

# LANDSTINGS- REVISORERNA

Projektrapport  
Nr 8/2009

## Sjukhusens arbete för att hålla vårdgarantin

- Den samlade bedömningen är att såväl Danderyds sjukhus, Karolinska universitetssjukhuset som Södersjukhuset har övergripande system för att främja flöden och tillgänglighet.
- En fortsatt utveckling behövs dock av delar i sjukhusens system för att kunna hålla vårdgarantins gränser.
- Sjukhusen bör säkerställa att klinikerna har tydliga riktlinjer och rutiner för att säkra patienternas lika rättigheter. Det gäller
  - information till patienterna om vårdgarantin,
  - likvärdig behandling i väntelistorna och
  - analys av väntelistorna.
- Sjukhusen bör även överväga en flexiblere tidsbokning för att uppnå hållbara förbättringar i vårdgarantiarbetet.
- Vårdgarantin omfattar inte all vård på sjukhusen. Det är därför angeläget att sjukhusen säkerställer att andra patientgrupper inte trängs undan så att alla får god och tillgänglig vård.
- Remisshantering mellan primärvården och sjukhusen fungerar inte tillfredsställande. HSN bör utveckla stöd eller stimulanser för att få till en bättre fungerande remisshantering.

## INNEHÅLL

<b>1. SLUTSATSER OCH REKOMMENDATIONER.....</b>	<b>1</b>
1.1 Slutsatser.....	1
1.2 Rekommendationer.....	2
<b>2. UTGÅNGSPUNKTER FÖR GRANSKNINGEN .....</b>	<b>3</b>
2.1 Motiv till granskningen .....	3
2.2 Revisionsfråga .....	3
2.3 Avgränsning .....	3
2.4 Revisionskriterier.....	4
2.5 Metod .....	4
<b>3. VÅRDGARANTIN OCH LANDSTINGETS VÄNTETIDER .....</b>	<b>5</b>
3.1 Vårdgarantin för sjukhusvården.....	5
3.2 Aktuella väntetider .....	5
<b>4. SJUKHUSENS SYSTEM OCH ORGANISATION FÖR VÅRDGARANTIN .....</b>	<b>6</b>
4.1 Sjukhusens flerårsavtal med beställaren .....	6
4.2 Sjukhusens övergripande system.....	6
4.3 Sjukhusens organisation.....	7
4.4 Revisionens kommentarer.....	7
<b>5. KLINIKERNAS ARBETE MED VÅRDGARANTIN .....</b>	<b>8</b>
5.1 Remisshantering .....	8
5.2 Väntelistor, bokning av besök och återbud .....	9
5.3 Logistik och nyttjande av operationssalar .....	10
5.4 Överlämnande till andra utförare .....	11
5.5 Personalens schemaläggning.....	11
5.6 Akut kontra planerad vård .....	12
5.7 Andra viktiga faktorer för ett strukturerat arbetssätt.....	12
5.8 Information till patienterna .....	13
5.9 Revisionens kommentarer.....	13

## 1. Slutsatser och rekommendationer

Revisionen har granskat hur Danderyds sjukhus, Karolinska universitetssjukhuset och Södersjukhuset arbetar för att kunna hålla vårdgarantins tidsgränser. Även om sjukhusen inte helt når de nationellt uppsatta gränserna för vårdgarantin eller landstingets egna gränser, så har de ett tydligt fokus på produktion och väntetider. Den samlade bedömningen är att sjukhusen har övergripande system för att främja flöden och tillgänglighet. En fortsatt utveckling behövs dock av delar i sjukhusens system för att kunna hålla vårdgarantins gränser.

Revisionens granskning av sex kliniker (två kliniker per sjukhus) ger inte underlag för att uttala generella iakttagelser för hur sjukhusen konkret bör arbeta för att hålla tidsgränserna. Syftet är istället att visa på områden som sjukhusen kan uppmärksamma i sitt fortsatta arbete med att utveckla system för att nå vårdgarantins gränser.

### 1.1 Slutsatser

Det finns flera exempel på att de granskade klinikerna arbetar för att nå god logistik. Även rutiner för nybesök och återbesök har utarbetats. Om klinikerna inte klarar av att behandla i tid stämmer man ofta av med andra utförare, men det kan vara svårt att finna utförare som kan ta hand om aktuella patienter.

Väntelistor och tidsbokning hanteras dock inte rakt igenom systematiskt. Inte heller prioriterar alla kliniker remissgranskning. Även om samtliga granskade kliniker regelbundet tar ställning till inkommande remisser skiljer sig intervallen mellan dessa granskningar.

#### Rutiner krävs för att säkra patienternas lika rättigheter

De patienter som är aktiva och hör av sig eller har engagerade anhöriga har lättare att få tider tidigare än vad som annars varit fallet. Det saknas nämligen tydliga rutiner för hur personalen ska förfara vid sådana förfrågningar. Eftersom klinikerna saknar närmare kunskap om vilka behov övriga väntande patienter har är det inte säkert att de mest ihärdiga har störst behov av att snabbt få en tid.

Vidare visar granskningen att flera av klinikerna inte har tillräckligt utvecklade rutiner för hur patienterna ska informeras om vårdgarantin. Det är angeläget att rutinerna förbättras. En väl fungerande information till patienterna är en förutsättning för att vårdgarantin ska fungera.

