom cancerområdet. Det kommer också att bli möjligt att studera orsaker till regionala skillnader av väntetider inom cancerområdet. Arbetet kommer att samordnas med Socialstyrelsens uppdrag att följa satsningen på standardiserade vårdförlopp.

Patientens väg genom vården

Mot bakgrund av vad som framkommit i delprojektet om patientens väg genom vården ser Socialstyrelsen tre förslag till utvecklingsarbeten för att påskynda utvecklingen av individanpassad vårdprocess, med utgångspunkt från Socialstyrelsens förslag i den Nationella informationsstrukturen, det vill säga införandet av individanpassad vårdprocess-id.

En sådan utveckling ger förutsättningar för att följa patientens väg genom vården enligt den väntetidsmodell för uppföljning inom ramen för patientregistret som myndigheten föreslagit i tidigare arbeten. Detta möjliggör också mer fördjupade analyser av väntetider i en mycket större utsträckning än idag. Förslagen kommer att diskuteras med berörda organisationer i det fortsatta arbetet.

Förslag 1

Insamling av empiriskt material tillsammans med några landsting där förutsättningarna för att följa vårdprocessen mellan remissbeslut och start av behandling är särskilt goda. Det är viktigt att arbetet även involverar SKL för att undvika dubbelarbete kring den långsiktiga utvecklingen av den nationella uppföljningen av väntetider.

Huvudsyftet med detta arbete är att få en bild av värdet av den information som en tillämpning av Socialstyrelsens väntetidsmodell kan ge. Detta ger också ett förbättrat underlag för det föreskriftsarbete angående patientregistret som är nödvändigt för att implementera modellen i registret.

Förslag 2

Remisser har en viktig funktion i patientens väg genom vården. Socialstyrelsen avser därför att genomföra ett särskilt arbete som fokuserar på remissens funktion i vårdkedjan och dess betydelse för väntetiderna. I detta arbete är det viktigt att väva in landstingens utvecklingsarbeten med att införa nationell elektronisk remiss.

Förslag 3

I delprojektet om patientens väg genom vården har flera landsting och regioner och IT-leverantörer påpekat att en viktig förutsättning för att implementera individanpassad vårdprocess-id är att det finns nationella kodverk för klassificering av vårdbegäran och vårdåtagande. Det är viktigt att detta arbete genomförs i samarbete med såväl landstingen och regionerna som SKL och Inera.

Referenser

1. Patientens väg genom vården : system för uppföljning av väntetider i vården : rapport december 2013. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.
2. Hälso- och sjukvårdslag (1982:763). . Utfärdad: 1982-06-30:
3. Uppföljning av den nationella vårdgarantin Stockholm: Socialstyrelsen; 2008.
4. Uppföljning av den nationella vårdgarantin och "kömiljarden" : årsrapport 2010 Stockholm: Socialstyrelsen; 2010.
5. Uppföljning av den nationella vårdgarantin och "kömiljarden" : årsrapport 2011 Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
6. Vårdgaranti och kömiljard – uppföljning 2009-2011 Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.
7. I väntan på besked : väntetider inom cancervården – Kartläggning och förslag till mätmodell Stockholm: Socialstyrelsen; 2010.
8. Väntetider vid sjukhusbundna akutmottagningar. Slutrapport mars 2011. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
9. Väntetider inom cancervården – från remiss till behandlingsstart : rapport november 2011 Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
10. Väntetider inom cancervården – från remiss till diagnos och behandling : rapport oktober 2012. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.
11. Väntetider vid sjukhusbundna akutmottagningar : plan för utveckling av system för uppföljning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.
12. Väntetider vid sjukhusbundna akutmottagningar : rapport december 2013. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.
13. Väntetider i cancervården : väntetider från remiss till behandling i cancervården : delrapport oktober 2013. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.
14. Väntetider och patientens väg genom vården - exemplet multisjuka äldre : delrapport juni 2013. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.
15. Vårdgaranti och kömiljard : uppföljning 2012. Stockholm.: Socialstyrelsen.; 2013.
16. Vårdgaranti och kömiljard : uppföljning 2013. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014.
17. God vård : om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2006.
18. Nationella indikatorer för god vård : hälso- och sjukvårdsövergripande indikatorer : indikatorer i Socialstyrelsens nationella riktlinjer. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.
19. Patientlag (SFS 2014:821). Utfärdad: 2014-06-19. Stockholm.: Socialdepartementet.; 2014.
20. Handbok för effektivitetsanalyser : för god vård och omsorg. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014.
21. Handbok för utveckling av indikatorer : för god vård och omsorg. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014.
22. Sjukvården i Sverige 1995. Stockholm: Socialstyrelsen; 1995.
23. Hälso- och sjukvårdsrapport 2009. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.
24. Levesque, JF, Harris, MF, Russell, G. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International journal for equity in health*. 2013; 12:18.
25. Mooney, G. Is it not time for health economists to rethink equity and access? *Health economics, policy, and law*. 2009; 4(Pt 2):209-21.

26. Utvärderingsplan FHS – Hälso- och sjukvårdens tillgänglighet : Delprojektrapport. Stockholm: Hälso- och sjukvårdsförvaltningen. Stockholms läns landsting; 2015.
27. Anderson, RM, Funnell, MM. Patient empowerment: myths and misconceptions. *Patient Educ Couns.* 2010; 79(3):277-82.
28. Shengelia B, MC, Adams OB. Beyond access and utilization: defining and measuring health system coverage I: Murray CL ED, red. *Health systems performance assessment Debates, methods and empiricism.* Geneva: World Health Organization; 2003. s. 221-34.
29. Låt den rätte komma in : hur har tillgängligheten påverkats av apoteksomregleringen, vårdavtalet samt vårdgarantin och Kömiljarden? Stockholm: Myndigheten för vårdanalys; 2014.
30. Berkman ND, DT, McCormack L. Health literacy: what is it? . *Journal of Health Communication.* 2010; (15):9-19.
31. Wangdahl, J, Lytsy, P, Martensson, L, Westerling, R. Health literacy among refugees in Sweden - a cross-sectional study. *BMC public health.* 2014; 14:1030.
32. Mårtensson L, HG. Hälsolitteracitet. *Läkartidningen.* 2011; (108):51-2.
33. Väntetider i cancervården : rapport december 2014. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014.
34. Väntetider i cancervården : rapport december 2015. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
35. Väntetider vid sjukhusbundna akutmottagningar : rapport december 2014. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014.
36. Väntetider och patientflöden på akutmottagningar : rapport december 2015. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
37. Hellbom M., TB. Perspektiv på onkologisk vård. Lund: Studentlitteratur; 2011.
38. Att utveckla en modell för brukarundersökning inom psykiatrisk vård och omsorg : erfarenheter från pilotstudie. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.
39. Stiernstedt, G. Effektiv vård SOU 2016:2. Stockholm: Statens offentliga utredningar; 2016.
40. Flödesmodellen : patientens väg genom vården. www.flodesmodellen.se Sveriges kommuner och Landsting.
41. P., L. Ersättning i sjukvården : modeller, effekter, rekommendationer. Stockholm: Studieförbundet Näringsliv och Samhälle; 2014.
42. Nationell informationsstruktur 2015:2. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
43. Nationell informationsstruktur 2016:1. Stockholm: Socialstyrelsen; 2016.
44. Hälsoärende och process-id : förutsättningar för en sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation kring individanpassade processer. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
45. Elektronisk remiss – försöksprojekt avseende nationellt fackspråk : slutrapport. Hämtat från Inera: http://www.inera.se/Documents/TJANSTER_PROJEKT/Elektronisk_remiss/Dokument/Elektronisk_remiss_och_NF_Slutrapport_2013-11-05_Slutlig%20version1%200.pdf: Västra Götalandsregionen, Region Skåne, Stockholms läns landsting 2013.
46. Standardiserade vårdförlopp i cancervården : lägesrapport 2015 Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
47. Standardiserade vårdförlopp i cancervården : en baslinjestudie Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.

