

UPPFÖLJNING AV VÄNTETIDER

# Led i helheten

DELRAPPORT NOVEMBER 2012

VAD KAN FÖLJAS OCH MÄTAS?  
ETT DISKUSSIONSUNDERLAG

## Förord

Den nationella vårdgarantin infördes 2005 och är sedan juli 2010 en del av hälso- och sjukvårdslagen. Den har bidragit till att tillgängligheten till hälso- och sjukvården successivt har förbättrats.

Kömiljarden är en årlig statlig satsning sedan 2009 där landstingen premieras för att ytterligare korta väntetiderna. Motsvarande satsning finns inom barn- och ungdomspsykiatri.

Vårdgarantins mål har emellertid inte uppnåtts överallt och för att påskynda detta och stärka tillgänglighetsarbetet behöver fler delar av patientens väg genom vården analyseras, fler ”led i helheten”.

De senaste åren har diskussion förts kring möjligheterna att utveckla mätningarna ytterligare. Dels för att utveckla vårdgarantin för patientens väg genom vårdprocessen och dels för att undvika att delar som inte mäts och/eller premieras får minskat fokus. Områden som har saknats är bland annat tid till undersökningar inom bild- och funktionsmedicin och till återbesök med medicinsk prioritet. Även kring väntetider/ledtider inom akutsjukvården och delar av cancer vården pågår förarbeten i samverkan med Socialstyrelsen inför framtida uppföljningar.

Sveriges Kommuner och Landsting har startat en utvecklingsprocess kring arbetet med den nationella väntetidsdatabasen kallad ”Led i helheten”. Denna rapport är en delrapport och ett diskussionsunderlag som sammanfattar tre projekt som pågår eller är avslutade under 2012.

- A. Ledtider för bild- och funktionsmedicin samt neurofysiologi  
– en nationell uppföljningsmodell
- B. Volymer i flödet – en lokal möjlighetsanalys
- C. Återbesök och uppföljning med hjälp av medicinskt måldatum  
– vad krävs?

Varmt tack till deltagande landsting och engagerade deltagare i projektens arbets- och införandegrupper!  
Stockholm i november 2012

Harald Grönqvist  
Projektsamordnare

*Avdelningen för vård och omsorg*  
Sveriges Kommuner och Landsting

## Innehåll

<b>Sammanfattning .....</b>	<b>6</b>
Återbesök och medicinskt måldatum .....	7
Att följa en större del av vårdkedjan .....	7
<b>Bakgrund .....</b>	<b>8</b>
Led i helheten.....	9
Granskning och debatt .....	10
Norge .....	11
Danmark .....	11
<b>A. Ledtider för bild- och funktionsmedicin samt neurofysiologi ....</b>	<b>12</b>
Nationellt projekt .....	12
Om modellen.....	13
Mätpunkter för uppföljning .....	14
Nationell uppföljning .....	14
Övriga mätpunkter .....	14
Krav på IT-stöd.....	15
Sammanfattning .....	15
<b>B. Volymerna i flödet – en möjlighetsanalys .....</b>	<b>16</b>
Hur ser flödet av patienter ut i ett landsting?.....	16
Förbättrad tillgänglighet .....	16
Landstingets IT-miljö .....	17
Beskrivning av källsystemen och landstingets datalager .....	17
Datalager – en samlad möjlighet att analysera data från olika verksamhetsområden .....	18
Är ett gemensamt IT-stöd för landstinget alltid nödvändigt? .....	19
Volymerna i vårdkedjan.....	19
Primärvården.....	20
Specialiserad vård.....	22
Patientens väg – en journalstudie.....	24
Några patientberättelser .....	25
Reflektioner .....	28
Övriga fynd.....	28
<b>C. Återbesök och uppföljning med hjälp av medicinskt måldatum – vad krävs? .....</b>	<b>30</b>
Erfarenheter från Landstinget Gävleborg.....	31
Ingen undanträngning av återbesök kan visas.....	31
Andel förstabetesök och antal förstabetesök res. återbesök 2009-2011 ...	32
Andel förstabetesök 2009-2011, läkare .....	32

Andel förstabetesök 2009-2011, andra personalkategorier.....	32
Vad behövs? .....	33
En utvecklad mätmetod behövs.....	33
<b>Efterord.....</b>	<b>34</b>
Bilaga 1 .....	35
Projektdeltagare .....	35
A.    Ledtider för bild- och funktionsmedicin.....	35
Styrgrupp.....	35
Projektgrupp.....	35
B.    Volym i flödet – en möjlighetsanalys och .....	35
C.    Återbesök, uppföljning av medicinskt måldatum – vad krävs? ...	35
Bilaga 2.....	36
Den nationella modellen för uppföljning av Ledtider inom Bild- och funktionsmedicin samt Neurofysiologi, samtliga mätpunkter .....	36
Bilaga 3.....	37
Översikt LADA/Cyklop.....	37
Bus Matrix .....	37
Bilaga 4.....	38
Primärvårdsbesök per personalkategori, Landstinget Gävleborg (2011) .....	38
Bilaga 5.....	39
Primärvårdsbesök per personalkategori och besökstyp, Landstinget Gävleborg (2011) .....	39
Bilaga 6.....	40
Remisser, avsändare samt åtgärd hos mottagare i specialiserad vård, Landstinget Gävleborg (2011) .....	40
Bilaga 7 .....	43
Antal vårdkontakter inom öppen specialiserad vård per verksamhetsområde, besökstyp och personalkategori, Landstinget Gävleborg (2011) .....	43
Bilaga 8.....	52
Operationer, Landstinget Gävleborg (2011).....	52
Bilaga 9.....	53
Antal vårdtillfällen inom sluten specialiserad vård, Landstinget Gävleborg (2011) .....	53
Bilaga 10.....	55
Återbesök, specialiserad vård, antal, Landstinget Gävleborg (2011) ..	55
Bilaga 11 .....	56
Återbesök, specialiserad vård, medicinskt måldatum, Landstinget Gävleborg (2011) .....	56



# Sammanfattning

*Kan ledtiderna till undersökningar följas? Vad kan mätas och på vilket sätt?*

Uppföljning av undersökningar har länge efterfrågats som en del av vårdgarantiarbetet. Ett nationellt projekt, *Ledtider för bild- och funktionsmedicin samt neurofysiologi*, startade under hösten 2011 och avslutades i juni 2012 med att presentera en modell för uppföljning. Två pilotstudier för kvalitetssäkring/verifiering har genomförts under april-juni 2012 i Norrbottens läns landsting och i Region Skåne. Modellen är under implementering hösten 2012 med hjälp av ett "införandepaket" med mallar och metoder som har tagits fram av projektet <sup>1</sup>.

I denna rapport ges en sammanfattning av projektet och modellen.

*Är det idag möjligt att följa och redovisa ytterligare ledtider i patientens väg genom vården?*

Landstinget Gävleborg har aktivt deltagit och bidragit med underlag i ett projekt kallat *Volymer i flödet – en lokal möjlighetsanalys*. Det bör påpekas att resultaten och slutsatserna bara gäller för detta landsting och de administrativa systemlösningar som fanns under 2011.

För att förstå omfattningen och komplexiteten i vårdkedjan studerades volymerna i vårdkedjan, dels totalt och dels uppdelade på verksamhetsområden och yrkeskategorier. I rapporten beskrivs dessa samt källsystemens och datalagrets möjligheter och begränsningar. Olikheter i flödet studerades beroende på sjukdomsbild och eventuella möjligheter att följa ledtider med hjälp av journalgranskning av tre individuella patientfall.

Resultaten visade att det var mycket svårt att med befintliga IT-system länka samman alla händelser i en vårdkedja för en unik patient. Det fanns inget unikt ID att knyta samman en kontakt från primärvården, via den specialiserade vården till en behandling/operation. Remisser som registreras i specialistvårdens system gick inte att säkert knyta till den kontakt inom primärvården som föranledde remissen. Med manuella åtgärder och journalgranskning fick projektet en ganska god bild av patientens "vägar och omvägar" mellan olika områden och fick även en bild kring volymerna inom de olika delarna.

---

<sup>1</sup>[www.ledtider.se](http://www.ledtider.se)

Informationen är värdefull för att förstå komplexiteten och utgör ett viktigt underlag för produktionsplanering, men för att följa ledtider krävs ett utvecklingsarbete i dagens IT-baserade administrativa system.

Det utvecklingsarbetet måste baseras på ett starkt patientperspektiv och en helhetssyn för att nå målet att på ett säkert sätt kunna följa patienten oberoende av gränsövergångar mellan system och/eller utförare.

Strategiska delar av helheten i form av såväl ledtider som aktiviteter av betydelse för patientens säkerhet och vårdens kvalitet ska kunna följas. Om inte som en linjär, sammanhängande helhet så i form av möjligheter till ”nedslag”, indikatorer eller varningsklockor för vårdprocessens duglighet.

Dessutom bör arbetet kring nationellt gemensamma regelverk och rutiner, med krav på följsamhet vad gäller definitioner för registrering och redovisning, prioriteras.

## Återbesök och medicinskt måldatum

Avslutningsvis beskriver rapporten några grundläggande förutsättningar för att följa upp avvikelser från medicinskt måldatum för återbesök. En majoritet av landstingen har påbörjat detta arbete. Så även inom Landstinget Gävleborg där projektet inom flera verksamhetsområden fann en hög andel som överskred planerat datum. En granskning av mätmetoden visade dock på stor osäkerhet och att det krävs ett fortsatt analys- och utvecklingsarbete för att resultaten ska kunna värderas.

## Att följa en större del av vårdkedjan

Ett projekt för att ta fram en gemensam modell för att följa återbesök bör därför starta i syfte att påbörja en gemensam nationell uppföljning och redovisning av återbesök med medicinskt måldatum från samtliga landsting/regioner.

Tillsammans med nuvarande uppföljning och ledtiderna till undersökningar inom bild- och funktionsmedicin och neurofysiologi kommer fler väsentliga delar av patientens väg genom vården att täckas. Detta är en förutsättning för att kommande tillgänglighetssatsningar ska kunna ställa krav på en utvecklad vårdgaranti och/eller kunna belöna landstingen för korta väntetider och smidiga vårdprocesser utan oro för negativa effekter.

# Bakgrund

Vårdgarantins införande och de senaste årens stimulansmedel i form av Kömiljarden har inom de flesta landsting, regioner och specialiteter lett till att de under många år alltför långa väntetiderna har kortats väsentligt.

Vårdgarantin innebär att beslutad vård ska ges inom en viss tid och den omfattar fyra delar (0-7-90-90 dagar). De fyra delarna är inte en sammanhängande vårdkedja utan fyra fristående maximala tidsgränser. Vårdgarantin reglerar inte *om* vård ska ges eller *vilken* vård som kan komma i fråga. Garantin reglerar endast inom vilka tidsgränser patienten ska erbjudas vård.

Garantin följs idag upp med hjälp av följande indikatorer:

- Kontakt med primärvården samma dag/tefontillgänglighet
- Läkarbesök inom primärvården inom 7 dagar.  
Mätning sker under två veckor vår och höst.
- Dessutom följs månatligen besök eller påbörjad operation/åtgärd inom den planerade specialiserade vården.
- Andel väntande patienter som väntat kortare än 90 dagar

Resultat redovisas och publiceras med hjälp landstingens gemensamma nationella väntetidsdatabas och webbplats.<sup>2</sup>

En förbättrad tillgänglighet återspeglas även i resultaten från befolkningsundersökningen ”Vårdbarometern”<sup>3</sup> och i enkäterna inom ramen för ”Nationell Patientenkät”<sup>4</sup>. Såväl befolkning som patienter beskriver sig uppleva kortare väntetider till den planerade vården.

Förbättringarna har kommit till stånd bland annat genom en omfattande verksamhetsutveckling kring kapacitets- och produktionsplanering. Ett arbete som handlar om att rutiner och flöden för patientens väg genom vården blir kartlagda och att stimulera till ett väl fungerande arbetsflöde mellan yrkesgrupper, kliniker och sjukhus från beslutet om ett vårdåtagande, via remisshantering till bokningen av och information till patienterna.

Uppföljning och presentation av väntetider/ledtider är ett nödvändigt underlag och incitament för produktionsplanering och verksamhetsutveckling. Den utgör även grunden för att kunna informera patienter och befolkning.

---

<sup>2</sup>[www.vantetider.se](http://www.vantetider.se)

<sup>3</sup>[www.vardbarometern.nu](http://www.vardbarometern.nu)

<sup>4</sup><http://npe.skl.se/>



Sist, men inte minst, så har rutiner för en systematisk kvalitetssäkring av planerings- och väntelistor införts och regelverk för en fungerande rapportering till den gemensamma nationella väntetidsdatabasen.