#### Väntelistor och tidsbokning behöver utvecklas

Även om klinikerna under senare år börjat systematisera sina väntelistor visar granskningen att en del arbete fortfarande återstår. Sjukhusens och klinikernas riktlinjer och rutiner för väntelistorna är inte alltid tydliga. Klinikerna har inte närmare analyserat väntelistorna efter diagnos eller patientgrupp och vad som kan orsaka återbud.

Vidare har revisionen funnit att det finns behov av en flexiblare tidsbokning för att uppnå hållbara förbättringar i vårdgarantiarbetet. Klinikerna föreslår ofta datum och klockslag via brev till patienten. Några alternativa tider ges inte och patienten förutsätts sällan aktivt bekräfta tiden. Med en mer flexibel ordning

där patienten själv är aktiv skulle man inte på samma sätt riskera att tidigt låsa fast tider som senare avbokas av patienten eller att patienten uteblir. Inte heller riskerar man att lika mycket av förberedelser går till spillo.

## **Behov av samlat grepp över remiss-hanteringen**

Revisionen har funnit att remisshanteringen mellan primärvården och sjukhusen inte fungerar tillfredsställande. Det är förhållandevis vanligt att klinikerna anser att remisserna inte styrker behandling och klinikerna skickar ofta tillbaka remisserna för kompletteringar. Bristerna i remisshanteringen leder till längre väntetider. Otillräckliga underlag och omtag ökar också risken för felbedömningar.

Revisionen bedömer att det krävs ett mer samlat grepp för att komma till rätta med dessa brister. Det är positivt att hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN) uppmärksammat och försöker åtgärda en del av bristerna i remisshanteringen, men det vore önskvärt om nämnden än tydligare driver frågan. Det kan handla om att utveckla mer specificerade stöd för hur remisserna ska utformas eller på olika sätt stimulera primärvården och sjukhusen att nå en gemensam syn på remisshanteringen. Det är även viktigt att nämnden kontinuerligt följer utvecklingen och kan korrigera insatserna om det inte går som önskat.

## **Många patient-grupper omfattas inte av vårdgarantin**

Vårdgarantin omfattar inte all vård på sjukhusen. Revisionen konstaterar att många patientgrupper därför måste uppmärksammas på annat sätt. Inte sällan är dessa patienter allvarligt sjuka. Det gäller till exempel patienter med tumörsjukdomar, kroniker av olika slag och patienter som är i behov av återbesök. I ett system med incitament för vissa patientgrupper finns risk för att andra grupper nedprioriteras. Samtidigt som ansträngningar görs för att nå vårdgarantin, måste sjukhusledningarna därför i styrning och budgetfördelning säkerställa att även dessa patientgrupper får god och tillgänglig vård.

### **1.2 Rekommendationer**

Revisionen rekommenderar Danderyds sjukhus, Karolinska universitetssjukhuset och Södersjukhuset att

- säkerställa att klinikerna har tydliga rutiner för att informera patienterna om vårdgarantin,
- säkerställa att klinikerna behandlar patienterna likvärdigt i väntelistorna,
- säkerställa att klinikerna analyserar sina väntelistor och att tydliga riktlinjer utformas för dessa,
- överväga en flexiblare tidsbokning och
- säkerställa att även patientgrupper som inte omfattas av vårdgarantin får god och tillgänglig vård.

Revisionen rekommenderar hälso- och sjukvårdsnämnden att:

- utveckla stöd eller stimulanser för att få till en bättre fungerande remisshantering mellan primärvården och sjukhusen.

## 2. Utgångspunkter för granskningen

### 2.1 Motiv till granskningen

En miljard kronor per år avsätts i statsbudgeten för att stimulera en fungerande vårdgaranti och korta väntetiderna.<sup>1</sup> Detta första år tillföll 208 miljoner kronor Stockholms läns landsting.<sup>2</sup> Inom flera vårdområden når landstinget dock ännu inte de nationellt uppsatta gränserna för vårdgarantin. Akutsjukhusen ansvarar sedan 1 januari 2009 för att uppfylla vårdgarantin.<sup>3</sup> Med tanke på att landstinget under flera års tid inte klarat gränserna är det av intresse att granska vilka åtgärder sjukhusen nu vidtar för att komma till rätta med problemen.

Socialstyrelsen har identifierat hinder i arbetet med att nå vårdgarantin och pekar samtidigt ut de hinder som landstingen lättast kan påverka. Att förbättra logistiken och skapa effektivare processer är enligt Socialstyrelsen nyckelfaktorer för att korta väntetiderna. Dessa brister är också sådana som landstingen själva kan påverka förhållandevis enkelt.<sup>4</sup> Även i andra sammanhang betonas att åtgärder inom logistik och processer är avgörande för att kunna öka tillgängligheten.<sup>5</sup> Revisionen har därför valt att granska sjukhusens system och processer för att kunna hålla vårdgarantins gränser.

### 2.2 Revisionsfråga

Den övergripande revisionsfrågan är:

– Har sjukhusen utvecklat ett fungerande system för att kunna hålla vårdgarantins tidsgränser?

Den övergripande revisionsfrågan bryts ned i följande delfrågor:

- Sköts remisshanteringen på ett tillfredsställande sätt?
- Administrerar sjukhusen väntelistor på ett systematiskt sätt?
- Hur sköts logistiken för att sjukhusens olika kliniker ska kunna nyttja operationssalar och andra gemensamma resurser optimalt?
- När hänvisas patienter till andra vårdgrenar?
- Vilka kriterier finns för vilka patienter som ska tas om hand för nybesök respektive återbesök?