48. Stockholms Läns Landsting. Verksamhetsplan. Hämtad september 2015 från http://www.sll.se/Global/Landstinget/Styrande-dokument/Styrning-och-ledning/LS-1403-0399budget_2015.pdf; 2015.
49. Landstinget i Uppsala län. Verksamhetsplan. Hämtad september 2015 från http://www.lul.se/Global/Landsting_politik/Politik/HSS/N%C3%A4rv%C3%A5rd/Verksamhetsplan%202015.pdf; 2015.
50. Landstinget Sörmland. Verksamhetsplan. Hämtad september 2015 från <http://www.landstingetsormland.se/PageFiles/35438/%C2%A7%2073%20Verksamhetsplan%20och%20budget%202013-2015%20f%C3%B6r%201%C3%A4nssjukv%C5rden%20.pdf>; 2015.
51. Landstinget Kronoberg. Verksamhetsplan. Hämtad september 2015 från <http://www.kronoberg.se/globalassets/om-region-kronoberg/redovisning-och-budget/budget-2015-landstinget-kronoberg.pdf>; 2015.
52. Landstinget i Kalmar län. Verksamhetsplan. Hämtad september 2015 från <http://goo.gl/ZfjxlN>; 2015.
53. Landstinget Värmland. Verksamhetsplan. Hämtad september 2015 från http://www.ltv.se/imagevault/publishedmedia/h9ylelcg7ghihdpkszw2/Landstingsplan_2015-2017.pdf 2015.
54. Region Örebro Län. Verksamhetsplan. Hämtad september 2015 från <http://www.regionorebrolan.se/Files-sv/%C3%96rebro%201%C3%A4ns%20landsting/Politik/Styrdokument/Ekonomi/Verksamhetsplan%202015.pdf>; 2015.
55. Landstinget Västmanland. Verksamhetsplan. . Hämtad september 2015 från http://www.ltv.se/imagevault/publishedmedia/da56pvool37n9vy7f3hb/VP_2015.pdf; 2015.
56. Landstinget Dalarna. Verksamhetsplan. Hämtad september 2015 från <https://www.ltdalarna.se/handling/LS/20150216/H013.pdf>; 2015.
57. Landstinget Västernorrland. Verksamhetsplan. Hämtad september 2015 från <http://www.lvn.se/contentassets/b56705b8634d4bffb4c4732ea3a11238/landstingsplan-2015-2017.pdf>; 2015.
58. Jämtlands Läns Landsting. Verksamhetsplan. Hämtad september 2015 från <http://www.jll.se/download/18.1b5d7d2b149287fdc88dc3/1414511951085/Handlingsplaner+i+Regiondirekt%C3%B6rens+verksamhetsplan+2015+NY.pdf>; 2015.
59. Västerbottens Läns Landsting. Verksamhetsplan. Hämtad september 2015 från <https://www.vll.se/Sve/Centralt/Standardsidor/Politik/ProtokollOchHandlingar/Sidor/MedDokumentlista/Handikappn%C3%A4mnden/Punkt%205%20-%20NFH,%20verksamhetsplan.pdf>; 2015.
60. Norrbottens Läns Landsting. Verksamhetsplan. . Hämtad september 2015 från <http://www.nll.se/upload/lg/sekr/lfu/plan/Landstingsplan%202013-2015,%20slutlig.pdf>; 2015.
61. Jönköping Läns Landsting. Verksamhetsplan och Landstingsrevision. Hämtad september 2015 från https://www.rjl.se/globalassets/rjl/om-regionen/om-organisationen/budget-och-flerarsplan/budget_2015_webbversion.pdf och http://www.rjl.se/globalassets/rjl/demokrati/regionfullmaktige/2015/2015-01-27/rjl_88_granskning_av_allmanpsykiatri_for_vuxna_total.pdf; 2015.
62. Landstinget Blekinge. Verksamhetsplan. Hämtad september 2015 från http://ltblekinge.se/globalassets/om-landstinget/sa-styrs-landstinget/landstingsplan-och-arsredovisning/landstingsplan_2015_if_20141124.pdf; 2015.
63. Region Östergötland. Verksamhetsplan. . Hämtad september 2015 från <https://goo.gl/aadgY5>; 2015.

64. Region Skåne. Verksamhetsplan. Hämtad september 2015 från http://www.skane.se/siteassets/organisation_politik/publikationer_dokument/budget_2015_141210.pdf?highlight=verksamhetsplan 2015.
65. Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
66. Öppna jämförelser : Hälso- och sjukvård vid kroniska sjukdomar. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
67. Kessler, RC, Chiu, WT, Demler, O, Walters, EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Archives of general psychiatry. 2005; 62(6):617-27.
68. Öppna jämförelser och utvärdering 2010 : Psykiatrisk vård – ett steg på vägen. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010.
69. Nationell uppföljning och utvärdering av psykiatriområdet : utveckling av grunddata och nationella indikatorer. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.
70. Beskrivning av vårdutnyttjande för patienter med psykisk ohälsa: En rapport baserad på patientregistret och dödsorsaksregistret vid Socialstyrelsen. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.
71. Nationell utvärdering 2013 - vård och insatser vid depression, ångest och schizofreni Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.
72. Uppgifter om psykiatrisk vård i patientregistret. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014.
73. Varierande väntan på vård : analys och uppföljning av den nationella vårdgarantin. Stockholm: Myndigheten för vårdanalys; 2015.
74. Täckningsgrader 2015 Jämförelser mellan nationella kvalitetsregister och hälsodataregistren. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
75. Pehrsson, T, Jerlvall, L. Inera; 2015.
76. Arvidsson, L. Vårdlogistik – rätt patient får rätt kvalitet, på rätt nivå, på rätt plats, vid rätt tidpunkt, till rätt kostnad. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2007.
77. Pehrsson, T, Jerlvall, L. . Hämtat från Inera: http://www.inera.se/Documents/OM_OSS/Styrdokument_o_rapporter/SLIT-rapporter/eHlsa_i_landstingen_SLIT_2015.pdf.; 2015.
78. Samordnad statlig kunskapsstyrning inom området psykisk ohälsa : sutrapport av ett regeringsuppdrag. Stockholm: Socialstyrelsen i samarbete med Läkemedelsverket, Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering och Folkhälsomyndigheten; 2015.
79. Sammanställning av klagomål som inkommit till patientnämnderna under verksamhetsåret 2014. Stockholm: Inspektionen för vård och omsorg; 2014.
80. Erfarenheter och upplevelser av bemötande och hjälp bland personer med självskadebeteende. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering; 2015.
81. Förstudie kring delaktighet för personer med autismspektrumtillstånd i hälso- och sjukvård. Dnr 425583 2014. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
82. Stöd till riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2016 : överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2016. Stockholm: Socialdepartementet, Sveriges Kommuner och Landsting.; 2016.
83. Projekt FHS utvärderingsplan - patientcentrering - Delrapport. Stockholm: Hälso- och sjukvårdsförvaltningen; 2015.
84. Nilsson., F. Du måste vara frisk för att kunna vara sjuk : cancervården ur ett patientperspektiv Skåne: Region Skåne. Enheten för strategisk