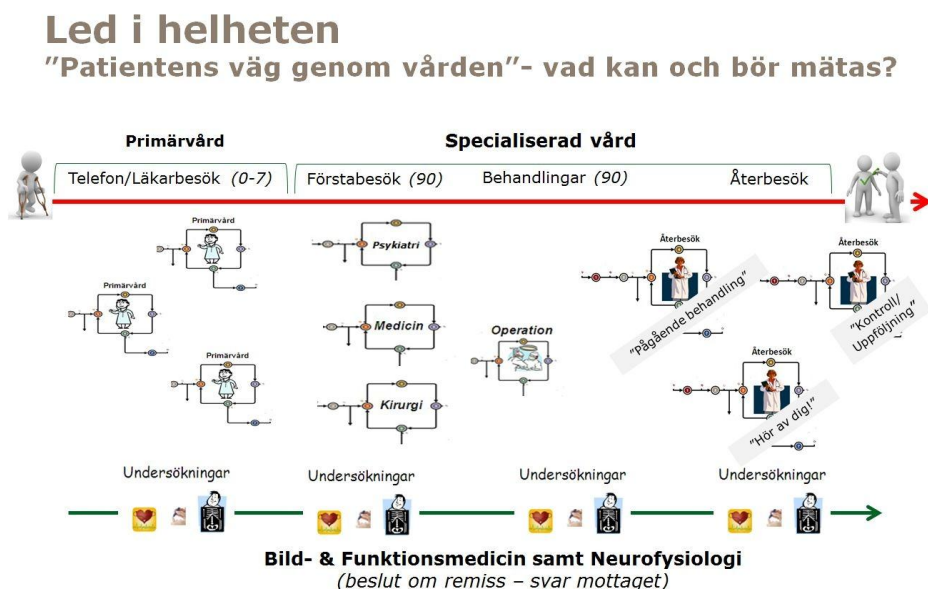
Fortfarande kvarstår behovet av ett uthålligt arbete för att uppnå vårdgarantins mål och en hållbar tillgänglighet överallt. Därför behövs ett fortsatt samarbete kring rutiner och regelverk för registrering, redovisning och presentation av väntetider/ledtider.

## Led i helheten

Flera landsting/regioner prövar idag att följa fler delar av patientens väg genom vården. En väg som inte alltid självklart eller enkelt kan mätas från primärvårdsbesöket till utförd behandling/operation. De fyra delarna i den nuvarande vårdgarantin 0 -7-90-90 dagar kan inte ses som en linjär och sammanhängande helhet. Den omfattar en rad vägar, och ibland omvägar, som först måste identifieras och definieras för att registrering och redovisning ska kunna ske på samma sätt överallt. Kunskap om volymerna i patientflödet kan vara vägledande.

Ibland är det önskvärt att en viss tidsperiod ska passera mellan skilda vårdinsatser och är då att betrakta som en nödvändig del av helheten inför beslut om fortsatta åtgärder. Det kan även vara en rekommenderad väntetid baserad på behandlingsriktlinjer och/eller medicinska måldatum samt sist, men inte minst, patientens egna individuella behov av kontakt och uppföljning.

Figur 1 visar en målbild för SKL:s utvecklingsprocess, Led i helheten, för uppföljning av ledtider/väntetider med hjälp av den nationella väntetidsdatabasen.



**Figur 1**  
**Led i helheten**

Trots att landstingen/regionerna idag har likartad verksamhet, och använder någon form av de förekommande IT-stöden för sin planering, är det idag inte möjligt att göra fullt jämförbara uttag av data även om det finns tillgång till ett datalager. Anledningen är att man inte definierar och registrerar patientadministrativa uppgifter på samma sätt. En lokal term-ansvarig funktion,

som säkerställer att all registrering utgår från lokala och nationella standarder, är en förutsättning. Därtill behövs nationella överenskommelser om regelverk och modeller för att uppföljning och redovisning ska ske på ett nationellt jämförbart sätt.

Detta är ett nödvändigt och långsiktigt utvecklingsarbete om kommande tillgänglighetsåtaganden ska kunna ställa krav på en förstärkt vårdgaranti och/eller belöningar till landstingen för korta väntetider och smidiga vårdprocesser.

## Granskning och debatt

Socialstyrelsens årliga uppföljningar har bedömt att vårdgarantin har varit lyckosam, men att det kan finnas vissa tecken på negativa effekter, som man har kallat ”undanträngningseffekter”.<sup>5</sup> Farhågorna skulle vara att vårdgarantin genom fokus på förstabesöken och operationerna, i vissa fall eller under vissa mätperioder, skulle ha lett till omprioriteringar av patientgrupper med vårdbehov som inte tydligt omfattas av garantin.

Ett exempel kan vara kroniskt sjuka patienter, med behov av regelbundna kontroller, vars återbesök kan riskera att utglesas för att väntetiderna till verksamheternas förstabesök har prioriterats.

Orsaken skulle inte vara vårdgarantin i sig, utan kömiljardens incitamentsstruktur, som man uppfattar kan ge dessa styreffekter. Man påpekar dock i sin uppföljning att det fortfarande saknas säkra data för att bedöma hur vanligt problemet är i den svenska sjukvården i stort.

För att få ökad kunskap och förståelse kring dessa risker uttrycker man att det är angeläget att utarbeta gemensamma metoder och definitioner för att kunna följa ytterligare ledtider och framförallt för att avvikelser kring måldatum för återbesök ska kunna följas.

Läkarförbundet har i diskussionsunderlaget ”Medicin med detsamma?”<sup>6</sup> ett liknande resonemang. Rapporten baserar sig på intervjuundersökningar av 20 läkare i primärvård och specialiserad sjukvård från olika delar av landet och har citerats ett flertal gånger i media. De intervjuade läkarna tycker sig ha upplevt ”undanträngning” framförallt sedan kömiljarden infördes. Man beskriver att det handlar om ”verksamhetsområden där väntetider inte mäts och därmed inte ger utdelning ur kömiljarden”.

Man upplever att ”andra och icke medicinskt utbildade personalgrupper har tagit över en del av läkarnas roll när det gäller att göra prioriteringar mellan olika slag av sjukvård. Nybesök prioriteras före uppföljning. Enkla, snabba och mätbara behandlingar prioriteras före mer komplicerade åtgärder”.

Man föreslår en ”ny vårdgaranti” inom den specialiserade sjukvården, som skulle innebära en författningsreglerad tidsfrist för när medicinsk bedömning senast ska meddelas (bedömningsgaranti) och därefter rätt till en individuell anpassad tidsfrist inom vilken behandling senast ska inledas (behandlingsgaranti). Rapporten föreslår inga förändringar i de delar som avser primärvården. Vidare föreslår man ”att en utredning tillsätts för att se över systemet med vårdgaranti och kömiljard. Bakgrunden är, förutom de slutsatser som redovisats i det föregående, även det faktum att många omvärldsförändringar,

---

<sup>5</sup>Vårdgaranti och kömiljard - uppföljning 2009-2011. [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se)

<sup>6</sup> Medicin med det samma? Förslag till en rättvisare vårdgaranti – ett diskussionsunderlag. Sveriges läkarförbund, Olle Högrell, 2012 (sid. 6)

attitydskiftet och förändringar i sjukvårdens verksamhetsförutsättningar skett sedan vårdgarantin infördes i Sverige.”<sup>7</sup>

## Norge

Norge har ett system för prioritering där patientens rätt till sjukvård fastställs via individuell värdering. Prioriteringen startar hos distriktsläkaren.

Om ”fastlegen”, distriktsläkaren, anser att patienten behöver specialiserad vård kan läkaren skriva en remiss.

Den specialiserade vården ska bedöma alla inkomna remisser inom 30 arbetsdagar från att de mottagits. När det finns anledning att tro att det gäller en allvarlig sjukdom, skall bedömningen göras snabbare, max 14 dagar.

För att säkerställa att de patienter som har störst behov av specialiserad vård prioriteras, bedömer specialisten om patienten ska tillhöra gruppen ”rettighetspatienter”. Detta för att säkerställa att dessa patienter utifrån en medicinsk bedömning ska få vård inom rimlig tid.

Bedömningen görs mot bakgrund av hur svår sjukdomen är, vilka möjligheter som finns till förbättring och en bedömning görs också av kostnaderna för hälso- och sjukvård i förhållande till nyttan för patienten.

Patienter som bedöms tillhöra gruppen ”rettighetspatienter” har rätt till förtur till specialiserad vård. Man fastställer en tidpunkt för dessa patienter när den specialiserade vården måste ha startat med någon form av behandling eller utredning.

För de patienter som **inte** bedöms tillhöra gruppen ”rettighetspatienter” gäller att:

1. Patienten kan få ett erbjudande om specialiserad vård, men behandlingen eller utredningen är inte prioriterad och därför får patienten inte någon bindande tidpunkt inom vilken behandling eller utredning ska startas.
2. Patienten får inte ett erbjudande om specialiserad vård, men har då rätt till omprövning.

## Danmark

Den danska garantin är utformad som en behandlingsgaranti med maximal väntetid.

Efter remiss från allmänläkare får det gå maximalt en månad, för psykiatri två månader, till behandling startar med tillägg för två veckor för varje diagnostisk undersökning. Till exempel kan en väntetid förlängas med sammanlagt fyra veckor om ett antal blodprover och en röntgenundersökning ska utföras.

Den danska behandlingsgarantin är kombinerad med en utvidgad rätt till fritt sjukhusval. Det innebär att patienter har rätt att gå till ett annat sjukhus om tidsgränserna inte kan hållas.

---

<sup>7</sup> Medicin med det samma? Förslag till en rättvisare vårdgaranti – ett diskussionsunderlag. Sveriges läkarförbund, Olle Högrell, 2012 (sid. 11)

# A. Ledtider för bild- och funktionsmedicin samt neurofysiologi

Bild- och funktionsmedicin samt neurofysiologi utgör väsentliga stödprocesser för en effektiv sjukvård och ger underlag inför beslut om diagnos och/eller behandling. En enstaka undersökning kan vara den faktor som bidrar med information så att rätt behandling ges i rimlig tid och förhindrar ett fortsatt lidande för patienten. Det är därför nödvändigt att följa ledtider ur såväl ett lednings- och planeringsperspektiv som ur det enskilda patientperspektivet.

Landsting och regioner har valt olika sätt att organisera den diagnostiska verksamheten. I den offentligt finansierade verksamheten förekommer såväl offentlig som privat regi.

Trots att landstingen/regionerna har likartad verksamhet och att all verksamhet använder någon form av IT-stöd för sin planering är det idag inte möjligt att göra jämförande uttag av data som innehåller ledtider. Anledningen är att man inte definierar och registrerar uppgifterna på samma sätt i hela landet.

Mot bakgrund av ovanstående träffade Sveriges Kommuner och Landsting och regeringen en överenskommelse under 2011 om att starta projektet ”Ledtider för bild- och funktionsmedicin samt neurofysiologi”. Projektet startade i november 2011.

I kömiljardsöverenskommelsen 2012 fastställs att landstingen redovisa ledtider i enlighet med modellen för december månad.

## Nationellt projekt

Projektet syftade till att ta fram en nationell modell för att mäta ledtiderna så att alla mäter lika, liksom att skapa förutsättningar för rapportering till den nationella väntetidsdatabasen. I uppdraget ingick också att tillhandahålla en specifikation gentemot landsting/region för datauttag och leverans av uppgifter i enlighet med modellen, samt att utveckla den nationella väntetidsdatabasen för att ta emot och analysera uppgifterna. Modellen skulle stödja befintliga IT-system.

Uppdraget skulle leda till att det vid projektets slut fanns en kvalitetssäkrad nationell modell för uppföljning av ledtider för bild- och funktionsmedicin samt neurofysiologi. Som en del av genomförandet har en teoretisk kvalitetssäkring

gjorts av representanter från verksamheten och verifierats med leverantörer av RIS (Radiology Information System).

Två pilotstudier genomfördes därefter under april-juni 2012 i Norrbottens läns landsting och Region Skåne. Modellen implementeras med start under hösten 2012. Till hjälp finns ett rekommenderat "införandepaket" med mallar och metoder. En informationssida för införandeprocessen har startats.<sup>8</sup>

## Om modellen

Modellen omfattar de undersökningar där bild- och funktionsmedicin samt neurofysiologi ansvarar för genomförandet av hela undersökningen. Endast avslutade undersökningar följs upp och den gäller även för patienter som undersöks på avdelning. Med avslutad menas att undersökning är genomförd och ett svar har signerats. Modellen ska ge stöd för att följa upp samtliga undersökningar inom bild- och funktionsmedicin samt neurofysiologi. Akuta undersökningar, granskning- och demonstrationsundersökningar omfattas inte.

I första steget ingår följande undersökningar:

- Långtids EKG
- Myokardscintigrafi
- EEG
- Ultraljud hjärta
- Datortomografi thorax
- Datortomografi buk
- Magnetresonanstomografi ländrygg
- Magnetresonanstomografi hjärna

Dessa undersökningar har valts för att de representerar ett brett spektra av de undersökningar som görs. Målsättningen är att fler undersökningar, i förlängningen alla, ska omfattas.