### 2.3 Avgränsning

Danderyds sjukhus, Karolinska universitetssjukhuset och Södersjukhuset ingår i granskningen. Granskningen inriktas på kirurgi- och ortopediklinikerna där väntetiderna är förhållandevis långa.<sup>6</sup> För Karolinska universitetssjukhuset vars kirurgi är uppdelad på såväl olika divisioner som kliniker, utgår granskningen från kliniken för gastrocentrum. Denna klinik har en bred kirurgverksamhet och tar emot jämförelsevis många patienter.

<sup>1</sup> Överenskommelse mellan staten och SKL om en nationell satsning för en fungerande vårdgaranti (2009-01-22), Prop. 2008/09:1

<sup>2</sup> Socialdepartementet, Kömiljarden 2009 - resultatet (2009-12-18)

<sup>3</sup> HSN 0810-1200, 0812-1525, 0812-1437 (giltigt 2009-01-01 – 2011-12-31)

<sup>4</sup> Socialstyrelsen, Uppföljning av vårdgarantin (2008)

<sup>5</sup> Se till exempel Ds 2005:7 Iakttagelser om landsting

<sup>6</sup> SKL, Väntetidsmätning april 2009

## 2.4 Revisionskriterier

Den nya avtalsmodellen innebär att sjukhusen ansvarar för att tillgängligheten är i linje med vårdgarantin. I fullmäktiges budget för 2009 betonas att detta förutsätter att sjukhusen omprioriterar mellan olika verksamhetsområden och aktivt arbetar med granskning av remisser. Detta innebär en förväntan på att sjukhusen arbetar systematiskt med rutiner och processer för att korta köerna.

I Socialstyrelsens föreskrift om ledningssystem ställs krav på vård i rimlig tid.<sup>7</sup> I vägledningen till föreskriften betonar Socialstyrelsen vikten av att hälso- och sjukvården kombinerar den professionella kunskapen med ”kunskap om förbättring”. Denna kompletterande kunskap ska leda till förbättrade system.<sup>8</sup>

Sveriges kommuner och landsting har sammanställt erfarenheter för att få bättre flöden och ökad tillgänglighet i vården. Där framgår bland annat hur sjukvården kan arbeta systematiskt med väntelistor samt identifiera och avlägsna flaskhalsar av olika slag.<sup>9</sup>

## 2.5 Metod

Revisionen har intervjuat berörda verksamhetschefer som fått redogöra för klinikernas system med tillhörande rutiner och processer. För att få en uppfattning om hur systemet och rutinerna fungerar i praktiken har vi även intervjuat chefsläkare och/eller chefssjuksköterskor som arbetar på klinikerna. Ibland har också andra yrkesgrupper som arbetar med vårdplanering intervjuats. Sammanlagt har ett 15-tal personer intervjuats. Vi har även tagit del av planeringsdokument och rutiner.

Revisionen har också gått igenom flera av sjukhusens övergripande styrdokument, bland annat verksamhetsplanerna, för att se vilket fokus sjukhusen lägger på vårdgarantin.

Revisionen har intervjuat tjänstemän på hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning som på olika sätt arbetar med vårdgarantin. Även chefsläkare för Stockholms läns sjukvårdsområde har intervjuats.

Revisionen har parallellt med vårdgarantigranskningen även bedrivit projekt där sjukhusens produktionsstyrning respektive landstingets styrning av sjukhusen har granskats.<sup>10</sup> Från dessa projektarbeten har vi hämtat uppgifter om sjukhusens övergripande system för produktion och tillgänglighet.

Granskningen har genomförts av Jan Boström (projektledare) och Erik Skoog.

---

<sup>7</sup> Socialstyrelsen, SOSFS 2005:12 Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården

<sup>8</sup> Socialstyrelsen, God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården (2006)

<sup>9</sup> SKL, 33 förändringskoncept för bättre flyt och tillgänglighet i hälso- och sjukvården (2008)

<sup>10</sup> Landstingsrevisorerna, Projektrapporter 11/2009 och 12/2009

## 3. Vårdgarantin och landstingets väntetider

### 3.1 Vårdgarantin för sjukhusvården

Den nationella vårdgarantin tar sikte på både primärvård och specialistvård (som till stora delar tillhandahålls av sjukhusen).<sup>11</sup> För specialistvården täcker vårdgarantin såväl nybesök som behandling:

- *Besök*  
Om patienten får en remiss till den specialiserade vården, ska patienten enligt den nationella garantin få en tid för besök inom högst 90 dagar. Stockholms läns landsting har dock valt en striktare tidsgräns; patienten ska få en tid inom högst 30 dagar. Besöksgarantin gäller även om patienten sökt vård utan remiss.
- *Behandling/operation*  
Efter beslut om operation eller annan behandling ska patienten få en tid inom högst 90 dagar.

Återbesök omfattas inte av vårdgarantin. Inte heller gäller garantin om patienten endast önskar komma till en speciell utförare.