- kvalitetsutveckling: www.skane.se/kvalitetsutveckling. ISBN 978-91-7261-283-9; 2014.
85. Öppna jämförelser 2015 : Hälsa- och sjukvård - Övergripande indikatorer. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
 86. Ojämna villkor för hälsa och vård : jämlikhetsperspektiv på hälso-och sjukvården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
 87. Modig, Niklas., Åhlström, Per. Detta är lean : lösningen på effektivitetsparadoxen: Rheologica Publishing; 2015.
 88. Mazzocato, P, Thor, J, Backman, U, Brommels, M, Carlsson, J, Jonsson, F, et al. Complexity complicates lean: lessons from seven emergency services. *J Health Organ Manag*. 2014; 28(2):266-88.
 89. Triage och flödesprocesser på akutmottagningen - en systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering; 2010.
 90. Väntetid till operation : enkät till tre patientgrupper inom ortopedi. ISBN 91-7188-756-3. Stockholm: Landstingsförbundet; 2003.
 91. Seoane, J, Alvarez-Novoa, P, Gomez, I, Takkouche, B, Diz, P, Warnakulasiruya, S, et al. Early oral cancer diagnosis: The Aarhus statement perspective. A systematic review and meta-analysis. *Head & neck*. 2015.
 92. Neal, RD, Tharmanathan, P, France, B, Din, NU, Cotton, S, Fallon-Ferguson, J, et al. Is increased time to diagnosis and treatment in symptomatic cancer associated with poorer outcomes? Systematic review. *British journal of cancer*. 2015; 112 Suppl 1:S92-107.
 93. Tidig upptäckt av symtomgivande cancer : en systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering; 2014.
 94. Freitas, AG, Weller, M. Patient delays and system delays in breast cancer treatment in developed and developing countries. *Ciencia & saude coletiva*. 2015; 20(10):3177-89.
 95. Onödig efterfrågan inom Försäkringskassan och Skatteverket : en förstudie. Stockholm: Inspektionen för Socialförsäkringen och Skatteverket; 2013.

Bilagor

Bilaga 1. Delprojektgruppsmedlemmar

- Sevim Barbasso Helmers, övergripande projektledare för uppdraget fr.o.m. den 1 februari 2015, utredare, med.dr., Socialstyrelsen
- Marianne Hanning, övergripande projektledare för uppdraget t.o.m. den 31 januari 2015, utredare, sakkunnig, Socialstyrelsen

Delprojekt

1. Årliga mätningar av väntetider i cancervården

- Rocio Winnersjö, projektledare, rapport 2014, utredare, Socialstyrelsen
- Marianne Hanning, utredare, rapport 2014, sakkunnig, Socialstyrelsen
- Christina Carlsson, utredare, rapport 2014, med. dr., Socialstyrelsen
- Sevim Barbasso Helmers, projektledare, rapport 2015, utredare, med.dr., Socialstyrelsen
- Anders Järleborg, statistiker, rapport 2015, Socialstyrelsen

2. Årliga mätningar av väntetider och patientflöden i akutvården

- Mats Granberg, projektledare, rapport 2014, utredare, rapport 2015, Socialstyrelsen
- Toralph Ruge, projektledare, rapport 2015, expert, med.dr., akutmästare, Malmö
- Sevim Barbasso Helmers, utredare, rapport 2015, med.dr., Socialstyrelsen
- Gudrun Jonasdottir Bergman, statistiker, rapport 2015, Socialstyrelsen

3. Inventering av väntetider/tillgänglighet inom nationella kvalitetsregister

- Sevim Barbasso Helmers, projektledare, utredare, med.dr., Socialstyrelsen
- Marianne Hanning, utredare, sakkunnig, Socialstyrelsen
- Jenny Asplund, utredare, Socialstyrelsen
- Claes Falck, utredare, enkätkonstruktör, Socialstyrelsen

4. Inventering av förutsättningar för att följa upp tillgänglighet inom vuxenpsykiatri

- Sophia Eberhard, projektledare, expert, barn- och vuxenpsykiatriker, Skåne
- Hugo Ortiz Dubon, expert, grundare/olikstrateg, We Link Sweden, Stockholm
- Almira Thunström, expert, master in medical science, Stockholm
- Sevim Barbasso Helmers, utredare, med.dr., Socialstyrelsen

5. Inventering av möjligheten att följa patientens väg genom vården

- Marianne Hanning, projektledare, utredare, sakkunnig, Socialstyrelsen
- Torbjörn Dahlin, konsultexpert, ingenjör, MedMod IT Solutions AB, Stockholm

Bilaga 2. Mätpunkter i Socialstyrelsens väntetidsmodell

Tabell 1. Mätpunkter som ingår i Socialstyrelsens modell för att mäta väntetider

Term – Mätpunkt	Definition	Beskrivning
		Mätpunkten avser datumet för den första utfärdade remissen i ett specifikt hälsoärende.
		Mätpunkten för det första remissbeslutet omfattar: <ol style="list-style-type: none"> 1. Det datum när den läkare som patienten söker primärt utfärdar en remiss efter att ha beslutat att en bedömning och/eller behandling behöver göras av en läkare i den specialiserade vården. Remissbeslutet sker vanligtvis i samråd med patienten. Remissen kan framställas t.ex. från primärvården eller akutvården. Mätpunkten avser däremot inte remiss till stödfunktioner, t.ex. provtagning eller remiss till stödfunktioner eller röntgen på annan klinik som inte omfattar läkarkontakt (läkarbesök). 2. Det datum när en person själv eller dennas företrädare kontaktar den specialiserade vården utan remiss från läkare, dvs. via en egen vårdbegäran. 3. Screening, datum för kallelse för vidare utredning pga. fynd vid screening som leder till misstanke om cancer.
Datum för första remiss	Det datum när en remitterande läkare utfärdar en remiss eller när en person själv kontaktar den specialiserade vården	Mätpunkten avser inte datum för beslut att utfärda en remiss, även om dessa datum ofta sammanfaller. Tidpunkten för när en läkare tillsammans med patienten beslutar om remiss är teoretiskt den mest relevanta mätpunkten. Dock är mätpunkten datum för första remiss definierad efter vad som är praktiskt mätbart, dvs. utfärdandet.
Datum för första besök hos läkare i den specialiserade vården	Det datum när en patient för första gången besöker en läkare i den specialiserade vården	Mätpunkten avser inte heller remissankomst , dvs. när remissen tas emot av mottagande enhet. Mätpunkten avser det datum i ett specifikt hälsoärende när en patient för första gången besöker en specialistläkare utanför primärvården.
Datum för diagnosinformation till patient	Det datum när det finns tillräcklig information för beslut om att starta behandling i ett specifikt hälsoärende och patienten informeras om diagnos	Ytterligare utredning krävs för att undersöka de praktiska möjligheterna för att fånga uppgiften om när patienten informeras.
Datum för med patienten upprättad vårdplan	Det datum när patienten informeras om vilken behandling som rekommenderas, hur vården är planerad att genomföras och när en vårdplan är utformad i samråd med patienten	I samband med att patienten får besked om vilken behandling som rekommenderas ska en vårdplan vara upprättad. Vårdplanen ska om möjligt utformas tillsammans med patienten och/eller dennas anhöriga/närstående och tas i regel fram med patientens samtycke (jmf vårdplan i