Följande faser kring hanteringen av en vårdbegäran har identifierats:

- Initiera frågeställning
- Planera
- Genomföra
- Avsluta
- Avsluta frågeställning

---

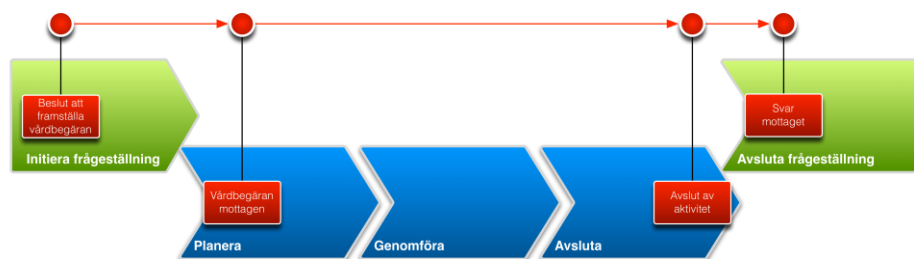
<sup>8</sup>[www.ledtider.se](http://www.ledtider.se)

## Mätpunkter för uppföljning

### Nationell uppföljning

Ett antal mätpunkter har definierats och av dessa har fyra mätpunkter fastställts för nationell uppföljning.

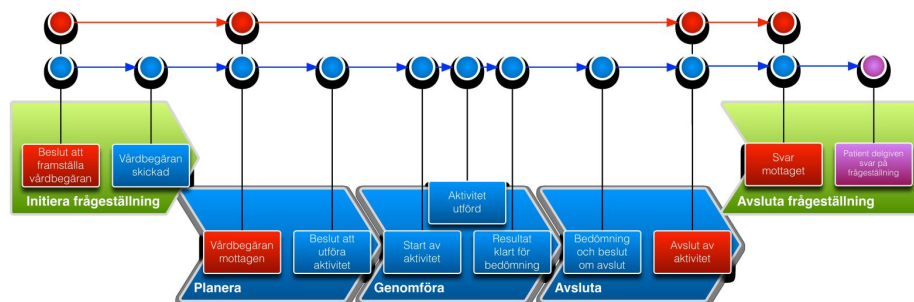
1. Beslut att framställa vårdbegäran (*nationell uppföljning*)
2. Vårdbegäran mottagen (*nationell uppföljning*)
3. Avslut av aktivitet (*nationell uppföljning*)
4. Svar mottaget (*nationell uppföljning*)



Figur 2  
Nationella mätpunkter

### Övriga mätpunkter

Övriga mätpunkter är förberedda i väntetidsdatabasen och kan användas av landstingen för lokal och regional uppföljning med möjlighet till benchmarking.



Figur 3  
Samtliga mätpunkter (för större bild se bilaga 2)

- Beslut att framställa vårdbegäran (*nationell uppföljning*)
- Vårdbegäran skickad
- Vårdbegäran mottagen (*nationell uppföljning*)
- Beslut att utföra aktivitet
- Start av aktivitet
- Aktivitet utförd
- Resultat klart för bedömning
- Bedömning och beslut om avslut
- Avslut av aktivitet (*nationell uppföljning*)
- Svar mottaget (*nationell uppföljning*)
- Patient delgiven svar på frågeställning

## Krav på IT-stöd

Inom landsting/regioner krävs ett stöd för uttag av mätpunkterna, ett remittent-system och ett utförarsystem samt stöd för att skicka uttag till väntetidsdatabasens webbtjänst. För att möjliggöra detta tillhandahåller Sveriges Kommuner och Landsting en ny webbtjänst för att ta emot och skicka data. Det har även tagits fram ett nytt manuellt gränssnitt för rapportering av nationella mätpunkter för de verksamheter inom ett landsting som inte kan göra uttag. För att underlätta implementeringen har ett forum skapats som ger landstingens/regionernas tekniska kontaktpersoner tillgång till specifikationer och möjlighet att diskutera och återkoppla med förbättringsförslag.

## Sammanfattning

Den nationella modellen för bild- och funktionsmedicin och neurofysiologi är framtagen, kvalitetssäkrad, förankrad och är under implementering.

Den kommer att ha stor betydelse genom att ledtiderna från beslut om remiss till mottaget svar på undersökningen för en rad stora undersökningsområden kommer att följas. Ett stödpaket finns framtaget för landstingens lokala systemutvecklingsarbete och implementeringsprocessen.

Målet är att samtliga landsting ska använda modellen och successivt leverera resultat till den nationella väntetidsdatabasen under 2013.

## B. Volymer i flödet – en möjlighetsanalys

### Hur ser flödet av patienter ut i ett landsting?

Landstinget Gävleborg är ett mellanstort landsting som de senaste åren har förbättrat sina system bl.a. för väntetidsuppföljningen och har skapat ett datalager. Landstinget har även haft stor framgång i sitt tillgänglighetsarbete med hjälp av en systematisk satsning på produktions- och kapacitetsplanering. Gävleborg fick beskriva sina förutsättningar, sina källsystem och patientflöden samt vilka utmaningar och utvecklingsbehov som finns för att i framtiden kunna följa fler delar av vårdkedjornas ledtider. Olika delar i flödet beroende på sjukdomsbild belystes också genom att en journalstudie kring tre patienter gjordes.

Hälsa- och sjukvården i Gävleborg är organiserad i fyra divisioner; operation, medicin/psykiatri, primärvård och diagnostik. Lednings- och verksamhetsstöd är en utvecklings- och administrativ resurs som divisionerna har.

Slutenvården bedrivs vid tre sjukhus; Gävle, Hudiksvall och Bollnäs. Gävle och Hudiksvall är de sjukhus som utför både planerade besök och behandlingar samt akuta behandlingar. Vården vid Bollnäs drivs av det privata vårdföretaget Aleris.

### Förbättrad tillgänglighet

Landstinget hade fram till 2008 problem med att upprätthålla en god tillgänglighet till vården. I början av 2009 tillsattes därför ett tillgänglighetsprojekt benämnt K 50.<sup>9</sup>

Syftet med projektet var att se till att alla patienter fick vård inom vårdgarantins tidsgränser. När Kömiljarden inrättades blev syftet också att ta del av Kömiljarden. K 50-projektet har ett brett angreppssätt och arbetar med medicinska indikatorer, remisshantering, registreringar, processutveckling, uppföljning mm. Arbetet med processutveckling övergick så småningom till att ha inriktning mot produktionsplanering. Idag omfattar produktionsplaneringen större delen av all verksamhet inom hälso- och sjukvården. Arbetet har lett

<sup>9</sup> K50, mål för att korta köerna med 50 procent under två år

### Kort om Landstinget Gävleborg

I Gävleborg bor 276 000 invånare, länet är 18191 km<sup>2</sup> stort till ytan och 20 mil långt.

Länet har under många år präglats av stora basindustrier inom skogs- och järnbruk samt jordbruk. Nya verksamheter växer successivt fram, bland annat inom besöksnäringen.

Befolkningen i länet har jämförelsevis låg utbildningsnivå, hög sjuklighet och låg medellivslängd.

Sjukhuset i Bollnäs (Aleris) ger endast viss akutsjukvård och vissa planerade operationer.

En del planerade operationer utförs även på sjukhuset i Sandviken.

Primärvård bedrivs vid 42 hälsocentraler varav 13 drivs av privata ägare.



till att tillgängligheten numera är mycket god till de flesta delarna av vården.

Sedan början av 2012 kan patienter själv söka specialiserad vård genom egen vårdbegäran och återremisser (återbesök) följs veckovis av alla vårdenheter. Väntetiderna stäms av mot det medicinska måldatumet. Antalet dagar det faktiska datumet för återbesöket överskrider i relation till det medicinska måldatumet följs. Även andelen återbesök med överskridet måldatum av det totala antalet genomförda återbesök följs.

### Landstingets IT-miljö

Landstinget Gävleborg har inget enhetligt system för vårddokumentationen. Olika journal- respektive patientadministrativa system används inom primär- respektive specialistvård. Elektroniska remisser används i begränsad omfattning. Inom de flesta enheterna sker denna hantering fortfarande manuellt. För att lösa akuta behov av att vissa system behöver kommunicera med varandra, och att data behöver överföras mellan IT-systemen, har olika integrationer utvecklats. En stor mängd data läses dock in från olika IT-system inom vården till ett för landstinget gemensamt datalager, LADA.

### Beskrivning av källsystemen och landstingets datalager

En vårdkedja kräver information från skilda IT-stöd, källsystem. För att följa hela vårdkedjan för en patient, från början till slut, måste data från många skilda källsystem inom Landstinget Gävleborg analyseras. Därför har landstinget ett datalager, LADA, för att kunna se informationen samlad och integrerad. Besök i primärvården lagras i ett system, besök i den specialiserade sjukhusvården lagras i ett annat, journalanteckningar i ett tredje osv. Denna information importerar sedan till LADA för att lagras.

De IT-system som varit aktuella källsystem i projektet är:

- **Elvis** (patientadministrativt system inom den specialiserade primärvården).
- **Journal III** (journalssystem inom primärvården, som är under avveckling)
- **PMO** (journalssystem inom primärvården (som håller på att införas))
- **Provisio** (operationsplaneringssystem)
- **SVEA** (remisser extern specialistvård)
- **PAS-IVA** (intensivvårdens system för patientadministration och vårdtyngdsmätning).

LADA, landstingets datalager, och Cyklop<sup>10</sup> är två viktiga verktyg.

<sup>10</sup> Cyklop är ett beslutsstöd som bygger på en lösning, The Diver Solution, framtagen av företaget Dimensional Insight. Svensk leverantör är Infootol i Sverige AB.

### Detta händer varje dag

#### Slutenvård

596 patienter är inlagda på de 637 vårdplatserna

122 patienter läggs in varje dygn på sjukhus

70 av dessa läggs in akut

4,9 dygn är den genomsnittliga vårdtiden

100 patienter återvänder till eget boende

Drygt 7 av dem går till ett kommunalt särskilt boende

3 patienter avlider varje dygn på sjukhusen

8 barn föds varje dygn

#### Öppen vård

85 akuta ambulanstransporter görs varje dag

471 mil/dag åker ambulanserna

177 patienter möter en läkare på en av akutmottagningarna

318 patienter träffar varje vardag en specialistläkare för ett förstagångsbesök

37 dagar har patienten då väntat i genomsnitt på sitt besök

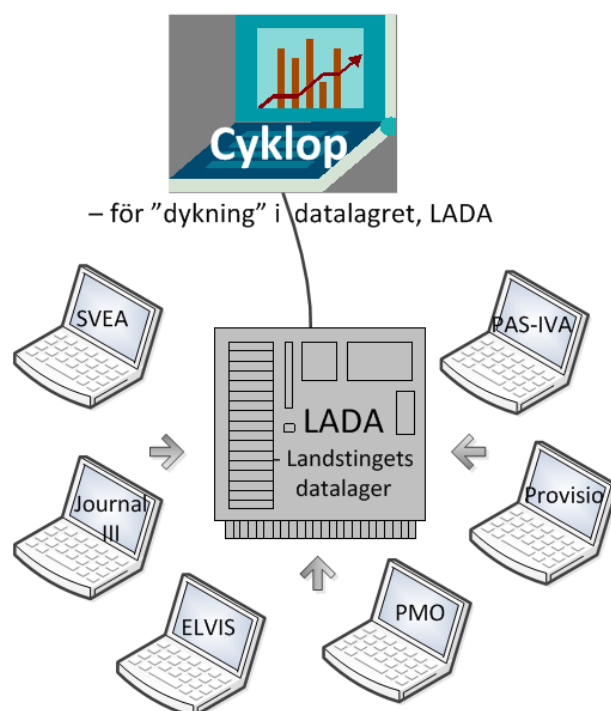
588 patienter träffar en specialist för återbesök

#### Operationer

Varje dygn görs i genomsnitt 14 oplanerade operationer

Varje vardag görs 87 planerade operationer

Väntetiden till en planerad operation är i genomsnitt 40 dagar



Figur 4  
Aktuella källsystem

Vårdkontakter och annan information från källsystem importeras till LADA för en mängd olika uppföljningsbehov. Dessa kan t.ex. vara:

- Antal vårdkontakter inom primärvård.
- Antal vårdkontakter inom den specialiserade sjukhusvården.
- Antal operationer.
- Antal remisser.
- Antal akuthändelser.
- Antal remisser extern specialiserad vård.
- Väntetidsuppföljning
- Antal intensivvårdsinläggningar
- etc.

Vid importen av information, ”rådata” från källsystem till LADA, ”förädlas” dessa data för att bättre svara mot verksamhetens uppföljningsbehov. Strukturen är helt inriktad på hur verksamheten vill få sina data presenterade och därmed ge möjligheter till en djupare analys.

”Förädlingen” går till så att orimliga värden rensas bort, data integreras och likriktas, omvandlas samt lagras i en speciell dimensionsmodellerad struktur enligt Kimball Group metodik för datalagerutveckling.

För närmare beskrivning av datalagret se bilaga 3; *Översikt LADA/Cyklop*.

### **Datalager – en samlad möjlighet att analysera data från olika verksamhetsområden**

En av de stora fördelarna med att lagra data i ett datalager är möjligheten att kunna analysera data från olika uppföljningsområden och verksamheter.