### 3.2 Aktuella väntetider

Antalet personer i landet som väntat längre än vårdgarantins gränser har minskat på senare tid. Det visar redovisningen från kömiljardens första år. I Stockholms läns landsting var det 16 procent av besöken inom specialistvården och 8 procent av behandlingarna som inte höll sig inom de nationella gränserna. Stockholm placerar sig på 19:e plats av landets 21 landsting och regioner.<sup>12</sup>

Även om landstinget förbättrat tillgängligheten finns fortfarande problem med väntetiderna. Landstinget nådde upp till kömiljardens grundkrav, men fick inte högsta utdelning eftersom inte tillräckligt många patienter erbjuds besök hos specialist inom förordad tid. Sjukhusen ansvarar även för att nå de i vissa avseenden snävare tidsgränser som satts upp inom Stockholms läns landsting.

Tabell 1 nedan visar att kirurgin och ortopedin dras med förhållandevis långa väntetider. Ungefär 20 procent av patienterna inom kirurgi respektive ortopedi får vänta längre på besök än den nationella vårdgarantins gränser.

<sup>11</sup> Principerna för vårdgarantin utgår från "Överenskommelse mellan staten och Landstingsförbundet om införande av en nationell vårdgaranti och en fortsatt satsning på förbättrad tillgänglighet i hälso- och sjukvården" (2005-09-07)

<sup>12</sup> Socialdepartementet, Resultat från kömiljarden den 30 november 2009

Tabell 1: Andel som väntat längre än nationella vårdgarantins gränser, november 2009 (procent).

	KIRURGI		ORTOPEDI	
	Besök	Behandling	Besök	Behandling
Danderyd	17	9	3	15
Karolinska	18	7	22	1
Södersjukhuset	27	15	11	4
Hela landstinget	20	8	28	8

Källa: SLL:s Centrala väntetidsregistret (CVR).

Av tabell 2 framgår att ungefär hälften av patienterna inom kirurgi och ortopedi får vänta längre på besök än vad landstingets egna och striktare tidsgräns föreskriver (30 istället för 90 dagar). Vid Karolinska universitetssjukhuset och Södersjukhuset är andelen väntande högre.

Tabell 2: Andel som väntat längre än landstingets gränser, november 2009 (procent).

	KIRURGI		ORTOPEDI	
	Besök	Behandling	Besök	Behandling
Danderyd	53	9	26	15
Karolinska	55	7	67	1
Södersjukhuset	65	15	61	4
Hela landstinget	49	8	57	8

Källa: SLL:s Centrala väntetidsregistret (CVR).

## 4. Sjukhusens system och organisation för vårdgarantin

### 4.1 Sjukhusens flerårsavtal med beställaren

I avtalen mellan hälso- och sjukvårdsnämnden och de tre sjukhusen betonas att sjukhusen ansvarar för att uppnå landstingets tidsgränser för vårdgarantin. Om gränserna inte kan hållas riskerar sjukhusen att få stå för behandlingskostnaden hos annan utförare. Sjukhusen ska delta i uppföljningar av vårdgarantin och väntetider enligt beställarens anvisningar.<sup>13</sup>

Vidare framgår att den vård som sjukhusen levererar utöver avtalat produktionsmål inte ersätts fullt ut av beställaren. Vid de intervjuer som revisionen genomfört har det påtalats att detta kan motverka målen om att nå vårdgarantins gränser.

### 4.2 Sjukhusens övergripande system

Enligt ledningarna för sjukhusen har avtalens starka betoning på vårdgarantin och tillgänglighet påverkat kulturen på sjukhusen. Arbetet med att förbättra tillgängligheten tar sig uttryck på flera sätt. Sjukhusen uppger bland annat att de uppgraderat sin planering och styrning av produktionen.<sup>14</sup> Denna bild

<sup>13</sup> HSN 0810-1200, 0812-1525, 0812-1437 (giltigt 2009-01-01 – 2011-12-31)

<sup>14</sup> Landstingsrevisorerna, Projektrapport 12/2009

bekräftas av den särskilda granskning av sjukhusens produktionsstyrning som revisionen genomfört.<sup>15</sup>

Kraven på att hålla vårdgarantin återfinns också i sjukhusens olika styrdokument. I exempelvis verksamhetsplanerna för 2009 tydliggörs detta ansvar. Karolinska universitetssjukhuset pekar ut flödesarbetet som en av sina tre huvudstrategier. Även Danderyds sjukhus identifierar flöden som en huvudstrategi och har akutmottagningens flöden samt köerna till mottagningar och operation som särskilda fokusområden. Södersjukhuset ställer upp ett flertal tillgänglighetsmål i sin verksamhetsplan.

Såväl Danderyds sjukhus som Karolinska universitetssjukhuset har köfri vård som övergripande mål för sin verksamhet.

Samtliga tre sjukhus uppger att man på olika sätt hämtar inspiration från det så kallade Lean production-konceptet för att kartlägga och försöka effektivisera olika flöden. Det handlar bland annat om att identifiera och ta bort faktorer som inte skapar värde för patienten. De kliniker som revisionen har granskat närmare har också påbörjat detta arbete. Ett exempel är ortopedin på Södersjukhuset där kliniken utarbetat nio standards för den akuta vården och fyra standards för den planerade vården. För varje standard finns riktlinjer, mål och mått samt särskilda processansvariga.<sup>16</sup>

Sjukhusen är ålagda att varje år upprätta en intern kontrollplan för verksamheten. I planerna för 2009 uppmärksammar samtliga av de tre granskade sjukhusen risker för tillgänglighetsarbetet. Sjukhusen anger också kontrollmoment eller riskförebyggande åtgärder inom detta område.