Term – Mätpunkt	Definition	Beskrivning
		Socialstyrelsens termbank).
		Datum när patienten får besked om vilken behandling som rekommenderas och hur vården är planerad att genomföras är oftast inte densamma som när beslutet om behandling fattas. Behandlingsbeslutet sker ofta i samband med en så kallad multidisciplinär konferens, det vill säga då olika personalgrupper och discipliner deltar. Beskedet till patienten lämnas dock oftast vid ett läkarbesök efter en sådan konferens.
		Ytterligare utredning krävs för att undersöka de praktiska möjligheterna att fånga uppgiften när vårdplanen upprättas tillsammans med patienten. Vilken typ av behandling som avses kan variera, t.ex. beroende på tumörform, men kan även variera inom en och samma patientgrupp. Avser även förberedande behandling, exempelvis strålning inför kirurgi.
Datum för start av behandling	Det datum när en patients första behandling i ett specifikt hälsoärende startar	Exempel på start av behandling är: <ul style="list-style-type: none"> • läkemedelsbehandling • operation • strålbehandling • aktiv exspektans.

Ingående termer för kännedom

väntetid	tid som en patient tillbringar i väntan på att något ska ske (Nationalencyklopedins ordbok, modifierad)
ledtid	den tid som går åt för att genomföra en aktivitet eller process i vårdproduktionen (Rikstermbanken, modifierad)

Kommentarer

Datum för remissbeslut

Startpunkten för modellen och därmed för väntetidsmätningar i cancervården är en avvägning mellan vad som är möjligt i förhållande till de registerdata som finns och vad som är önskvärt ur ett patientperspektiv. Tidpunkten för första symtom kan finnas i journalen men informationen är inte strukturerad på ett sätt som gör det möjligt att extrahera data, och variationen på vad patienten upplever som symtom är stor. Tidpunkten för patientens första kontakt med en vårdgivare finns dokumenterad på olika sätt men innan det finns ett etablerat system för att följa varje enskilt hälsoärende i vården är det svårt att systematiskt koppla olika kontaktorsaker till en senare specifik remiss eller diagnos i cancervården. Den första punkten i vårdkedjan för vilken relativt välstrukturerade data finns är remissbeslutet, det vill säga tidpunkten då den läkare som patienten söker primärt, i samråd med patienten, beslutar att en bedömning eller behandling behöver göras av en specialist. I regel är detta ett besök till en primärvårdsläkare.

Remissbeslutet används som startpunkt för uppföljning av vårdgarantin i den nationella väntetidsdatabasen och kan därför redan nu hämtas ur de vårdadministrativa systemen. Det är dock bara fyra av de nio kvalitetsregistren som används i Socialstyrelsens mätningar som har mätpunkten remissbeslut. Den huvudsakliga förklaringen är sannolikt att kvalitetsregistren med specialistläkarens perspektiv, har fokuserat på att mäta hur remissankomsten förhåller sig till resten av specialistklinikens verksamhet. Ska patientens och hela vårdsystemets perspektiv beaktas är det remissbeslutet som är relevant.

Innan ett remissbeslut tas har det i många fall skett ett eller flera besök hos läkare eller annan vårdpersonal inom primärvården, delvis beroende på vilken cancerform det gäller. I ett längre perspektiv är det därför viktigt att utöka de föreslagna mätpunkterna med datum för det första besöket eller den första kontakten och därmed fånga hela vårdförloppet. Datum för det första besöket kan dock för närvarande som regel endast fångas retrospektivt i de vårdadministrativa systemen eftersom det saknas ett "ärendenummer" som gör det möjligt att koppla samman besöket med rätt vårdprocess.

Datum för första besök hos läkare på specialistmottagning

Efter att remissen har bedömts på specialistmottagningen planeras patienten in för ett första besök. Om patienten inte är färdigutredd för att starta en behandling tas beslut om fortsatt utredning vid besöket.

Tiden mellan remissens utfärdande och det första läkarbesöket ingår i vårdgarantin som anger att patienten ska erbjudas en tid för besök inom 90 dagar från det att remissbeslutet fattats. Liksom datum för remissbeslut ingår datum för första läkarbesök i den nationella väntetidsdatabasen och kan därmed hämtas från de vårdadministrativa systemen. Datumet är specialistklinikens första möte med patienten och finns i de allra flesta kvalitetsregister på cancerområdet.

Datum då patienten får besked om diagnos

Syftet med mätpunkten är att fånga tidpunkten då patienten får besked om att misstanken om cancer bekräftats. För många former av cancer är det dock en misstanke som stärks i olika steg genom olika provtagningar och kliniska undersökningar. Diagnosen fastställs i de flesta fall först efter det att ett vävnadsprov (PAD-prov) eller en röntgenundersökning har analyserats. Detta PAD-prov tas dock i olika skeden av vårdförloppet för olika cancerdiagnoser. I vissa fall tas provet vid besök i primärvården och utgör då också grunden för ett remissbeslut, för andra diagnoser tas provet i samband med ett besök i specialistvården och i ytterligare andra fall är det först vid operation som provet tas och patienten får ett definitivt diagnosbesked vid ett senare tillfälle. Socialstyrelsen har i sitt arbete visat på svårigheterna i att mäta denna punkt i vårdkedjan och anser att ytterligare utredning behövs för att visa på de praktiska möjligheterna att fånga uppgiften.

Datum för med patienten upprättad och beslutad vårdplan

Syftet med datum för med patienten upprättad och beslutad vårdplan är att fånga tidpunkten då patienten får besked om vilken behandling som rekommenderas och hur vården är planerad att genomföras. Tidpunkten registreras i få register och patientadministrativa system och Socialstyrelsen har därför inte kunnat mäta väntetiden fram till denna punkt. Däremot finns tidpunkten då vården tar beslut om

behandling sedan länge väl dokumenterad, både i flera kvalitetsregister, men också genom att det är startpunkten för mätning av vårdgarantin. I cancervården sker behandlingsbeslutet ofta i samband med en så kallad multidisciplinär konferens, det vill säga då olika personalgrupper och discipliner deltar. I många fall lämnas beskedet sedan till patienten vid ett läkarbesök efter en sådan konferens.

Datum för behandlingsstart

Med behandlingsstart avses den dag då patienten får sin första behandling av något slag. Vilken typ av behandling det rör sig om varierar givetvis beroende på tumörform, men det varierar också inom en och samma patientgrupp. De terapier som dominerar är operation, strålbehandling och läkemedelsbehandling.