Ekonomidata kan knytas till vårdproduktion, personaldata till ekonomi, vårdproduktion till personal och så vidare.

För att kunna göra dessa ”korsanalyser” krävs att det finns termer, begrepp eller fält där man kan knyta samman de olika uppföljningsområdena. Man måste med säkerhet veta vilka händelser som hör samman.

## Är ett gemensamt IT-stöd för landstinget alltid nödvändigt?

Ett gemensamt IT-system för alla verksamheter i landstinget är inte nödvändigt. En standardiserad ”identifikation” kan på ett säkert sätt knyta samman informationen i ett datalager, om det som identifierar, patient, datum, kontakter, remisser etc. är standardiserat och lika i alla IT-stöd.

Personnummer eller annan patientidentitet, koder eller namn på enheter, organisationsträd är exempel på data som måste lagras på samma sätt i alla system. Det ska finnas ett ID, en märkning, som skapas vid första kontakten och som sedan följer alla händelser i vårdkedjan och i övergångarna mellan IT-systemen. Det innebär att alla kontakter som hör samman för en patient i primärvården märks med ett gemensamt ID och att det ”ID:et” följer med remissen till händelse i kedjan etc.

Bristen på denna ”gemensamma identifikation” i källsystemen är en av de största stöttestenarna landstinget har haft för att lyckas inom beslutstödsprojektet. Källsystemen har fram till dags dato bildat isolerade ”öar”, där varje system ofta haft sin egen organisationsstruktur med egna ID:n för varje vårdkontakt och egna termer för besöks-/kontakttyper för att nämna ett par exempel. Det har med andra ord inte funnits något unikt ID för att kunna koppla samman t.ex. ett besök inom primärvården med ett dito inom specialistvården, ett specialistvårdsbesök med en operation och så vidare.

## Volymerna i vårdkedjan

Kan en analys av vårdflödet ge ytterligare kunskap om viktiga led att följa?

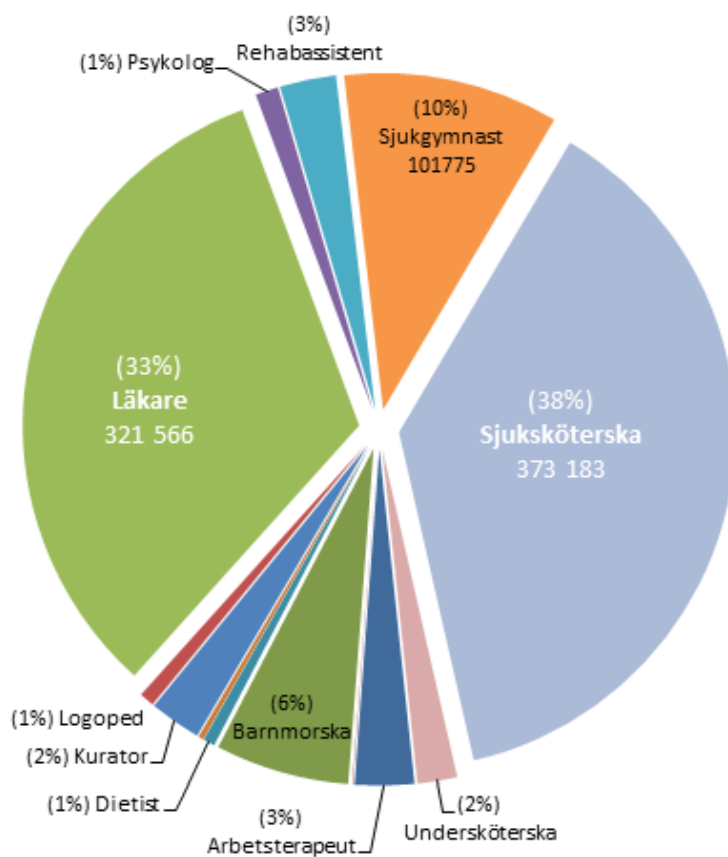
För att fånga komplexiteten i flödena inom vårdkedjan beslöt projektet att titta på volymerna. Det gjordes med hjälp av ovan nämnda Cyklop, landstingets beslutsstöd, som hämtar samtliga data ur landstingets datalager LADA.

Exempel på frågor när vårdvolymerna skulle tas fram var exempelvis: Hur många primärvårdsbesök genomförs under ett år? Hur många specialistvårdsbesök? Varifrån kommer remisserna? Hur många besök/individ görs i genomsnitt inom specialistvården?

Här följer några exempel från genomgången. Se även tabeller i bilagorna 4-9.

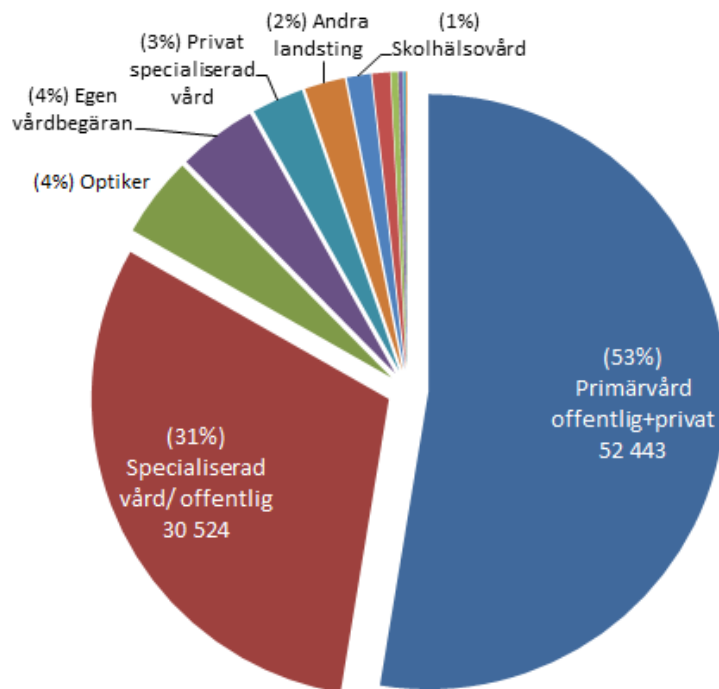
### Primärvården

Inom primärvården fördelar sig besöken på många olika personalkategorier. Vårdkontaktarna är fler till sjuksköterska än till läkare.



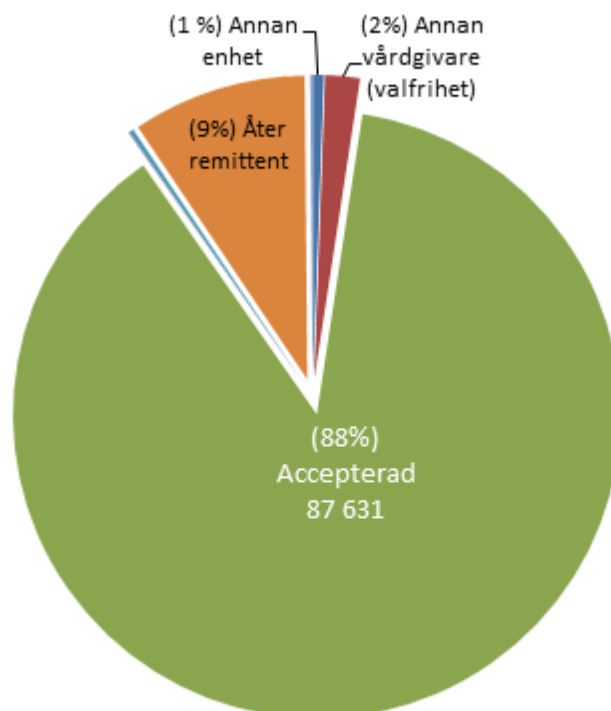
Figur 5  
Personalkategorier primärvård 2011

Drygt hälften av alla inkomna remisser till specialistvården kommer från primärvården.



Figur 6  
Avsändare remisser 2011

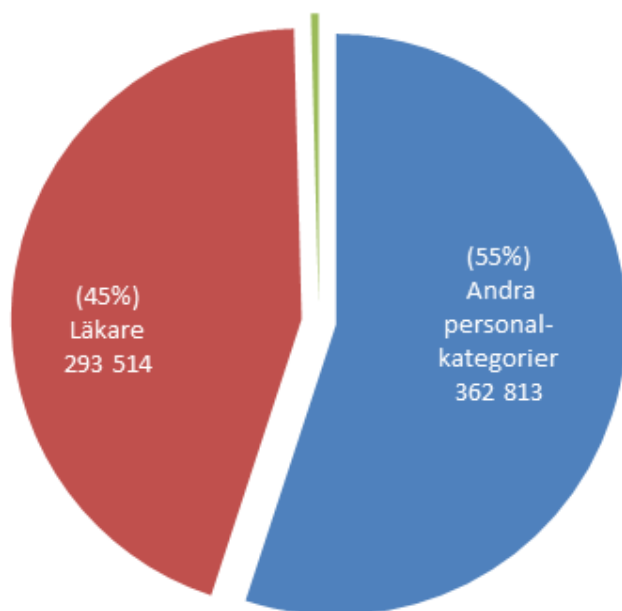
Remisser som är ofullständiga eller på annat sätt felaktiga återsänds till remittenten. Dessa utgör cirka 9 procent. Med framtidens elektroniska remisshantering kommer troligen fler remisser att vara fullständigt ifyllda. Tilläggas bör att alla kliniker utom kvinnokliniken hade remisstvång t.o.m. 2011.



Figur 7  
Vad händer med remissen 2011

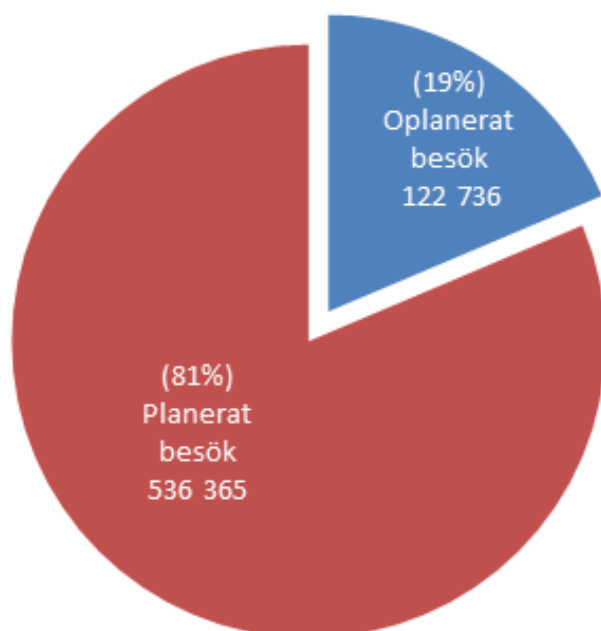
### Specialiserad vård

Inom öppenvården registreras alla besök som antingen förstabetesök eller återbesök. Av förstabetesöken går de flesta till läkare, medan återbesöken har större spridning på olika yrkeskategorier. Inom vissa verksamhetsområden är läkarbesöken i minoritet. Det skiljer också mycket mellan verksamheter vad gäller antal återbesök per individ.

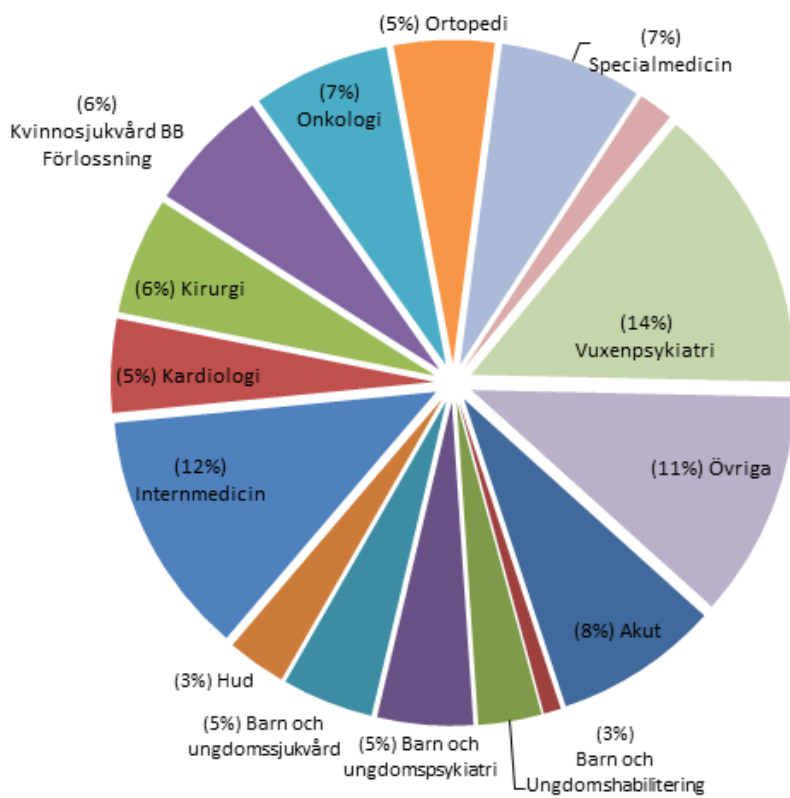


Figur 8  
Specialiserad vård – Öppenvård/mottagningsverksamhet Personalkategori 2011

En stor andel av besöken registreras som ”oplanerade”. Besök som registreras som oplanerade är initierade mindre än 24 timmar innan besöket och har alltså inte föregåtts av skickad remiss, men är inte heller akuta.