### **4.3 Sjukhusens organisation**

På Danderyds sjukhus och Södersjukhuset har chefläkarna ett tillgänglighets- och vårdgarantiansvar. På Karolinska Universitetssjukhuset är marknads- och produktionsdirektören vårdgarantiansvarig. Primärt följer sjukhusen upp väntetiderna såväl på övergripande nivå som på kliniknivå via sina månadsbokslut.

Klinikernas ledningsgrupper kontrollerar måluppfyllelse och identifierar och hanterar större avvikelser. Stora delar av klinikernas praktiska arbete kring vårdgarantin är delegerat till sektionschefer, avdelningschefer och särskilt funktionsansvariga personer såsom planerare eller väntetidskoordinatörer.

### **4.4 Revisionens kommentarer**

Granskningen visar att sjukhusens övergripande system för ledning och produktion tar sikte på att främja flöden och ökad tillgänglighet. Ansvaret för vårdgarantin har främjat ett sådant tänkande. Sjukhusen arbetar således för att

---

<sup>15</sup> Landstingsrevisorerna, Projektrapport 11/2009

<sup>16</sup> [www.leanortopedi.se](http://www.leanortopedi.se)

nå det som Socialstyrelsen kallar ”kunskap om förbättring” och som ska leda till förbättrade processer och system.<sup>17</sup>

## 5. Klinikernas arbete med vårdgarantin

Revisionen har granskat sjukhusens ortoped- och kirurgkliniker närmare. För Karolinska universitetssjukhuset vars kirurgi är uppdelad på flera kliniker har granskningen avgränsats till Gastrocentrum.

### 5.1 Remisshantering

Socialstyrelsen framhåller att patientens vårdförlopp till stor del beror på remissens innehåll och hantering.<sup>18</sup> Socialstyrelsen redogör även för ansvaret för respektive vårdaktör. Kraven omfattar bland annat att ta emot remiss, ge svar på remiss, registrera remiss och informera patienter.<sup>19</sup> Också fullmäktige betonar vikten av remissgranskning.<sup>20</sup> För att undvika onödigt långa väntetider bör denna granskning göras så snart som möjligt. Samtliga granskade kliniker tar också regelbundet ställning till inkommande remisser. Intervallen för granskningarna skiljer dock; vissa granskar dagligen, andra varannan vecka.

Många gånger anser klinikerna att remisserna inte styrker behandling. Merparten av de granskade klinikerna skickar tillbaka 20-30 procent av remisserna för kompletteringar. Vid intervjuerna har det framkommit att det finns kliniksektioner där flertalet av de patienter som remitterats i slutändan inte visar sig vara i tillräckligt behov av operation.

Vidare kan remisser bli liggande hos primärvården innan de skickas, vilket medför att vårdgarantidagar börjar löpa utan att sjukhusen kan påbörja sitt arbete. Det förekommer även att remittenten skickar remiss för samma patient till flera sjukhus samtidigt för att säkerställa att patienten ska få vård så snabbt som möjligt.

Klinikerna har inga remissgenomgångar med primärvården. Som skäl anges bland annat att det rör sig om många utförare och att det är svårt att sammankalla alla. Tidigare har det funnits begränsade remissgenomgångar för till exempel höft- och knäpatienter.

Databasen Vård i Storstockholm (VISS) innehåller så kallade standards inom olika diagnosgrupper för hur en remiss bör utformas. Exempelvis kan uppgifter om besvärens art, aktuell behandling och patientens tidigare kontakter med vården efterfrågas. Det ges även råd om när en remiss bör lämnas. Dessa standards är inte tvingande och skiljer sinsemellan i detaljeringsgrad. VISS är ett samarbete mellan primärvård, specialistvård och akutsjukhus och ägs av

<sup>17</sup> Socialstyrelsen, God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården (2006)

<sup>18</sup> Socialstyrelsen, Uppföljning av den nationella vårdgarantin (2008)

<sup>19</sup> Socialstyrelsen, Ansvar för remisser för patienter inom hälso- och sjukvården, tandvården m.m. (SOF 2004:11)

<sup>20</sup> Fullmäktiges budget 2009

landstingsstyrelsens förvaltning. Till databasen finns också ett utvecklingsråd knutet, där bland annat specialistsakkunniga och läkemedelssakkunniga ingår.

Vid våra intervjuer har det framförts att det skulle kunna vara lämpligt att utarbeta mallar för remisser. Det handlar i sådana fall om mer specialiserade och avgränsade områden. Inom ortopedin finns redan en sådan mall som hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning administrerar. Enligt uppgift är dock efterlevnaden hos primärvården låg.

Stockholms läns sjukvårdsområde, som ansvarar för den landstingsdrivna primärvården, har internt utarbetade remitteringsriktlinjer som riktar sig till samtliga deras vårdgrenar. Dessa är av generell karaktär. Enligt företrädare för sjukvårdsområdet har databasen VISS hög legitimitet inom primärvården och den blir mer och mer känd ute i verksamheterna. En förklaring till att remisser kan bli liggande innan de skickas iväg kan vara att läkarsekreterarna har hög arbetsbelastning. Vidare framförs att enheterna ibland har problem att veta till vem inom specialistvården som remisserna ska skickas eftersom uppdrag och utförare ändras ofta.

Utöver remisser från den landstingsdrivna primärvården får sjukhusen även remisser från en rad privata utförare. Mer än hälften av landstingets primärvård bedrivs av privata utförare.

Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning har aviserat att man har som mål att ta fram en praxis för remisshantering. Enligt förvaltningen har behovet av en enhetlig praxis påtalats från flera håll.<sup>21</sup> Nämnden har nyligen beslutat om regler för vad en remiss ska innehålla och hur lång tid remisshanteringen bör ta. Reglerna är på en generell och övergripande nivå.<sup>22</sup> I arbetet deltar även representanter för sjukhusen, Stockholms läns sjukvårdsområde och privata utförare. Enligt nämndens förvaltning blir dessa regler obligatoriska vid publicering på den så kallade Uppdragsguiden. Reglerna kommer inte att vara förenade med sanktioner. HSN-förvaltningen har också nyligen påbörjat ett projekt som syftar till att sjukvården framöver ska kunna använda elektroniska remisser.

## **5.2 Väntelistor, bokning av besök och återbud**

Sveriges kommuner och landsting rekommenderar att kliniker öppet och tydligt tar ställning till sina väntelistor.<sup>23</sup> Även ansvariga på Gotland, där man till stor del kommit till rätta med tidigare problem att hålla vårdgarantin, framhåller betydelsen av att ta aktiv ställning till väntelistorna och skapa bättre rutiner för inflödet. På så sätt kan väntetider kortas.<sup>24</sup>

---

<sup>21</sup> HSN 2009-06-23 p 14

<sup>22</sup> HSN 2010-01-26 p 4

<sup>23</sup> SKL, 33 förändringskoncept för bättre flyt och ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården (2008)

<sup>24</sup> SKL, [www.vantetider.se](http://www.vantetider.se) (fliken "Framgång i vårdgarantiarbetet på Gotland")

Företrädare för klinikerna framhåller att väntelistorna har förbättrats och att man numera tydligare vet vad listorna innehåller. De flesta klinikerna har också utarbetat riktlinjer för listorna. Kriterierna är dock inte tydliga i alla delar.

Vid tidsbokningen föreslår klinikerna ofta datum och klockslag via brev till patienten; några alternativa tider ges inte. Senare kan det visa sig att patienten behöver avboka och önskar en ny tid. Under tiden har andra patienter hindrats från att få aktuell operationstid. Vissa kliniker framhåller dock att de strävar efter att reformera sina bokningsrutiner och ska istället försöka ha ett mer öppet och aktivt bokningsförfarande.

Patienter och anhöriga hör inte sällan av sig och önskar få en tid tidigare än planerat. Klinikerna försöker då ofta hitta tidigare tider. Det kan till exempel vara sena avbokningar som möjliggör detta. Denna tilldelning sker dock inte på några systematiska grunder.

För några kliniker är det förhållandevis vanligt att patienter lämnar återbud till bokad besök eller operationer. För andra är sådana återbud mer ovanliga. Klinikerna kallar ofta patienten till informationsmöte inför eventuell operation. Enligt företrädare för klinikerna kan man via dessa möten fånga upp en del återbud på ett tidigt stadium.

Vid våra intervjuer har det framförts att sannolikheten för återbud ökar vid lättare diagnoser. Några mer systematiska analyser av återbuden och vad som kan förorsaka dem görs dock inte. Väntelistorna analyseras inte närmare efter diagnos eller patientgrupp.

Återbesöken står för merparten av besöken. Det handlar om patienter som har besvär som kräver uppföljning eller ytterligare behandling. Klinikerna har kriterier för vad som ska räknas som återbesök. Avdelningen för vårdinformatik (landstingsstyrelsens förvaltning) har utarbetat övergripande regler för hur nybesök respektive återbesök ska definieras.

Vid våra intervjuer har det påtalats att vårdgarantin i förlängningen riskerar att leda till att nybesök prioriteras framför återbesöken. Även de som väljer att inte utnyttja vårdgarantin, men stå kvar i kön (så kallad uppskjuten vård) kan riskera att nedprioriteras. Också vissa patientgrupper som omfattas av vårdgarantin riskerar att nedprioriteras. Det gäller patienter med något mindre allvarliga åkommor där patienttrycket är högt.

### **5.3 Logistik och nyttjande av operationssalar**

För att få god logistik är det viktigt att klinikerna nyttjar operationssalar och andra gemensamma resurser på ett effektivt sätt. Danderyds sjukhus genomför till exempel alla större kirurgiska, ortopediska och urologiska operationer på samma ställe. Med undantag för läkarna arbetar samtliga personalgrupper gränsöverskridande inom hela denna centraloperation. Flera av klinikerna strävar också efter att planera in operationer av samma typ efter varandra för att undvika tidskrävande byten av utrustning och material.

Sveriges kommuner och landsting rekommenderar att man vid operationer så långt möjligt standardiserar sortimentet av instrument. Uppdukningen inför operation tar till exempel längre tid om varje kirurg har personliga preferenser och många valmöjligheter.<sup>25</sup> Vid våra intervjuer har det redovisats exempel på manualer och checklistor för vilka instrument som ska ingå vid operation och vilka förberedelser som behöver göras. Ibland anges även förväntad tidsåtgång. Men samtidigt framförs synpunkten att man än mer påtagligt bör kunna standardisera sortiment och förberedelser vid operationer.

Flera av klinikerna uppger att antalet operationssal utgör en flaskhals som hindrar ett effektivt flöde. Vidare kan en del operationer endast genomföras i särskilda salar. Det har även framförts att lokalerna ibland är omoderna och inte alltid ändamålsenliga.