Behandlingsstarten är slutpunkt för vårdgarantin och det datumet finns också i samtliga kvalitetsregister som Socialstyrelsen använder för väntetidsmätningar i cancervården, utom i kvalitetsregistret för lungcancer.

Bilaga 3. Webbenkät till nationella kvalitetsregister

Enkät angående uppföljning av tillgänglighet och väntetider med stöd av kvalitetsregister

Bakgrund och syfte

Socialstyrelsen har sedan 2010 haft olika regeringsuppdrag som syftar till en utveckling av uppföljningen av hälso- och sjukvårdens tillgänglighet. Ett långsiktigt mål i detta arbete är att uppföljningen ska baseras på att följa patientens väg genom vården och att Patientregistret på sikt ska tillhandahålla sådan information på den nationella nivån.

Hittills har arbetet koncentrerats till väntetider inom cancervården, samt ett mindre arbete om förutsättningarna att följa multisjuka äldres väg genom vården.

I ett särskilt arbete har myndigheten också utvecklat en uppföljning av väntetider inom akutsjukvården. Med utgångspunkt i detta arbete kommer väntetidsmätningar i akutsjukvård att ingå i Patientregistret från och med 2015.

Hösten 2014 fick myndigheten ett förnyat uppdrag att fortsätta arbetet med att utveckla system för uppföljning av tillgängligheten i vården. I detta uppdrag ingår att utreda förutsättningarna för mätningar av väntetider enligt den modell som utvecklats för cancervården (se bilaga 1 samt rapporten Patientens väg genom vården) <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2013/2013-12-20>. I enkäten ingår också några generella frågor om tillgänglighet.

För detta ändamål önskar vi nu med hjälp av denna enkät få in uppgifter från ditt kvalitetsregister.

Att tänka på när webbenkäten fylls i

Det går att spara ifyllda uppgifter och fortsätta vid ett senare tillfälle. Du kan även gå in i webbenkäten efter att svaret har skickats in om du vill ändra något eller skicka in på nytt. Den senaste inskickade versionen är den som lagras. Enkäten tar cirka 15 minuter att fylla i.

Sista svarsdag för enkäten är tisdagen den 2 juni 2015

Tekniska frågor om webbenkäten ställs till Claes Falck

Säkrast per e-post: claes.falck@socialstyrelsen.se

Tel: 075-247 30 62

Frågor om enkätens syfte och innehåll ställs till:

Sevim Barbasso Helmers

Säkrast per e-post: sevim.barbasso-helmers@socialstyrelsen.se

Tel: 075-247 41 82

1. Person som svarat på enkäten och som vi kan kontakta vid frågor

Namn _____
Befattning _____
E-post _____
Telefon _____

2. Namnet på det nationella kvalitetsregistret:

3. Ingår det någon av följande mätpunkter enligt Socialstyrelsens modell för att mäta väntetider i ert kvalitetsregister?

För korta definitioner av Socialstyrelsens modell, se texten nedan. För ytterligare förtydligande, se bilaga 1 som finns bifogad i e-postutskicket

	Ja	Nej
a) Remissbeslut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Första besök hos specialistläkare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Diagnosinformation till patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Med patienten upprättad och beslutad vårdplan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Behandlingsstart	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Remissbeslut = Det datum när en remitterande läkare utfärdar en remiss eller när en person själv kontaktar den specialiserade vården

Första besök hos specialistläkare = Det datum när en patient för första gången besöker en läkare i den specialiserade vården

Diagnosinformation till patient = Det datum när det finns tillräcklig information för beslut om att starta behandling i ett specifikt hälsoärende och patienten informeras om diagnos

Med patienten upprättad och beslutad vårdplan = Det datum när patienten informeras om vilken behandling som rekommenderas, hur vården är planerad att genomföras och en vårdplan är utformad i samråd med patienten

Behandlingsstart = Det datum när en patients första behandling i ett specifikt hälsoärende startar

(ställs till de som svarat nej på fråga 3a)

4. Ingår det i registret någon annan mätpunkt som kan motsvara den icke tillgängliga mätpunkten Remissbeslut, t.ex. Datum för Remissankomst?

- Ja. Ange vilken: _____
 Nej

(ställs till de som svarat nej på fråga 3b)

5. Ingår det i registret någon annan mätpunkt som kan motsvara den icke tillgängliga mätpunkten Första besök hos specialistläkare?

- Ja. Ange vilken: _____
 Nej

(ställs till de som svarat nej på fråga 3c)

6. Ingår det i registret någon annan mätpunkt som kan motsvara den icke tillgängliga mätpunkten Diagnosinformation till patient?

- Ja. Ange vilken: _____
 Nej

(ställs till de som svarat nej på fråga 3d)

7. Ingår det i registret någon annan mätpunkt som kan motsvara den icke tillgängliga mätpunkten Med patienten upprättad och beslutad vårdplan?

- Ja. Ange vilken: _____
 Nej

(ställs till de som svarat nej på fråga 3e)

8. Ingår det i registret någon annan mätpunkt som kan motsvara den icke tillgängliga mätpunkten Behandlingsstart?

- Ja. Ange vilken: _____
 Nej

9. Ingår mätpunkterna nedan i kvalitetsregistret?

	Ja	Nej
a) Datum för första symptom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Datum för första kontakt med vårdgivare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Datum för klinisk diagnos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Datum för patologisk diagnos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Datum för behandlingsbeslut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Datum för multidisciplinär konferens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Görs det regelbundna uppföljningar av väntetider utifrån mätpunkter i registret?

- Ja
 Nej

(ställs till de som svarat ja på fråga 10)

11. Vilka väntetider är det som följs upp?

(ställs till de som svarat ja på fråga 10)

12. Publiceras väntetiderna? I så fall ange gärna i vilken typ av publikation (t. ex i registrets årsrapport, vetenskapliga artiklar etc.?)

(ställs till de som svarat nej på fråga 10)

13. Finns det planer att påbörja regelbundna uppföljningar av väntetider utifrån mätpunkter i registret?

- Ja
 Nej

Om ja, beskriv gärna vilka väntetider

(ställs till de som svarat nej på fråga 13)

14. Vilket är skälet/skälen till att registret inte följer upp väntetider?

- Det är icke relevant i detta register
 Annat skäl

Beskriv gärna mer utförligt skälet eller skälen:

15. Olika variabler som kan förekomma i de nationella kvalitetsregistren kan även användas vid analys av orsaker till väntetider. Vilka av följande variabler ingår i ert register?

	Ja	Nej
Prioritering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indikation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Samsjuklighet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utredningar/Undersökningar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personalkompetens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. Utöver de ovan nämnda variablerna, ingår det några andra variabler i registret som skulle kunna användas vid analyser av orsaker till väntetider?

17. Ingår det PREM-rapporterade variabler i ert register? (PREM = Patient Reported Experience Measures sv. patientrapporterad upplevelse)

- Ja
 Nej

18. Ingår det några andra variabler i registret som skulle kunna användas vid analyser av effekter av väntetider?

19. Utöver väntetider, har ni förslag på andra aspekter vad gäller tillgänglighet inom svensk hälso- och sjukvård där det skulle vara värdefullt att göra uppföljningar på nationell nivå? Beskriv i så fall vad det kan vara.