Figur 9  
Specialistvård – Öppenvård/mottagningsverksamhet Planerat/oplanerat 2011



**Figur 10**  
**Specialiserad vård – Öppenvård/mottagningsverksamhet Vårdkontakter per verksamhetsområde 2011**

## Patientens väg – en journalstudie

Går det att genom att följa några individuella patienters vårdkedja med hjälp av patientjournalen finna information som kan användas för uppföljning av ledtider?

Projektgruppen valde tre diagnoser, höftartros, depression, och livmoderhals-cancer. Grundurvalet av patienter utgick ifrån patienters kontakter inom den specialiserade öppenvården år 2011.

Ur dessa vårdkontakter gjordes sedan försök att identifiera representativa patienter som haft någon kontakt inom primärvård, specialiserad öppen- respektive slutenvård samt gärna någon operation. De uppföljningsområden och vårdkontakter som sedan analyserades för varje utvald patient var:

- Primärvård
- Remisser (inom landstinget)
- Specialiserad öppenvård
- Specialiserad slutenvård
- Operationer
- Akutmottagningen
- Intensivvård
- Remisser – köpt specialistvård utanför länet

Ett antal urvalsfrågor mot LADA (Landstingets datalager) ställdes för att få fram samtliga vårdkontakter inom respektive uppföljningsområde.



## Några patientberättelser

### Ulla, 82 år

Ulla besöker primärvården första gången hösten 2010 med smärtor från höften och med begränsad rörlighet. Besöket leder till remiss till röntgen en månad senare som visar på diagnosen höftartros. Våren 2011 finns en anteckning om att journalkopior ska skickas till en privat hälsocentral. Därmed finns inga fortsatta möjligheter att följa hennes primärvårdskontakter. Besök hos ortopedspecialist på sjukhuset sker under våren 2011 och Ulla opereras i maj 2011. Därefter sker uppföljning med rehabilitering hos sjukgymnast m.fl.

Från det dryga år som detta förlopp följdes fanns registreringar och/eller anteckningar från 22 kontakter med läkare, 7 besök/samtal med sjuksköterska, 4 besök hos sjukgymnast och 11 besök hos rehabiliteringsassistent. Ulla opererades 2 gånger, var inskriven 5 gånger på vårdavdelning vid sjukhuset och gjorde 2 besök på sjukhusets akutmottagning. Det fanns ett tiotal anteckningar om administrativa aktiviteter såsom remisser, röntgenutlåtande, recept, intyg m.m.



## Per, 55 år

Per har en sjukdomshistoria som sträcker sig några år tillbaka då han fick sin depressionsdiagnos. Under en tvåårsperiod kunde ca 120 vårdkontakter utläsas varav en stor del var täta telefonkontakter. Även i detta fall hade patienten bytt till privat hälsocentral, men det framgår inte i journalen när detta hade skett vilket försvårade möjligheterna att få en sammanhängande bild. Per mötte läkare vid 6 tillfällen under det år som följdes. Ett besök var akut efter en kraftig försämring av hans tillstånd. 20 telefonsamtal med kontaktsjuksköterska är dokumenterade och ett 20-tal psykoterapeutiska behandlingstillfällen. Några återbud till planerade besök var noterade och ett stort antal anteckningar kring aktiviteter utan patientens närvaro såsom intyg, recept, konsultationer mellan olika yrkesgrupper och behandlingskonferenser inom patientens team.



## Kristina, 45 år

Kristina fick sina första sjukdomssymptom flera år innan den vårdkedja som projektet följde påbörjades. Hennes grunddiagnos var livmoderhalscancer. Såväl besök och behandling genomfördes på hemsjukhuset och på två regionsjukhus. Detta skapade en omfattande och komplicerad kommunikationsprocess med remisser, telefonsamtal, brev och provsvar mellan remitterande läkare, läkarsekreterare, sjuksköterskor på hemsjukhuset och motsvarande på regionsjukhusen. Patienten hade dessutom en rad kontakter med primärvårdens arbetsterapeuter, rehabiliteringsassistenter och en psykolog. Hon var inlagd vid flera olika specialistkliniker p.g.a. komplikationer, varav tre tillfällen som var akuta, och ett tiotal dagsjukvårdsaktiviteter för cytostatika eller strålbehandling genomfördes.

Ett 50-tal administrativa aktiviteter med sjukskrivning, intyg till försäkringskassa, hjälpmedelsutprovning, recept mm var dokumenterade.



## Reflektioner

Det kan konstateras att det var mycket vanskligt att försöka länka samman en vårdkedja för dessa patienter. Remisser som registrerats i specialistvårdens system gick inte att knyta till den kontakt inom primärvården som föranledde remissen. Det finns inget unikt ID att knyta samman en kontakt från primärvården, via den specialiserade vården till en behandling/operation. Samma sak gäller för remisserna för köpt specialiserad vård. Inga ID:n knyter ihop vårdkontakt och remiss i systemen.

Att med hjälp av dagens IT-baserat stöd ställa krav på uppföljning av ledtider för patientens hela vårdkedja i syfte att göra nationella jämförelser mellan alla landsting är i dagsläget inte möjligt.

Den koppling som kan göras är på personnummer, datum för besöken och eventuellt diagnos, men även denna sammankoppling är högst osäker. Otydligheter och olikheter vid registreringen skapar inte förutsättningar för rättvisa jämförelser.

Med manuella åtgärder kan man göra lokala uppföljningar och få en ganska god bild av patientens ”vägar och omvägar” mellan olika källsystem. Det saknas emellertid en gemensam organisationsstruktur mellan källsystemen, vilket skulle kunna skapa bättre förutsättningar och mindre manuellt arbete.

Ofta används även olika diagnosstandarder inom primär- respektive specialistvård. Det försvårar möjligheten ytterligare att knyta samman besöken för att se vilket besök/vilken vårdkontakt som genererat remiss. Att diagnosbilden förändras ju längre man kommer i analysen av sjukdomsbilden är en annan faktor som försvårar uppföljningen.

Det finns helt enkelt fortfarande för många osäkerhetsfaktorer vad gäller olika vårdkontaktsdatum och diagnoser för att följa en vårdkedja med dagens IT-logik. Personnumret är det enda unika ID som kan användas.

## Övriga fynd

Majoriteten av primärvårdsbesöken var besök hos sjuksköterskor eller annan personalkategori än läkare. Vårdgarantin för primärvårdsbesök gäller idag endast för telefontillgänglighet och för allmänläkarbesök.<sup>11</sup>

Vi fann även registreringsproblem grundade på oklara definitioner för så kallade ”förstebesök” och ”återbesök”, ett problem som är väl känt och mycket diskuterat även hos andra landsting.

Drygt hälften av alla remisser till den planerade specialiserade vården kom från primärvården. Övriga remittenter var t.ex. skol- och företagshälsovård, kriminalvård och försäkringsbolag, vilket ställer ökade krav på tydliga rutiner för tidpunkten för registrering av beslut om remiss för att kunna följa väntetiden till besöket. Över hälften av remisserna gick till annan yrkeskategori än läkare och omkring tio procent av remisserna var ofullständiga eller på annat sätt felaktiga och går tillbaka till remittenten. Ett problem som troligen kommer att minska med en utökad användning av elektroniska remisser.

Andra fynd var att en stor del av den ”planerade” vården faktiskt var ”oplane-rad” eller planerad med kort varsel (inom 24 timmar) och att av de ca 122 patienterna som läggs in varje dygn så var 70 akuta inläggningar. Av samtliga vård dagar i slutet vård så var 84 procent oplanerade.

---

<sup>11</sup>[www.vantetider.se](http://www.vantetider.se)

Genom journalstudierna följdes vårdkedjan med en tidslinje och dessutom särskiljdes patientens flöde genom vården från det administrativa flödet. Dessa flöden är både beroende av varandra och hänger intimt samman.

I ett av patientfallen skedde ett stort antal kontakter/ konsultationer med läkar-kollegor från andra vårdnivåer och även besök och behandlingar i andra lands-ting. Vid dessa kontakter sker ett arbete indirekt för patienten, utan direkt kontakt med patienten. Beslut som då fattas utan patientens närvaro kan vara direkt avgörande för patientens fortsatta ledtider till behandling, men kunde inte alltid följas i patientens grundjournal på hemkliniken.

Privata hälsocentralers journaler finns inte i landstingets datalager varför inte hela flödet gick att följa för två av patienterna, som bytte till privat hälsocentral under perioden.

Det har varit nödvändigt att läsa igenom all text för att få en flödesbild och ett samband eftersom journaltexten inte är fullt sökbar. Sökorden kan vara olika inom specialistvården och primärvården. Även mellan olika verksamheter inom specialistvården kan det skilja eftersom det ofta har saknats samsyn vid datajournalernas införande.

Behandlingar som har utförts av arbetsterapeuter och sjukgymnaster m.fl. yrkesgrupper måste ofta sökas i yrkesspecifika journaler som finns i andra data-baser.

Ett annat fynd var att datauttagen från det patientadministrativa systemet och journalanteckningarna inte alltid stämde överens. Det kunde finnas fler journal-anteckningar än träffar i det administrativa systemet eller tvärtom. Besöksorsak kunde finnas med i journalen, men inte i datalistan eller så tog datalistorna upp telefonkontakter, receptförnyelse etc. som inte fanns i journalen.

Slutsatsen från denna studie är således att journalen och det patientadministrativa systemet, var för sig, idag inte är tillräckligt tillförlitliga verktyg för att följa och mäta ledtider i patientens vårdprocess. Ett stort behov finns av en utvecklad integration mellan systemen, samt att allt dokumenteras.

## C. Återbesök och uppföljning med hjälp av medicinskt måldatum – vad krävs?

Kapitlet beskriver några förutsättningar för att följa och mäta avvikelser för återbesök med medicinskt måldatum.

Vad är då ett återbesök och ett medicinskt måldatum? Följande definition finns i Socialstyrelsens termbank:<sup>12</sup>

Återbesök är ett öppenvårdsbesök som har medicinskt samband med tidigare besök eller vårdtillfälle inom samma medicinska verksamhetsområde (klinik/basenhets/ motsvarande), vårdcentral eller motsvarande.

Ett medicinskt måldatum är en tidpunkt i en vårdprocess då beslutade hälso- och sjukvårdsåtgärder bör inledas (kan även omfatta ett klockslag).

I debatten kring återbesök och ”undanträngning” har det diskuterats om det fokus på förstabetesöken och operationerna som vårdgarantin och kömiljarden har, i vissa fall eller under vissa mätperioder, kan ha föranlett omprioriteringar av patientgrupper. Ett exempel som ofta beskrivs är patienter med kronisk sjukdom och/eller behov av regelbundna kontroller vars återbesök skulle riskeras för att klinikens förstabetesök prioriteras. Orsaken skulle inte vara vårdgarantin i sig utan kömiljardens incitamentsstruktur, som skulle ge dessa styreffekter.

Dock saknas det fortfarande säkra data för att bedöma hur vanligt problemet är i den svenska sjukvården i stort, men allvaret i dessa påståenden kräver en fortsatt analys och uppföljning av data.

Under 2011 anordnades arbetsmöten och nationella workshops på detta tema med landstingens nätverk för tillgänglighet och väntetidsuppföljning. Tänkbara möjligheter till uppföljning diskuterades och lokala pilotförsök presenterades.

En enkät till landstingen i augusti 2012 visade att femton landsting har påbörjat någon form av analys och/eller uppföljning. Det mått som var vanligt förekom-

---

<sup>12</sup><http://app.socialstyrelsen.se/termbank>



mande var *antal väntande i dagar längre än planerings-/medicinskt måldatum* (efter beslut om återbesök i samråd med patient).

Man följer:

- Planerad väntetid: Måldatum mot dagens datum och/eller
- Faktisk väntetid: Måldatum mot genomförandedatum för återbesöket.

## Erfarenheter från Landstinget Gävleborg

Även Landstinget Gävleborg följer kontinuerligt avvikelser från medicinskt måldatum i dagar – utan hänsyn till prioritet. Väntande till återbesök följs veckovis av alla vårdenheter och stäms av mot ett ”medicinskt måldatum”.

Såväl väntande patienter (nuläget) samt hur länge varje patient faktiskt väntade på sitt återbesök följs upp. Antalet dagar det planerade datumet för återbesöket överskrids i relation till det medicinska måldatumet följs, liksom andelen återbesök med överskridet måldatum av det totala antalet genomförda.

I det patientadministrativa systemet sätts ett medicinskt måldatum genom att prioritetstiden adderas till väntelistedatum. Detta datum kan korrigeras manuellt. I uppföljningen tas ingen hänsyn till avvikelens storlek. Det innebär att ett besök som borde ha genomförts inom 14 dagar, men genomförs på dag 15, eller ett besök som blir försenat med en dag med en prioritetstid på 6 månader, bedöms på samma sätt som om besöket sker efter dubbla prioritetstiden.