#### 5.4 Överlämnande till andra utförare

Sjukhusen har möjlighet att samarbeta med andra utförare för att erbjuda patienterna vård inom vårdgarantins gränser.<sup>26</sup> Karolinska universitetssjukhuset har ingått avtal med ett flertal underleverantörer.

Även om Danderyds sjukhus och Södersjukhuset inte har formella avtal, finns ett samarbete med andra utförare. Man stämmer ofta av med andra utförare om de har lediga vårdplatser. Generellt sett kan det dock vara svårt att få utförare att ta hand om patienter som klinikerna inte klarar av att bedöma eller behandla i tid. Av våra intervjuer framgår att klinikernas olika förfrågningar till utförare ibland kan vara tidsödande.

Också Karolinska universitetssjukhuset kan i vissa fall ha svårt att finna annan utförare. Eftersom många av sjukhusets patienter kräver högspecialiserad vård finns få andra utförare att tillgå. För till exempel gastrocentrum är absoluta merparten av den planerade vården högspecialiserad.

#### 5.5 Personalens schemaläggning

Sveriges kommuner och landsting lyfter fram vikten av att anpassa bemanningen efter förutsägbara behov.<sup>27</sup> En granskning av vårdlogistiken vid sjukhusmottagningar i Västra Götaland visar dock att läkarschemana inte alltid läggs utifrån analyser av efterfrågan under den närmaste perioden. Enligt denna granskning finns endast ett fåtal exempel vid respektive sjukhus på sådana mer systematiska analyser.<sup>28</sup>

De granskade klinikerna framhåller vid våra intervjuer att de arbetat med schemaläggning för att förbättra flödena. De menar att tydliga förbättringar har

<sup>25</sup> SKL, 33 förändringskoncept för bättre flyt och ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården (2008)

<sup>26</sup> HSN 0810-1200, 0812-1525, 0812-1437

<sup>27</sup> SKL, 33 förändringskoncept för bättre flyt och ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården (2008)

<sup>28</sup> Revisorerna Västra Götalandsregionen, Granskning av vårdlogistik vid sjukhusmottagningar och akutmottagningar (2009)

skett inom området och att framförhållningen är bättre än tidigare. Flera av klinikerna kan också redovisa exempel på systematiska schemaläggningar. Exempelvis utformas schemana på ortopediska kliniken (Solna) på Karolinska universitetssjukhuset numera så att man bättre kan kombinera resurserna mellan mottagning och behandling. Det innebär att läkarna fått mer sammanhängande tid för såväl mottagning som behandling.

Vid några av våra intervjuer har det dock framkommit att det fortfarande är möjligt att anpassa och planera bemanningen bättre än vad som görs.

## 5.6 Akut kontra planerad vård

För merparten av de granskade klinikerna är de flesta operationerna akuta. Flera kliniker uppger att de akuta fallen har ökat under senare tid. Detta försvårar möjligheterna att systematisera den planerade vården. Det händer regelbundet att patienter som är inplanerade för operation får skickas hem utan att få planerad behandling. För vissa kliniker inträffar det flera gånger i veckan och för andra några gånger i månaden.

En del av det som klassificeras som akut går trots allt att organisera på liknande sätt som planerad vård. Exempelvis arbetar ortopediska kliniken på Danderyds sjukhus efter denna princip. Patienter som kommer in akut med frakturer får numera ofta tid för operation och får återkomma om ett par dagar istället för att kliniken ska flytta på den planerade vården.

De direkt akuta fallen kräver dock omedelbar behandling och kan inte planeras på samma sätt. Det som klinikerna kan göra är att försöka förutse antalet akuta fall och lägga upp verksamheten efter detta. Det kan till exempel handla om säsongsvariationer. Vid intervjuerna har det framförts att klinikerna ofta är så gott som fullbelagda, vilket skulle göra det svårt att arbeta efter ett sådant upplägg.

Ett sätt att minska osäkerhetsfaktorn kan vara att separera det planerade från det akuta. Exempelvis såväl ortopediska som kirurgiska kliniken på Södersjukhuset har sedan en tid tillbaka delat upp verksamheten i akut respektive planerat. Även Danderyds sjukhus har anammat detta synsätt. Eftersom bland annat operationssalarna är en trång sektion kan det vara svårt att i praktiken hålla en strikt uppdelning mellan akut och planerat.

## 5.7 Andra viktiga faktorer för ett strukturerat arbetssätt

Klinikernas IT-stöd är viktiga för att kunna uppnå en god logistik och flöden. Klinikerna använder sig av olika typer av planeringsprogram för mottagning, operation och schemaläggning. I denna granskning behandlas dessa stöd inte närmare. Sjukhusen har dock i annat sammanhang uppgett att aktiviteter pågår för att utveckla nya IT-baserade system som stödjer verksamheten och ledningen i arbetet med produktionsstyrningen.<sup>29</sup>

Sveriges kommuner och landsting betonar vikten av rutiner och vårdprogram för vanligt förekommande problem. Genom att så långt som möjligt tillämpa

<sup>29</sup> Landstingsrevisorerna, Projekt rapport 11/2009

vårdprogram för olika patientkategorier spar man tid och resurser.<sup>30</sup> För vissa diagnoser som genererar stora volymer finns också sådana vårdprogram. Flera av de intervjuade framhåller att dessa främjar ett strukturerat arbetssätt. Vårdprogrammen syftar bland annat till att åtgärder ska göras på ett standardiserat och förutsägbart sätt. Det finns nationella, regionala och lokala vårdprogram.