Det behöver inte nödvändigtvis vara uppföljningar av kvalitetsregister, men sådant som kan vara av värde för sjukdomsområdet/patientgruppen

Bilaga 4. Nationella kvalitetsregister som ingått i webbenkätinventeringen

Tabell 2. Nationella kvalitetsregister som ingick i webbenkätinventeringen om väntetider och tillgänglighet indelade efter registerkategori¹

Registerkategori	Kvalitetsregister
Andningsorganen (2 av 2 kvalitetsregister inom registerkategorin har svarat)	
	Andningssviktregistret, Swedevox
	Luftvägsregistren (RiKS KOL + NAR)
Anestesi och intensivvård (2 av 2 kvalitetsregister inom registerkategorin har svarat)	
	Svenska Intensivvårdsregistret, SIR
	Svenska Traumaregistret, SweTrau
Barn och ungdom (9 av 11 kvalitetsregister inom registerkategorin har svarat)	
	Barnobesitas register i Sverige, BORIS
	CP- uppföljningsprogrammet i Sverige, CPUP
	Nationellt kvalitetsregister för barn och ungdomshabilitering
	Nationellt register för medfödda hjärtsjukdomar, SWEDCON
Ej svarat	Nationellt register för tillväxthormonbehandling för barn
	Svenska registret för Medfödda Metabola Sjukdomar
	Nationellt kvalitetsregister för barnhälsovård i Sverige
Ej svarat	Svenska Barnjurregistret
	Svenska Barnreumaregistret
	Svenskt Neonatalt Kvalitetsregister, SNQ (tidigare perinatalt kvalitetsregister/neonatologi, PNQn)
	The Swedish National CLP registry
Cancer ² (10 av 11 kvalitetsregister inom registerkategorin har svarat)	
	Hjärtumörer
	Nationellt register för pankreas och periampullärt cancer
	Nationellt Kvalitetsregister för cervixcancerprevention
	Nationellt kvalitetsregister för mammografiscreening
	Nationellt kvalitetsregister för Transanal Endoskopisk Mikrokirurgi
	Nationellt Kvalitetsregister för Tyreoideacancer
Ej svarat	Nationellt register för peniscancer
	Svenska Barncancerregistret
	Svenska Kvalitetsregistret för Gynekologisk Cancer
	Svenska registret för cancer i lever och gallvägar, Sweliv
	Svenska testikelcancerregistret, SWENOTECA
Cirkulationsorganen (6 av 10 kvalitetsregister inom registerkategorin har svarat)	
	Endovaskulär behandling av stroke, EVAS-registret
Ej svarat	Nationellt Hjärtsviktregistret, RiKSvikt
Ej svarat	Nationellt register för Atrialt flimmer och Antikoagulation, AuriculA
	Nationellt register för kateterablation
Ej svarat	Nationellt register för hjärtintensivvård, kranskärlsröntgen, PCI, hjärtkirurgi och sekundärprevention, Swedeheart
	Nationella kvalitetsregistret för stroke, RiKS-Stroke
	Nationellt kvalitetsregister för svårläkta sår, RiKS Sår
	Svenska PAH registret, SPAHR
Ej svarat	Svenska hjärt-lungräddningsregistret (nationellt register för hjärtstopp)
	Nationella kvalitetsregistret för kärlkirurgi, Swedvasc
Endokrina organen (2 av 3 kvalitetsregister inom registerkategorin har svarat)	
	Nationella Diabetesregistret

Registerkategori	Kvalitetsregister
Ej svarat	Svenska Hypofysregistret
	Scandinavian Quality Register for Thyroid, Parathyroid and Adrenal Surgery, SORTPA
Infektion (4 av 4 kvalitetsregister inom registerkategorin har svarat)	
	InfCareHepatit
	InfCareHIV
	Nationellt kvalitetsregister för infektionssjukdomar
	PIDcare (patienter med primär immunbrist och/eller ökad infektionskänslighet)
Mage och tarm (3 av 5 kvalitetsregister inom registerkategorin har svarat)	
	Kvalitetsregistret för Svenska Bukväggsbräck
Ej svarat	Nationellt kvalitetsregister för ljumskbräcksoperationer, Svenskt Bräckregister
	Scandinavian Obesity surgery Registry, SOReg
Ej svarat	Svenskt kvalitetsregister för gallstenskirurgi, GallRiks
	Nationellt register för inflammatorisk tarmsjukdom, SWIBREG
Nervsystemet (6 av 6 kvalitetsregister inom registerkategorin har svarat)	
	CF-register, kvalitetsregister för cystisk fibros
	MMCUP - uppföljning vid spinal dysrafism och hydrocefalus
	Neuromuskulära sjukdomar i Sverige, NMiS
	Svenska Demensregistret, SveDem
	Svenska Neuroregister/MSregistret
	WebRehab
Obstetrik och gynekologi (3 av 3 kvalitetsregister inom registerkategorin har svarat)	
	Graviditetsregistret
	Nationellt kvalitetsregister för assisterad befruktning. Q-IVF
	Nationellt kvalitetsregister inom gynekologisk kirurgi, Nr 35 GynOp
Psykiatri (9 av 10 kvalitetsregister inom registerkategorin har svarat)	
	Bipolär
	Kvalitetsregister ECT (elektrokonvulsiv behandling)
	Kvalitetsregister för uppföljning av psykiatrisk vård, Kvalitetstjärnan
	Nationellt kvalitetsregister för barn- och ungdomspsykiatri, Q-bup
	Nationellt kvalitetsregister för behandlingsuppföljning av säkerställd adhd, BUSA
Ej svarat	Nationellt kvalitetsregister för psykosvård
	Nationellt Rättspsykiatriskt Kvalitetsregister, RättspsyK
	Nationellt kvalitetsregister för ätstörning, RIKSÄT
	Svenskt Beroenderegister
	Svenska Internet behandlingsregistret, SibeR
Rörelseorganen (14 av 14 kvalitetsregister inom registerkategorin har svarat)	
	Amputations- och protesregistret för nedre extremiteten, Swedeamp
	Bättre omhändertagande av patienter med Artros, BOA-registret
	Handkirurgiskt kvalitetsregister, HAKIR
	Nationella Registret över Smärtrehabilitering, NRS
	Riksfot
	Det nationella kvalitetsregistret för patienter med höftfraktur, RIKSHÖFT
	Svensk reumatologisk kvalitetsregister, SRQ
	Svenska Fotledsregistret
	Svenska Frakturregistret
	Svenska Höftprotesregistret
	Svenska Knäprotesregistret
	Svenska Korsbandsregistret
	Svenska Skulder och Armbågs Registret
	Swespine
Tandvård (1 av 1 kvalitetsregister inom registerkategorin har svarat)	

Registerkategori	Kvalitetsregister
	Svenskt kvalitetsregister för Karies och Parodontit, SKaPa
Ögon (4 av 4 kvalitetsregister inom registerkategorin har svarat)	
	Nationella Kataraktregistret
	Svenska Cornearegistret
	Svenska Makularegistret
	Svenskt kvalitetsregister för rehabilitering vid synnedläggelse, SKRS
Övriga områden (11 av 12 kvalitetsregister inom registerkategorin har svarat)	
	Bröstimplantatregister
	Könsdysforiregistret
	Nationellt kvalitetsregister för ÖNH-sjukvård
	Register för Systembehandling av Psoriasis, PsoReg
	Senior alert
	Svenska Hemofiliregistret
	Svenska palliativregistret
	Svenska Sömnapnéregistret, SESAR
	Svenskt Akutvårdsregister, SVAR
	Svenskt Njurregister
	Svenskt Perioperativt Register, SPOR
Ej svarat	Svenskt register för beteendemässiga och psykiska symtom vid demens, BPSD-registret

¹ Mätperiod: 2015-05-12 – 2015-06-24. 86 av totalt 98 register har svarat (svarsrekvens 88 procent).