Resultaten visar hittills att något mindre än hälften av återbesökens avvek från medicinskt måldatum av det totala antalet genomförda besök. Dock var avvikelserna för de flesta mindre än 30 dagar (se tabell i bilaga 11). Detta upplevdes i början av mätningarna vara en hög andel. En djupare analys av de enskilda patientfallen och granskning av mätmetoden visar emellertid att det är svårt att se de bakomliggande orsakerna. Det krävs ett fortsatt analys- och utvecklingsarbete för att resultaten ska kunna värderas. Framförallt gäller detta om man ska kunna jämföra verksamheter.

Modellen är således inte tillräckligt utvecklad för att resultaten ska kunna värderas mot målet att kontinuerligt följa huruvida återbesöken får stå tillbaka för att antalet förstabesök har prioriterats.

Ett arbete har startats för att analysera rutiner och regelverk för uppföljning av återbesöken. Inom operation har man t.ex. gjort en översyn av sitt arbetssätt och övergått till att efter mindre ingrepp kontakta patienten per telefon alternativt att patienten själv tar kontakt vid behov. Detta för att minska på antalet återbesök som tidigare skett slentrianmässigt. Rutinen kommer att följas upp.

### **Ingen undanträngning av återbesök kan visas**

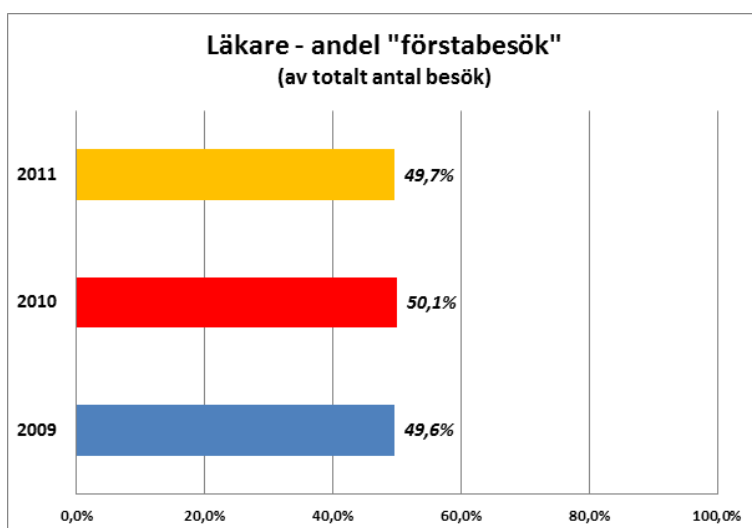
Ett annat exempel är att över tid följa huruvida förstabesöken ökat på bekostnad av återbesöken, den ”undanträngningseffekt” som diskuterats som ett resultat av kömiljardens incitament. I tabellen och i figurerna nedan kan ingen sådan effekt påvisas då ingen förändring för antalet besök eller fördelning mellan förstabesök och återbesök kan ses när man jämför åren 2009-2011.

En fortsatt uppföljning bör ske, framförallt på verksamhetsnivå.

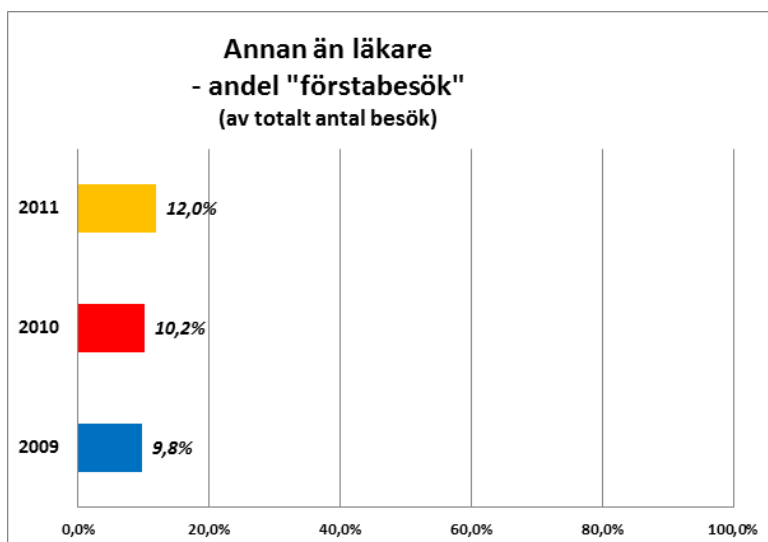
### Andel förstabetesök och antal förstabetesök res. återbesök 2009-2011

År	Andel	Första- besök	Återbesök
<b>Läkare</b>			
2009	49,6 %	121 283	123 238
2010	50,1 %	122 347	121 848
2011	49,7 %	120 535	122 174
<b>Andra kategorier</b>			
2009	9,8 %	26 542	244 323
2010	10,2 %	26 805	237 259
2011	12,0 %	31 342	230 791

### Andel förstabetesök 2009-2011, läkare



### Andel förstabetesök 2009-2011, andra personalkategorier





## Vad behövs?

Ett återbesök kan ha helt olika prioritet och vara:

- en del av en för patientens hälsa nödvändig pågående behandling under en akut eller kronisk vårdprocess.
- ett kontrollbesök inom vissa breda tidsgränser såsom ett halvår/år eller enligt rekommendation från nationella riktlinjer eller lokala vårdprogram.
- ett vad som kan kallas ”hör-av-dig-besök”. Patienten styr då själv sin uppföljning efter sina individuella behov och överenskommelse med vårdgivaren.

Återbesöket kan ske via ett fysiskt besök eller genom ett telefonsamtal eller ett mejl.

### En utvecklad mätmetod behövs

Utveckling av mätmetoden för att följa återbesök måste därför ske innan dessa första försök till mätningar kan börja värderas.

Några viktiga självgranskande frågor att besvara kan vara:

- Hur definieras och används begreppet medicinskt måldatum?
- Finns gamla traditioner kvar för hur återbesöken planeras?
- Utförs det onödiga eller för många besök inom vissa patientgrupper som hindrar bokning av förstabesök eller tätare uppföljning av andra grupper?
- Finns en kortsiktig schemaläggning som hindrar bokning av besök när patienten får behov?
- Kan vissa besök föras över till annan yrkeskategori?
- Kan patienten uppmanas att kontakta mottagningen för återbesökstid vid behov och då ges en tid med tämligen kort varsel?

Kontakt via mejl eller ”Mina vårdkontakter”<sup>13</sup> är nya sätt för kommunikation och uppföljning, som alltmer efterfrågas av patienterna. Det kan innebära fördelar för patienten som inte behöver resa eller ta ledigt från skola/arbete och för mottagningen som frigör resurser för andra kroniska och/eller svårt sjuka patienter.

När dessa förarbeten har genomförts lokalt kan en gemensam nationell uppföljningsmodell tas fram och implementeras. En modell som kan svara upp på att registrera, följa och värdera resultatet av avvikelser såsom:

- antal dagars överskridande. Vad bör vara en rimlig toleransgräns?
- om patienten glömt bort besöket, valde att inte komma, inte bokat sitt besök enligt överenskommelse eller själv valt att boka om tiden längre fram, hur registreras detta?
- om avvikelse från medicinsk praxis, riktlinjer och/eller vårdprogram har skett. Vad ligger bakom beslutet om medicinskt måldatum?

---

<sup>13</sup>[www.minavardkontakter.se](http://www.minavardkontakter.se)

## Efterord

*En nationell modell* för ledtider till undersökningar inom bild- och funktionsmedicin och neurofysiologi är framtagen, som inom kort kommer att ge en möjlighet att följa upp en väsentlig del av vårdkedjan som tidigare har saknats.

*Volymerna och patientflödet* inom ett landsting har studerats och visat att det är viktig kunskap i ett pågående förbättringsarbete för att planera en tillgänglig vård. En genomgång hos andra landsting hade gett en annorlunda bild, men troligen med likartade problem och möjligheter.

*För att nå målet att följa patientens väg oberoende av gränsövergångar mellan system och/eller utförare* i dagens IT-baserade administrativa system måste utvecklingsarbetet ses ur ett patientperspektiv för att det ska vara möjligt att följa patientens vårdprocess genom hela vårdkedjan. En väg där strategiska delar av helheten i form av såväl ledtider som aktiviteter av betydelse för patientens säkerhet och vårdens kvalitet kan ses.

Om en sammanhängande helhet inte är möjlig, så bör det skapas möjligheter till ”nedslag”, indikatorer eller varningsklockor för om vårdprocessen fungerar eller har brister.

*Arbetet för gemensamma nationella regelverk och rutiner* liksom krav på följsamhet vad gäller redan framtagna definitioner och rapporteringsskyldigheter måste även fortsatt prioriteras och stödjas.

*Kunskap om ledtiderna för återbesök* krävs för att få en patientsäker och effektiv produktionsplanering. Ett nationellt projekt bör därför starta för att ta fram en nationell modell för analys och uppföljning av återbesök.

Det är även en nödvändig förutsättning för att kommande tillgänglighetssatsningar ska kunna ställa krav på en utvecklad vårdgaranti och/eller kunna belöna landstingen för korta väntetider och smidiga vårdprocesser utan oro för negativa effekter.

Det viktigaste är att de rutiner som finns för uppföljning av ledtider och väntetider garanterar den medicinska säkerheten för alla patientgrupper och utgår från den individuella patientens behov och val.

# Bilaga 1

## Projektdeltagare

### A. Ledtider för bild- och funktionsmedicin

Harald Grönqvist, Sveriges Kommuner och Landsting

Martin Midbøe, operativ projektledare

Yvonne Alfes, projektadministratör

### Styrgrupp

Harald Grönqvist, Sveriges Kommuner och Landsting

Lena Kierkegaard, konsult

Jonas Thörnqvist, Norrbottens läns landsting

Peter Leander, Region Skåne

### Projektgrupp

Carin Rolf, Region Skåne

Maria Bergkvist, Norrbottens läns landsting

Hélène Ellström, Sveriges Kommuner och Landsting

Tyra Warfvinge, Sveriges Kommuner och Landsting

### B. Volym i flödet – en möjlighetsanalys och

### C. Återbesök, uppföljning av medicinskt måldatum – vad krävs?

Harald Grönqvist, Sveriges Kommuner och Landsting

Tyra Warfvinge, projektsekreterare, Sveriges Kommuner och Landsting

Berlith Persson, konsult

Lokal arbetsgrupp, Gävleborg:

Jan Woxberg, projektledare

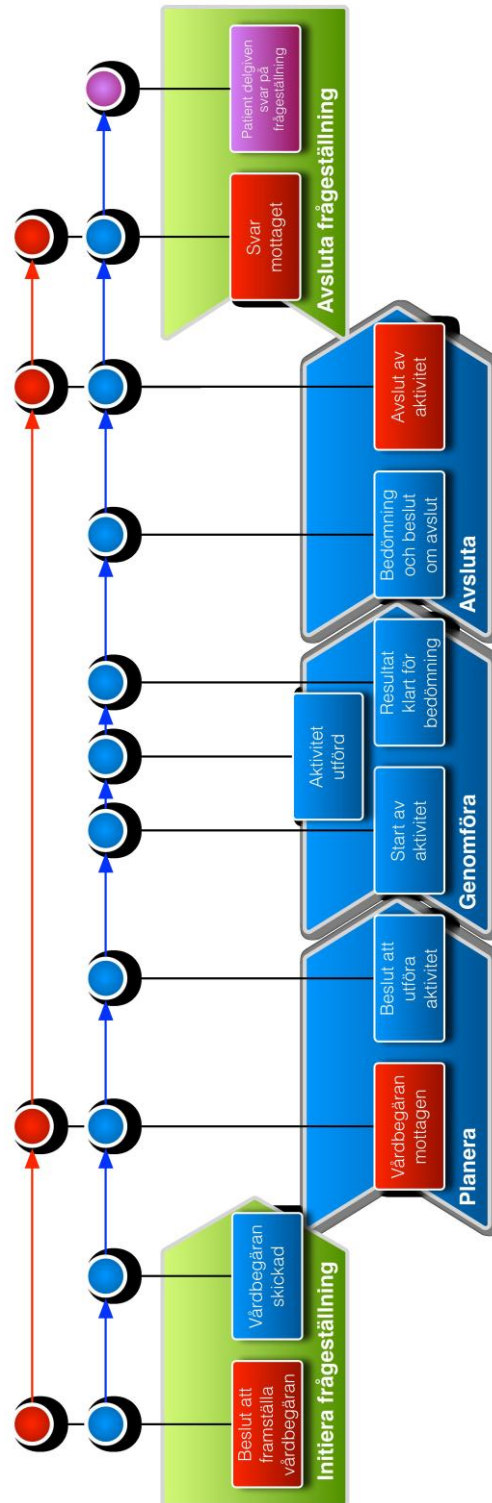
Carin Berg Wedrén, väntetidssamordnare/projektledare

Maria Åhman, systemförvaltare

Anders Lundgren, systemförvaltare

## Bilaga 2

### Den nationella modellen för uppföljning av Ledtider inom Bild- och funktionsmedicin samt Neurofysiologi, samtliga mätpunkter

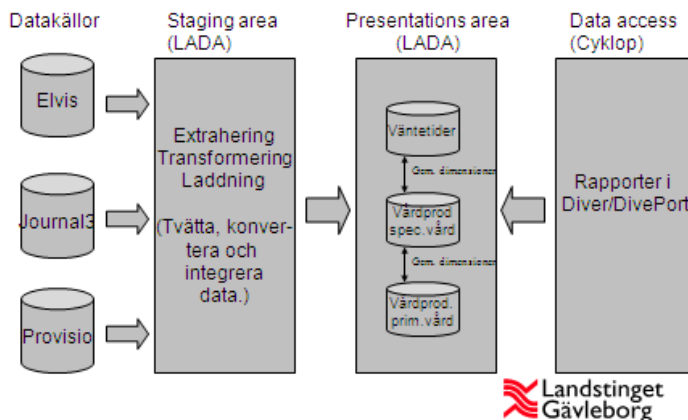


## Bilaga 3

### Översikt LADA/Cyklop

Bilden nedan ger en schematisk översikt av processen från källsystem till data-lagring i LADA samt rapporter i *Cyklop* (landstingets beslutsstödsportal).