## 5.8 Information till patienterna

I den överenskommelse om vårdgarantin som slöts mellan regeringen och dåvarande Landstingsförbundet framhålls att förbättrad information till patienterna är en förutsättning för att vårdgarantin ska fungera. Vidare fastslås att det åligger landstingen att tillhandahålla sådan information till invånarna.<sup>31</sup> Regeringen menar att rätten till information bör utvidgas och har därför nyligen föreslagit att landstingen och enskilda yrkesutövare ska åläggas att ge patienten individuellt anpassad information om vårdgarantin.<sup>32</sup>

I Stockholms läns landsting har sjukhusen via flerårsavtalen åtagit sig att ha rutiner för information till patienter om deras rätt gällande vård- och besöksgarantier. Om sjukhuset inte kan erbjuda vård inom vårdgarantins gränser ska patienten upplysas om detta.<sup>33</sup>

De granskade klinikerna saknar tydliga rutiner för att säkerställa att patienterna får nödvändig information om garantin. Vid våra intervjuer har det också framkommit att omfattningen av sjukhusens informationsansvar inte alltid är tydligt för de anställda.

## 5.9 Revisionens kommentarer

Revisionens granskning av sex kliniker (två kliniker per sjukhus) ger inte underlag för att uttala generella iakttagelser för hur sjukhusen konkret bör arbeta för att hålla tidsgränserna. Syftet är istället att visa på områden som sjukhusen kan uppmärksamma i sitt fortsatta arbete med att utveckla system för att nå vårdgarantins gränser.

Sjukhusens ibland trånga och delvis omoderna lokaler i kombination med hög arbetsbelastning ställer stora krav på fungerande logistik och effektiva processer. Vår granskning visar också att klinikerna arbetar aktivt med att förbättra flöden och tillgänglighet. Klinikerna har ett tydligt fokus på dessa frågor. Vidare finns kriterier för vilka patienter som ska tas om hand för nybesök respektive återbesök. Det finns även goda exempel på systematiska upplägg av scheman för personalen.

<sup>30</sup> SKL, 33 förändringskoncept för bättre flyt och ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården (2008)

<sup>31</sup> Överenskommelse mellan staten och Landstingsförbundet om införande av en nationell vårdgaranti och en fortsatt satsning på förbättrad tillgänglighet i hälso- och sjukvården (2005-09-07)

<sup>32</sup> Prop. 2009/10:67 Stärkt ställning för patienten

<sup>33</sup> HSN 0810-1200, 0812-1525, 0812-1437

Rutinerna för information till patienterna om vårdgarantin behöver dock förbättras. Det saknas fullt utvecklade rutiner för denna information. Regeringen förslag att lagstiftningsvägen stärka patientens rätt till information från och med 1 juli, gör det än viktigare för sjukhusen och klinikerna att framöver utveckla dessa rutiner.

Av vår granskning framgår också att tidsbokningen skulle kunna göras mer flexibel. Revisionen ser positivt på att flera kliniker strävar efter att gå i en sådan riktning. Med en mer flexibel ordning där patienten själv är aktiv skulle man inte på samma sätt riskera att låsa fast tider som senare kanske avbokas. Inte heller riskerar man att lika mycket av förberedelser går till spillo. Detta ligger också i linje med den ambition som Socialdepartementet uttryckt i samband med rapporteringen av kömiljardens första år. För att uppnå hållbara förbättringar i vårdgarantiarbetet krävs enligt departementet att landstingen framöver går från väntelistor till planeringslistor och direktbokning.<sup>34</sup>

Det har även framkommit att patienter inte alltid behandlas likvärdigt när tid för besök eller operation ska bokas. Vår granskning visar också att riktlinjerna för väntelistorna behöver utvecklas och att eventuella orsaker till att patienter lämnar återbud inte analyserats närmare.

Vidare uppvisar remisshanteringen mellan primärvården och sjukhusen brister. Sjukhusen begär ofta in kompletterande uppgifter. Visserligen bör några av klinikerna tydligare prioritera sin granskning av remisser, men sjukhusen kan inte ensamma åstadkomma nödvändiga förbättringar. Det krävs ett mer samlat grepp för att detta problem ska kunna lösas.

Den akuta vården försvårar i stor utsträckning organiseringen av den planerade vården. Vår granskning visar att klinikerna ofta har svårt att förutse och planera för detta. Det är viktigt att klinikerna organiserar sig och bygger processer så att såväl den akuta som den planerade vården ges förutsättningar att arbeta långsiktigt.

Vid våra intervjuer har framförts att det finns risk för att patienter som inte omfattas av vårdgarantin nedprioriteras. Även om Socialstyrelsen inte har kunnat kvantifiera eventuella undanträngningseffekter till följd av vårdgarantin, menar myndigheten att det finns anledning att framöver bevaka dessa risker.<sup>35</sup> Det är således angeläget att sjukhusledningarna säkerställer att också dessa patienter får god och tillgänglig vård.

---

<sup>34</sup> Socialdepartementet, Kömiljarden 2009 – resultatet (2009-12-18)

<sup>35</sup> Socialstyrelsen, Uppföljning av den nationella vårdgarantin (2008)