² Inget utskick av webbenkäten gjordes till de kvalitetsregister som redan ingick i delprojekt 1, om väntetider i cancervården (nationellt kvalitetsregister för bröstcancer, hudmelanom, huvud- och halscancer, magsäckscancer, matstrupscancer, lungcancer, njurcancer, prostatacancer, tjocktarmscancer, urinblåsecancer och ändtarmscancer), samt till övrigt kvalitetsregister som ingick i det standardiserade vårdförloppsuppdraget 2015 som Socialstyrelsen följde (akut myeloisk leukemi).

Bilaga 5. Patientenkät till fyra öppenpsykiatriska mottagningar

Din upplevelse av vården

I samband med ditt besök på mottagningen idag vill vi ställa några frågor till dig om din upplevelse av vården.

Vi som frågar arbetar för Socialstyrelsen med att kartlägga tillgänglighet till vård inom psykiatri. Din medverkan är frivillig.

Din behandlare på mottagningen kommer inte att ta del av dina svar. Svaren är anonyma och kommer enbart att sammanställas på gruppnivå. Dina svar skulle uppskattas mycket och vara till stor hjälp i arbetet med att förbättra tillgängligheten till psykiatrisk vård.

När du har fyllt i svaren kan du antingen lämna enkäten i medföljande kuvert tillbaka till receptionen eller posta.

Med vänliga hälsningar,
Sophia Eberhard, projektledare
Socialstyrelsen
E-post: tillganglighetsuppdraget@socialstyrelsen.se

ENKÄTFRÅGOR:

Födelseår (t.ex. 1967): _____

Kön: Kvinna Man Annan

1) Vad har du sökt vård för på mottagningen (diagnos)?

2) Vid de tillfällen som du har velat nå mottagningen via telefon, har Du upplevt att det har varit svårt att komma fram?

- Ja, alltid
- Ja, ibland
- Nej
- Har inte varit aktuellt

3) Har du upplevt att Du hade velat få träffa en vårdgivare (t.ex. läkare, terapeut/psykolog, kurator) tidigare än vad som erbjöds av vården?

- Ja, flera gånger
- Ja, någon gång
- Nej

4) Har ditt hälsotillstånd klart försämrats av att du behövt vänta längre än Du velat för att få träffa en vårdgivare?

- Ja, flera gånger
- Ja, någon gång
- Nej

5) Hur lätt eller svårt är det för Dig att ta dig till din psykiatriska mottagning?

- Mycket svårt
- Ganska svårt
- Ganska lätt
- Mycket lätt

6) Upplever du att du får träffa alltför många olika vårdgivare i Din kontakt med psykiatrin?

- Ja, flera gånger
- Ja, någon gång
- Nej

7) Är det något som borde bli bättre i den psykiatriska vård Du får idag?

Bilaga 6. Enkät angående Patientens väg genom vården

Enkät angående Patientens väg genom vården och landstingens och regionernas IT-system.

Bakgrund och syfte

Sedan några år har Socialstyrelsen haft ett regeringsuppdrag som syftar till att förbättra uppföljningen av vårdens tillgänglighet. Målsättningen är att uppföljningen ska vara processbaserad, det vill säga följa patientens väg genom vården. Inom ramen för uppdraget har myndigheten under några år genomfört mätningar av väntetider i cancervården. Mätningarna utgår från en modell med fem mätpunkter från remiss till behandlingsstart (se bilaga). Cancervården har varit ett pilotområde och mätningarna har gjorts med stöd av nio kvalitetsregister på området. Med utgångspunkt från resultatet i dessa mätningar har regeringen avsatt särskilda medel för ett införande av standardiserade vårdförlopp inom cancervården och en viktig del i detta arbete är också att kunna följa patientens väg och samla information om individuella vårdprocesser.

Under en följd av år har det även pågått en utveckling av landstingens/regionernas uppföljningssystem för att möjliggöra en processbaserad uppföljning. Bland annat har flera landsting och regioner arbetat med att införa Flödesmodellen för att följa vårdförloppen.

I Socialstyrelsens arbete med den nationella informationsstrukturen har vårdprocessen varit central. I början av detta år publicerade Socialstyrelsen en rapport⁴⁰ om de tekniska och legala förutsättningarna för ett införande av hälsoärende och ett individanpassad vårdprocess-id som den samlande informationsbäraren i en individanpassad vårdprocess.

Parallellt med Socialstyrelsens arbete har SKL/Inera arbetat med framtagande av specifikationer för nationell elektronisk remiss. Denna lösning möjliggör elektronisk överföring av remisser inom och mellan landsting och regioner samt olika IT-system. Nationell elektronisk remiss har stöd både för att kommunicera ett gemensamt remiss-id samt individanpassad vårdprocess-id mellan remittent och remissmottagare.

En avsikt med Socialstyrelsens arbete med uppföljning av vårdens tillgänglighet är att patientregistret (PAR) ska innehålla de data som behövs för att på nationell nivå regelbundet följa upp individbaserade vårdprocesser med den fempunktsmodell som tillämpats inom cancervården, det vill säga från remiss till behandling. Eftersom PAR endast omfattar läkarinsatser inom den specialiserade öppna och slutna vården startar modellen med utfärdande av ett remissbeslut (alternativt egenremiss). Avgränsningen till start av behandling har främst gjorts av praktiska skäl mot bakgrund av situationen då mätningarna av cancervården skulle startas, det vill säga att det för denna patientgrupp är speciellt angeläget att påbörja behandlingen och att uppgifterna med kort varsel skulle hämtas från

⁴⁰ Hälsoärende och process-id, Förutsättningar för en sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation kring individanpassade processer” publikation 2015-2-2 (<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19688/2015-2-2.pdf>), samt Socialstyrelsens Nationella Informationsstruktur 2015:1 och 2015:2.

kvalitetsregister. Det betyder inte att andra delar av vårdprocessen i ett längre perspektiv inte ska ingå i uppföljningen, men i ett första skede har myndigheten beslutat begränsa informationen i PAR till den del av processen som avgränsas av remissbeslut⁴¹ fram till start av behandling.

En nyckelfråga i det fortsatta arbetet är att finna ett sätt att praktiskt kunna binda samman de fem mätpunkterna i modellen i individanpassade vårdprocesser. Denna enkät genomförs för att få en aktuell bild av förutsättningarna för ett införande av en individanpassad vårdprocessuppföljning. Enkäten vänder sig till landstingets/regionens väntetidssamordnare, men den kräver sannolikt inspel från flera håll inom landstinget/regionen. Väntetidssamordnarna förväntas dock vara den samlade funktionen och den som lämnar landstingets/regionens svar.