#### Översikt LADA/Cyklop



### Bus Matrix

I den bästa av världar skall analyser över uppföljningsområdena i LADA kunna göras över så kallade gemensamma dimensioner. Ett sätt att åskådliggöra detta är i en s.k. Bus Matrix där uppföljningsområdena läggs på y-axeln och dimensionerna på x-axeln. I bilden nedan har ett antal uppföljningsområden och några av de viktigare dimensionerna inom vården lagts in i denna typ av matris. Grovt kan man säga att hela LADA är uppbyggt kring denna filosofi där redan skapade dimensioner försöker att "återanvändas" inom andra områden. Detta för att möjliggöra de "korsanalyser" som nämns i avsnitt B. Det finns just nu sju olika organisationsstrukturer i LADA för att kunna presentera de data som visas i Cyklop idag.

#### Bus Matrix

Bus Matrix

Uppföljningsområden	Dimensioner					
	Datum	Organisation	Besökstyp	Perikart	Diagnos	KVA
Vårdproduktion - primärvård	*	*	*	*	*	*
Vårdproduktion - spec.vård	*	*	*	*	*	*
Väntetider	*	*	*	*	*	*
Uppföljning operation	*	*		*	*	*
Uppföljning ambulansen	*	*			*	
Uppföljning läkemedel	*	*				

## Bilaga 4

### Primärvårdsbesök per personalkategori, Landstinget Gävleborg (2011)

<b>Primärvårdsbesök (2011)</b>	
<b>Personalkategori</b>	<b>Antal besök primärvård</b>
Arbetsterapeut	27 931
Badassistent	294
Barnmorska	63 288
Biomedicinsk analytiker	17
Dietist	5 557
Fotterapeut	2 507
Kurator	24 419
Logoped	7 007
Läkare	321 566
Psykolog	10 802
Rehabassistent	26 547
Sjukgymnast	101 775
Sjuksköterska	373 183
Undersköterska	18 750
<b>Summa</b>	<b>983 643</b>

## Bilaga 5

### Primärvårdsbesök per personalkategori och besökstyp, Landstinget Gävleborg (2011)

Primärvårdsbesök, besökstyp (2011)			
Personalkategori	Besökstyp	Vård- kontakter	Antal besök primärvård
Arbetsterapeut	Besök	24 216	27 931
	Förstabetesök	1 224	
	Återbesök	2 491	
Badassistent	Förstabetesök	6	294
	Återbesök	288	
Barnmorska	Besök	63 288	63 288
Biomedicinsk analytiker	Besök	17	17
Dietist	Besök	4 052	5 557
	Förstabetesök	577	
	Återbesök	928	
Fotterapeut	Besök	1 556	2 507
	Förstabetesök	57	
	Återbesök	894	
Kurator	Besök	21 328	24 419
	Förstabetesök	523	
	Återbesök	2 568	
Logoped	Besök	669	7 007
	Förstabetesök	1 184	
	Återbesök	5 154	
Läkare	Besök	285 866	321 566
	Förstabetesök	26 724	
	Återbesök	8 976	
Psykolog	Besök	10 802	10 802
	Besök	22 798	26 547
	Förstabetesök	26	
Rehabassistent	Återbesök	3 723	
	Besök	86 455	101 775
	Förstabetesök	2 198	
Sjukgymnast	Återbesök	13 122	
	Besök	343 629	373 183
	Förstabetesök	6 260	
Sjuksköterska	Återbesök	23 294	
	Besök	18 748	18 750
	Förstabetesök	2	
Undersköterska	Besök	18 748	18 750
	Förstabetesök	2	
	<b>Summa</b>	<b>983 643</b>	<b>983 643</b>

## Bilaga 6

### Remisser, avsändare samt åtgärd hos mottagare i specialiserad vård, Landstinget Gävleborg (2011)

Remiss till specialiserad vård (2011)			
Avsändare/Remittent	Åtgärd hos mottagare i specialiserad vård	Antal remisser	Antal individer
Andra landsting	Accepterad	1 853	1 683
	Patient avliden	2	2
	Patient besvärsfri	3	3
	Vidarebefordrad till Annan enhet	28	24
	Vidarebefordrad till Annan vårdgivare (valfrihet)	59	56
	Åter remittent	244	220
	Återbud	1	1
	<b>Summa</b>	<b>2 162</b>	<b>1 965</b>
Egen vårdbegäran	Accepterad	3 997	3 741
	Patient besvärsfri	1	1
	Vidarebefordrad till Annan enhet	10	10
	Vidarebefordrad till Annan vårdgivare (valfrihet)	73	71
	Åter remittent	180	169
	Återbud	5	5
	<b>Summa</b>	<b>4 266</b>	<b>3 997</b>
Företagshälsovård	Accepterad	321	304
	Patient besvärsfri	1	1
	Vidarebefordrad till Annan enhet	4	4
	Vidarebefordrad till Annan vårdgivare (valfrihet)	9	9
	Åter remittent	50	47
	<b>Summa</b>	<b>385</b>	<b>365</b>
Försäkringsbolag	Accepterad	222	219
	Vidarebefordrad till Annan enhet	2	2
	Vidarebefordrad till Annan vårdgivare (valfrihet)	14	14
	Åter remittent	2	2
	<b>Summa</b>	<b>240</b>	<b>237</b>
Myndigheter	Accepterad	66	64
	Vidarebefordrad till Annan enhet	1	1
	Vidarebefordrad till Annan vårdgivare (valfrihet)	1	1
	Åter remittent	12	12
	<b>Summa</b>	<b>80</b>	<b>78</b>



Forts. bilaga 6, remisser

Remiss till specialiserad vård (2011)			
Avsändare/Remittent	Åtgärd hos mottagare i specialiserad vård	Antal remisser	Antal individer
Optiker	Accepterad	3 721	3 676
	Patient avliden	3	3
	Patient besvärsfri	4	4
	Vidarebefordrad till Annan enhet	4	4
	Vidarebefordrad till Annan vårdgivare (valfrihet)	377	369
	Åter remittent	242	238
	Återbud	7	7
	<b>Summa</b>	<b>4 358</b>	<b>4 301</b>
Primärvård offentlig + privat	Accepterad	45 817	38 563
	Patient avliden	16	16
	Patient besvärsfri	147	143
	Vidarebefordrad till Annan enhet	340	324
	Vidarebefordrad till Annan vårdgivare (valfrihet)	896	863
	Åter remittent	5 159	4 799
	Återbud	68	68
	<b>Summa</b>	<b>52 443</b>	<b>44 776</b>
Specialiserad vård privat	Accepterad	2 486	2 296
	Patient avliden	2	2
	Patient besvärsfri	10	10
	Vidarebefordrad till Annan enhet	16	16
	Vidarebefordrad till Annan vårdgivare (valfrihet)	67	64
	Åter remittent	226	218
	Återbud	1	1
	<b>Summa</b>	<b>2 808</b>	<b>2 607</b>
Skolhälsovård	Accepterad	1 132	1 050
	Patient besvärsfri	2	2
	Vidarebefordrad till Annan enhet	10	9
	Vidarebefordrad till Annan vårdgivare (valfrihet)	6	6
	Åter remittent	132	126
	Återbud	3	3
	<b>Summa</b>	<b>1 285</b>	<b>1 196</b>

Forts. bilaga 6, remisser

<b>Remiss till specialiserad vård (2011)</b>			
<b>Avsändare/Remittent</b>	<b>Åtgärd hos mottagare i specialiserad vård</b>	<b>Antal remisser</b>	<b>Antal individer</b>
Specialiserad vård offentlig	Accepterad	27 069	18 590
	Patient avliden	42	42
	Patient besvärslfri	47	46
	Vidarebefordrad till Annan enhet	140	138
	Vidarebefordrad till Annan vårdgivare (valfrihet)	312	301
	Åter remittent	2 867	2 542
	Återbud	47	46
	<b>Summa</b>	<b>30 524</b>	<b>21 705</b>
Tandvård	Accepterad	119	111
	Vidarebefordrad till Annan enhet	2	2
	Vidarebefordrad till Annan vårdgivare (valfrihet)	4	4
	Åter remittent	26	25
	<b>Summa</b>	<b>151</b>	<b>142</b>
Övriga	Accepterad	828	777
	Patient besvärslfri	1	1
	Vidarebefordrad till Annan enhet	7	7
	Vidarebefordrad till Annan vårdgivare (valfrihet)	18	18
	Åter remittent	102	96
	Återbud	3	3
	<b>Summa</b>	<b>959</b>	<b>902</b>
<b>Summa total</b>	<i>Accepterad</i>	<i>87 631</i>	<i>71 074</i>
	<i>Patient avliden</i>	<i>65</i>	<i>65</i>
	<i>Patient besvärslfri</i>	<i>216</i>	<i>211</i>
	<i>Vidarebefordrad till Annan enhet</i>	<i>564</i>	<i>541</i>
	<i>Vidarebefordrad till Annan vårdgivare (valfrihet)</i>	<i>1 863</i>	<i>1 776</i>
	<i>Åter remittent</i>	<i>9 242</i>	<i>8 494</i>
	<i>Återbud</i>	<i>135</i>	<i>134</i>
	<b>Summa total</b>	<b>99 689</b>	<b>64 850</b>

## Bilaga 7

Antal vårdkontakter inom öppen specialiserad vård per verksamhetsområde, besökstyp och personalkategori, Landstinget Gävleborg (2011)

<b>Öppen specialiserad vård (2011)</b>		
<b>Verksamhet, Besökstyp</b>	<b>Kategori</b>	<b>Antal vårdkontakter</b>
<b>Akut</b>		
Förstabetesök		
Oplanerat	Läkare	51 801
	Övriga	1 533
Planerat	Läkare	38
	Övriga	4
Återbesök		
Oplanerat	Läkare	798
	Övriga	22
Planerat	Läkare	78
	Övriga	2
<b>Anestesi IVA Operation</b>		
Telefonkontakt		
Oplanerat	Läkare	28
	Övriga	718
Planerat	Läkare	635
	Övriga	905
Förstabetesök		
Oplanerat	Läkare	1
Planerat	Övriga	151
	Läkare	860
Återbesök		
Oplanerat	Läkare	6
	Övriga	6
Planerat	Läkare	516
	Övriga	1 891

<b>Forts. bilaga 7. Öppen specialiserad vård (2011)</b>		
<b>Verksamhet, Besökstyp</b>	<b>Kategori</b>	<b>Antal vård- kontakter</b>
<b>Barn och Ungdomshabilitering</b>		
Telefonkontakt		
Oplanerat	Läkare	198
	Övriga	1 895
Planerat	Läkare	92
	Övriga	2 321
Förstabetesök		
Oplanerat	Övriga	11
Planerat	Läkare	5
	Övriga	284
Återbesök		
Oplanerat	Läkare	14
	Övriga	1 084
Planerat	Läkare	918
	Övriga	14 048
<b>Barn och ungdomspsykiatri</b>		
Telefonkontakt		
Oplanerat	Läkare	553
	Övriga	2 363
Planerat	Läkare	846
	Övriga	4 164
Förstabetesök		
Oplanerat	Läkare	3
	Övriga	21
Planerat	Läkare	274
	Övriga	1 664
Återbesök		
Oplanerat	Läkare	43
	Övriga	498
Planerat	Läkare	3 345
	Övriga	17 771

<b>Forts. bilaga 7, Öppen specialiserad vård (2011)</b>		
<b>Verksamhet, Besökstyp</b>	<b>Kategori</b>	<b>Antal vård-kontakter</b>
<b>Barn och ungdomssjukvård</b>		
Telefonkontakt		
Oplanerat	Läkare	1 927
	Övriga	175
Planerat	Läkare	2 480
	Övriga	748
Förstabetesök		
Oplanerat	Läkare	2 229
	Övriga	139
	"Övrig resurs"	7
Planerat	Läkare	2 840
	Övriga	764
	"Övrig resurs"	134
Återbesök		
Oplanerat	Läkare	522
	Övriga	478
	"Övrig resurs"	3
Planerat	Läkare	8 080
	Övriga	9 283
	"Övrig resurs"	279
<b>Hud</b>		
Telefonkontakt		
Oplanerat	Läkare	117
	Övriga	6
Planerat	Läkare	1 300
	Övriga	43
Förstabetesök		
Oplanerat	Läkare	18
	Övriga	5
Planerat	Läkare	4 874
	Övriga	1 831
Återbesök		
Oplanerat	Läkare	19
	Övriga	13
Planerat	Läkare	2 865
	Övriga	8 357

<b>Forts. bilaga 7, Öppen specialiserad vård (2011)</b>		
<b>Verksamhet, Besökstyp</b>	<b>Kategori</b>	<b>Antal vård-kontakter</b>
<b>Internmedicin</b>		
Telefonkontakt		
Oplanerat	Läkare	652
	Övriga	3 387
Planerat	Läkare	5 388
	Övriga	554
Förstabetesök		
Oplanerat	Läkare	1 791
	Övriga	85
Planerat	Läkare	3 161
	Övriga	2 848
Återbesök		
Oplanerat	Läkare	105
	Övriga	9 985
Planerat	Läkare	13 870
	Övriga	38 790
<b>Kardiologi</b>		
Telefonkontakt		
Oplanerat	Läkare	527
	Övriga	468
Planerat	Läkare	1 304
	Övriga	816
Förstabetesök		
Oplanerat	Läkare	18
	Övriga	886
Planerat	Läkare	3 293
	Övriga	3 657
Planerat	"Övrig resurs"	868
Återbesök		
Oplanerat	Läkare	29
	Övriga	110
Planerat	Läkare	8 583
	Övriga	8 883
	"Övrig resurs"	1 417

<b>Forts. bilaga 7, Öppen specialiserad vård (2011)</b>		
<b>Verksamhet, Besökstyp</b>	<b>Kategori</b>	<b>Antal vård-kontakter</b>
<b>Kirurgi</b>		
Telefonkontakt		
Oplanerat	Läkare	85
	Övriga	338
Planerat	Läkare	3 912
	Övriga	1 117
Förstabetesök		
Oplanerat	Läkare	25
	Övriga	89
Planerat	Läkare	13 539
	Övriga	2 344
Återbesök		
Oplanerat	Läkare	48
	Övriga	146
Planerat	Läkare	13 237
	Övriga	3 754
<b>Kvinnosjukvård BB Förlossning</b>		
Telefonkontakt		
Oplanerat	Läkare	752
	Övriga	1 011
Planerat	Läkare	3 094
	Övriga	2 473
Förstabetesök		
Oplanerat	Läkare	1 381
	Övriga	761
Planerat	Läkare	12 947
	Övriga	5 970
Återbesök		
Oplanerat	Läkare	486
	Övriga	161
Planerat	Läkare	7 390
	Övriga	4 283

<b>Forts. bilaga 7, Öppen specialiserad vård (2011)</b>		
<b>Verksamhet, Besökstyp</b>	<b>Kategori</b>	<b>Antal vård-kontakter</b>
<b>Onkologi</b>		
Telefonkontakt		
Oplanerat	Läkare	906
	Övriga	8 482
Planerat	Läkare	371
	Övriga	1 307
Förstabetesök		
Oplanerat	Läkare	148
	Övriga	4
Planerat	Läkare	1 509
	Övriga	38
Återbesök		
Oplanerat	Läkare	941
	Övriga	207
Planerat	Läkare	7 141
	Övriga	24 195
<b>Ortopedi</b>		
Telefonkontakt		
Oplanerat	Läkare	303
Planerat	Läkare	2 783
	Övriga	3
Förstabetesök		
Oplanerat	Läkare	55
Planerat	Övriga	14
	Läkare	7 688
	"Övrig resurs"	2
Återbesök		
Oplanerat	Läkare	188
	Övriga	64
Planerat	Läkare	17 799
	Övriga	4 139
	"Övrig resurs"	64



<b>Forts. bilaga 7, Öppen specialiserad vård (2011)</b>		
<b>Verksamhet, Besökstyp</b>	<b>Kategori</b>	<b>Antal vård- kontakter</b>
<b>Specialmedicin</b>		
Telefonkontakt		
Oplanerat	Läkare	665
	Övriga	2 945
Planerat	Läkare	1 560
	Övriga	3 025
Förstabetesök		
Oplanerat	Läkare	67
	Övriga	857
Planerat	Läkare	2 030
	Övriga	3 666
Återbesök		
Oplanerat	Läkare	98
	Övriga	501
Planerat	Övriga	25 355
	Läkare	6 154
<b>Vuxenhabilitering Kommunikationscentrum</b>		
Telefonkontakt		
Oplanerat	Läkare	30
	Övriga	1 461
Planerat	Övriga	1 303
Förstabetesök		
Oplanerat	Övriga	23
Planerat	Läkare	3
	Övriga	1 302
Återbesök		
Oplanerat	Läkare	1
	Övriga	109
Planerat	Läkare	16
	Övriga	7 219

<b>Forts. bilaga 7, Öppen specialiserad vård (2011)</b>		
<b>Verksamhet, Besökstyp</b>	<b>Kategori</b>	<b>Antal vård-kontakter</b>
<b>Vuxenpsykiatri</b>		
Telefonkontakt		
Oplanerat	Läkare	710
	Övriga	3 394
Planerat	Läkare	2 087
	Övriga	4 710
Förstabetesök		
Oplanerat	Läkare	2 683
	Övriga	76
Planerat	Läkare	967
	Övriga	752
Återbesök		
Oplanerat	Läkare	341
	Övriga	5 816
Planerat	Läkare	9 474
	Övriga	63 942
<b>Ögonsjukvård</b>		
Telefonkontakt		
Oplanerat	Läkare	19
	Övriga	16
Planerat	Läkare	573
	Övriga	21
Förstabetesök		
Oplanerat	Läkare	168
	Övriga	4
Planerat	Läkare	7 565
	Ej läkare	2 280
Återbesök		
Oplanerat	Läkare	155
	Övriga	7
Planerat	Läkare	13 664
	Övriga	16 764

<b>Forts. bilaga 7, Öppen specialiserad vård (2011)</b>		
<b>Verksamhet, Besökstyp</b>	<b>Kategori</b>	<b>Antal vård- kontakter</b>
<b>Öron Näsa Hals</b>		
Telefonkontakt		
Oplanerat	Läkare	111
	Övriga	86
Planerat	Läkare	925
	Övriga	247
Förstabetesök		
Oplanerat	Läkare	100
	Övriga	5
Planerat	Läkare	8 164
	Övriga	3 538
Återbesök		
Oplanerat	Läkare	63
	Övriga	347
Planerat	Läkare	11 349
	Övriga	8 475
<b>Summa</b>		<b>659 101</b>

## Bilaga 8

### Operationer, Landstinget Gävleborg (2011)

<b>Operationer (2011)</b>			
<b>Vårdform</b>	<b>Antal</b>	<b>Operations- timmar</b>	<b>Anestesi- timmar</b>
<b>Slutenvård</b>			
Oplanerat	4 243	3 881	6 912
Planerat	5 872	7 770	12 706
<b>Öppenvård</b>			
Oplanerat	416	201	388
Planerat	12 466	6 095	10 739
<b>Summa</b>	<b>22 997</b>	<b>17 946</b>	<b>30 746</b>

## Bilaga 9

### Antal vårdtillfällen inom slutna specialiserad vård, Landstinget Gävleborg (2011)

Antal vårdtillfällen inom slutna specialiserad vård (2011)			
Verksamhetsområde	Antal vårdtillfällen	Antal vård dagar	Antal individer
<b>Akut</b>			
Oplanerat	1 335	3 015	1 222
Planerat	8	20	8
<b>Ambulans Akutmottagning</b>			
Oplanerat	1 907	6 325	1 669
Planerat	13	28	13
<b>Barn och ungdomssjukvård</b>			
Oplanerat	2 485	11 000	2 166
Planerat	346	1 421	322
<b>Internmedicin</b>			
Oplanerat	8 950	60 848	6 698
Planerat	572	4 061	487
<b>Kardiologi</b>			
Oplanerat	5 979	25 042	4 773
Planerat	406	1 830	363
<b>Kirurgi</b>			
Oplanerat	5 284	30 095	4 314
Planerat	2 508	10 453	2 313
<b>Kvinnosjukvård BB Förlossning</b>			
Oplanerat	3 575	11 200	3 028
Planerat	1 283	3 983	1 199
<b>Onkologi</b>			
Oplanerat	539	4 226	371
Planerat	347	2 100	255
<b>Ortopedi</b>			
Oplanerat	2 829	19 256	2 488
Planerat	2 147	10 285	2 003
<b>Specialmedicin</b>			
Oplanerat	1 456	14 297	1 257
Planerat	294	4 430	258
<b>Vuxenpsykiatri</b>			
Oplanerat	2 017	23 934	1 198
Planerat	125	1 474	96

Forts. bilaga 9, sluten specialiserad vård

<b>Antal vårdtillfällen inom sluten specialiserad vård (2011)</b>			
<b>Verksamhetsområde</b>	<b>Antal vårdtillfällen</b>	<b>Antal vårddagar</b>	<b>Antal individer</b>
<b>Öron Näsa Hals</b>			
Oplanerat	114	356	105
Planerat	27	60	27
<b>Summa</b>	<b>44 546</b>	<b>249 739</b>	<b>28 704</b>

## Bilaga 10

### Återbesök, specialiserad vård, antal, Landstinget Gävleborg (2011)

Återbesök, specialiserad vård (2011)			
Verksamhetsområde	Antal vårdkontakter	Antal individer	Antal vårdkontakter medeltal per individ
Akut	3 451	3 139	1
Anestesi IVA Operation	7 444	922	8
Barn och Ungdomshabilitering	55 399	1 799	31
Barn och ungdomspsykiatri	73 014	3 710	20
Barn och ungdomssjukvård	66 500	12 618	5
Hud	38 679	6 566	6
Internmedicin	259 281	25 293	10
Kardiologi	56 780	14 821	4
Kirurgi	62 599	23 882	3
Kvinnosjukvård BB Förlossning	52 668	20 397	3
Medicin Aleris Bollnäs	5 892	2 582	2
Onkologi	111 531	6 397	17
Operation Aleris Bollnäs	210	204	1
Ortopedi	74 127	27 097	3
Primärvård Aleris Bollnäs	1 244	360	3
Specialmedicin	107 986	14 081	8
Vuxenhabilitering Kommunikationscentrum	24 839	3 935	6
Vuxenpsykiatri	273 596	9 018	30
Ögonsjukvård	110 845	30 604	4
Öron Näsa Hals	70 890	23 807	3
<b>Summa</b>	<b>1 456 975</b>	<b>139 520</b>	<b>10</b>

## Bilaga 11

Återbesök, specialiserad vård, medicinskt måldatum,  
Landstinget Gävleborg (2011)

<b>Genomförda återbesök där medicinskt måldatum passerats (2011)</b>						
<b>Månad</b>	<b>Inom 30 dagar</b>	<b>31-90 dagar</b>	<b>91-180 dagar</b>	<b>Mer än 181 dagar</b>	<b>Totalt genomförda återbesök</b>	<b>Andel (%) med passerat medicinskt måldatum</b>
Januari	2 986	1 194	419	226	10 706	45%
Februari	3 146	1 250	548	279	11 897	45%
Mars	3 827	1 287	581	293	13 701	45%
April	3 074	1 032	281	205	10 993	45%
Maj	3 968	1 487	406	225	13 778	45%
Juni	2 905	999	245	121	10 176	45%
Juli	1 647	581	181	74	7 042	45%
Augusti	2 618	1 094	384	144	10 182	45%
September	3 371	1 329	549	228	12 283	45%
Oktober	3 446	1 281	493	200	12 118	45%
November	3 453	1 453	470	333	12 857	45%
December	3 106	976	278	208	10 607	45%



## Led i helheten

---

### Delrapport november 2012, vad kan följas och mätas? Ett diskussionsunderlag

Sveriges Kommuner och Landsting har startat en utvecklingsprocess kring arbetet med den nationella väntetidsdatabasen kallad ”Led i helheten”. Denna rapport är en delrapport och ett diskussionsunderlag som sammanfattar tre projekt som pågår eller är avslutade under 2012.

- A. Ledtider för bild- och funktionsmedicin samt neurofysiologi  
– en nationell uppföljningsmodell
- B. Volymer i flödet – en lokal möjlighetsanalys
- C. Återbesök och uppföljning med hjälp av medicinskt måldatum  
– vad krävs?

Upplysningar om innehållet  
Harald Grönqvist, harald.grönqvist@skl.se

© Sveriges Kommuner och Landsting, 2012  
ISBN: 978-91-7164-888-4

Ladda ner på [skl.se/publikationer](http://skl.se/publikationer). ISBN: 978-91-7164-888-4