Då information kan behöva inhämtas från flera håll är enkäten i form av ett Word-dokument. Det gör det förhoppningsvis lättare att skicka frågor vidare utan att tekniska problem uppstår. Ett samlat Word-dokument för landstinget/regionen skickas till (sevim.barbasso-helmers@socialstyrelsen.se) senast den 5 september 2015.

Socialstyrelsen har också för avsikt att genomföra strukturerade intervjuer med IT-leverantörerna på området.

Resultatet av enkäten kommer att redovisas och diskuteras vid något av de möten som nätverket för väntetidssamordnare har under hösten.

Frågor kring enkäten besvaras av: Torbjörn Dahlin (torbjorn.dahlin@gmail.se), tel: 070-895 04 70 eller Sevim Barbasso Helmers (sevim.barbasso-helmers@socialstyrelsen.se).

Med vänlig hälsning
Marianne Hanning
Sakkunnigprojektledare

Enkäten har besvarats av:

Namn: [Klicka här för att ange text.](#)

Kontaktuppgifter för eventuella frågor

[Klicka här för att ange text.](#)

Till varje fråga finns ett fält för kommentarer. Detta kan användas för att beskriva om det finns begränsningar i lokala lösningar, exempelvis inom vissa delar av organisationen eller inom vissa system, samt i övrigt lämna kommentarer eller information om lokala förhållanden.

I en särskild bilaga finns definitioner till de begrepp och termer som det hänvisas till i enkäten. I bilagan finns också den fempunkts modell som Socialstyrelsen använt i mätningar inom cancervården.

⁴¹ Bilaga med beskrivning av mätpunkterna.

Frågor

1. Har landstinget/regionen planerat införa stöd för individanpassad vårdprocess i enlighet med Socialstyrelsens förslag till Nationell informationsstruktur?

- Ja
 Ja, har redan stöd
 Nej

Kommentar:

Klicka här för att ange text.

2. Har ni planerat införa Nationell Elektronisk Remiss enligt specifikation från Inera?

- Ja
 Nej

Om ja, när är detta planerat ske:

Klicka här för att ange text.

3. Sker remittering elektroniskt inom ert landsting/region idag?

- Ja
 Nej

Om ja, inom vilka områden:

Klicka här för att ange text.

4. Den individanpassade processen inleds med att patienten framför en vårdbegäran för egen räkning (se bilaga). Detta kan exempelvis ske i primärvården, på en akutmottagning, eller genom att patienten söker sig direkt till specialistvård. Vad dokumenteras kring patientens vårdbegäran för egen räkning inom era verksamheter?

- Kontaktorsak (ostrukturerad text)
 Kontaktorsakstyp (strukturerat från valbar lista/kodverk)
 Tidpunkt för vårdbegäran

Kommentar:

Klicka här för att ange text.

5. I de fall då patientens hälsoproblem kräver vidare remittering till specialistvård dokumenteras tidpunkt för remissbeslut/tidpunkt då remissen skickas?

- Ja
 Nej

Kommentar:

Klicka här för att ange text.

6. Dokumenteras den tidpunkt då remissen har mottagits ("öppnats") av remissmottagaren? (Detta är den tidpunkt då någon först tar del av remissen, inte då den tekniskt tas emot av remissmottagarens system).

- Ja
 Nej

Kommentar:

Klicka här för att ange text.

7. Dokumenteras den tidpunkt då remissen har blivit bedömd (dvs. accepterad för vidare klinisk hantering).

- Ja
 Nej

Kommentar:

Klicka här för att ange text.

8. Finns det någon form av identitet på remissen som gör att det går att följa remissen från remittent till remissmottagare?

- Ja, både för pappersbaserade och elektroniska remisser
 Ja, för elektroniska remisser
 Ja, för pappersremisser
 Nej

Kommentar:

Klicka här för att ange text.

9. Används tidpunkten för första remissbeslut som start på mätning av väntetider, även om patienten återremitteras till remittenten, och *ny remiss* skrivs till annan remissmottagare?

- Ja
 Nej

Kommentar:

Klicka här för att ange text.

10. Används tidpunkten för första remissbeslut som start på mätning av väntetider, även om patientens remiss *vidareskickas* till annan remissmottagare?

- Ja
 Nej

Kommentar:

Klicka här för att ange text.

11. Finns det idag möjlighet att remittera direkt från primärvård till andra vårdgivare utanför det egna landstinget/regionen?

- Ja
 Nej

Kommentar:

Klicka här för att ange text.

12. Registreras tillräcklig information i de vårdadministrativa systemen för att den individanpassade processen ska kunna hållas ihop från vårdbegäran för egen räkning fram till första besök hos specialistläkare?

- Ja
- Nej
- Delvis

Kommentar:

Klicka här för att ange text.

13. Registreras tillräcklig information i de vårdadministrativa systemen för att den individanpassade processen ska kunna hållas ihop från vårdbegäran för egen räkning fram till att diagnos meddelas?

- Ja
- Nej
- Delvis

Kommentar:

Klicka här för att ange text.

14. Registreras tidpunkten för när diagnos meddelats till patient information i de vårdadministrativa systemen så att denna går att följa upp?

- Ja
- Nej

Kommentar:

Klicka här för att ange text.

15. Registreras tillräcklig information i de vårdadministrativa systemen för att den individanpassade processen ska kunna hållas ihop från vårdbegäran för egen räkning fram till det att behandling startar?

- Ja
- Nej
- Delvis

Kommentar:

Klicka här för att ange text.

16. Finns det ett sammanhållande identitetsbegrepp (motsvarande individanpassad vårdprocess-id) som kan användas för att följa processen från vårdbegäran fram till behandlingsstart?

- Ja, individanpassad vårdprocess-id i enlighet med Socialstyrelsens förslag
- Ja, remissens id kan användas för att följa processen fram till behandlingsstart
- Ja, på annat sätt (beskriv nedan)
- Nej

Kommentar:

Klicka här för att ange text.

17. Görs det inom ert landsting/region någon lokal regelbunden uppföljning av väntetider enligt Socialstyrelsens 5-punktsmodell idag?

- Ja
- Nej

Kommentar:

Klicka här för att ange text.

18. Vilka hinder finns det för ert landsting/region att införa mätningar enligt Socialstyrelsens 5-punktsmodell?

Klicka här för att ange text.

19. Kan man följa upp om patienten avslutar processen innan den nått fram till påbörjad behandling, och i så fall av vilken anledning?

- Ja, med anledning till avslut
 Ja, men ej anledning till avslut
 Nej

Kommentar:

Klicka här för att ange text.

Definitioner från Socialstyrelsens termbank

individanpassad vårdprocess

Definition: vårdprocess som är anpassad för en enskild patient

Anmärkning: En individanpassad vårdprocess kan utgöras av en eller flera standardiserade vårdprocesser i kombination som används för en specifik patient i syfte att förebygga, identifiera, utreda och behandla ett eller flera hälsoproblem eller hälsotillstånd. En individanpassad vårdprocess kan omfatta ett eller flera vårdåtaganden.

remiss

Definition: handling som utgör beställning av tjänst eller begäran om övertagande av vårdansvar för en patient

vårdbegäran

Definition: begäran om erhållande av hälso- och sjukvård

Anmärkning: Vårdbegäran kan göras för egen eller annans räkning. Exempel: tidsbeställning, akut öppenvårdsbesök, remiss.

