

Sammanträde i Patientnämnden

Ordförande kallar till sammanträde.

Tid: 2017-02-07 kl. 09:30

Plats: Masen, Landstingshuset Falun

Dessa handlingar finns att tillgå på Internet adress www.ltdalarna.se

Innehållsförteckning

	Inledning och protokollsjustering.....	2
1	Justering av närvarolistan	2
2	Godkännande av dagordning	2
3	Adjungerande	2
4	Protokollsjustering	2
5	Föregående protokoll	2
	Information.....	3
6	Ekonomisk redovisning	3
7	Svar till Patientnämnden. Återkoppling på LS svar angående privata psykoterapeuter	3
8	Svar till Patientnämnden. Konsekvenser av psykiatrins omorganisation	3
9	Granskning av patienters samlade väntetider, Landstingets revisorer	4
10	Enkät från Vårdanalys	4
11	Rapport från Vårdanalys	4
12	Information om statistik 2016	5
13	Redogörelse till IVO	5
14	Checklista för utvärdering av vårdens svar	5
15	Julfest	6
16	Informationsinsatser	6
17	Utbildningar, konferenser och studiebesök	6
18	Dialog med verksamheten	7
	Stödpersons- och vårdärenden	8
19	Stödpersonsverksamhet	8
20	Registrerade vårdärenden per huvudrubrik/kön	8
21	Avslutade vårdärenden	9
22	Exempelärenden	9
	Avslutning och sammanfattning	13
23	Sammanfattning	13
24	Övriga frågor	13
25	Nästa sammanträde	13

Inledning och protokollsjustering

1 Justering av närvarolistan

Ordförandens förslag

1. Närvarolistan fastställs

2 Godkännande av dagordning

Ordförandens förslag

1. Godkännande av föreliggande dagordning.

3 Adjungerande

Ordförandens förslag

1. Annica Lindell Lang, Roger Larsson chefläkare primärvården, samt Helene Kastemyr chef Hälsovalskansliet adjungeras.

4 Protokollsjustering

Ordförandens förslag

1. Ledamoten Lena Johansson utses att jämte ordföranden justera protokollet. Ordföranden överlämnar efter egen justering till justeringsmannen. Justering ska vara klar inom 14 dagar.

5 Föregående protokoll

Ordförandens förslag

1. Föregående protokoll läggs till handlingarna.

Information

6 Ekonomisk redovisning

A. Dnr

Material delas ut vid sammanträdet

Ordförandens förslag

1. Informationen antecknas till protokollet

7 Svar till Patientnämnden. Återkoppling på LS svar angående privata psykoterapeuter

A. 2016-42A (bilaga 2)

Ordförandens förslag

1. Informationen antecknas till protokollet

8 Svar till Patientnämnden. Konsekvenser av psykiatrins omorganisation

A. Dnr LD16/03187 (bilaga 3)

Ordförandens förslag

1. Informationen antecknas till protokollet

9 Granskning av patienters samlade väntetider, Landstingets revisorer

A. Dnr 2016-3A (bilaga 4)

Ordförandens förslag

1. Informationen antecknas till protokollet

10 Enkät från Vårdanalys

Patientnämnden Dalarnas svar på Vårdanalys enkät gällande integritet i samband med digital vårddokumentation.

A. Dnr 2016-0044A (bilaga 5)

Ordförandens förslag

1. Informationen antecknas till protokollet

11 Rapport från Vårdanalys

Vården ur befolkningens perspektiv 2016- en jämförelse mellan Sverige och tio andra länder.

A. Dnr 2016-0045A (bilaga 6)

Ordförandens förslag

1. Informationen antecknas till protokollet

12 Information om statistik 2016

Ordförandens förslag

1. Informationen antecknas till protokollet

13 Redogörelse till IVO

Redogörelse till IVO över patientnämndsverksamhet- avseende år 2016.

A. Dnr 2016-0043A (bilaga 7)

Ordförandens förslag

1. Informationen antecknas till protokollet

14 Checklista för utvärdering av vårdens svar

Testperioden påbörjades den 9 nov, 2016. Syfte: utvärdera möjlighet att via checklista granska vårdens skriftliga svar till anmälare.

Ordförandens förslag

1. Informationen antecknas till protokollet

15 Julfest

Träff för stödpersoner. Julfest ägde rum den 14 december 2016, Landstingshuset Falun.

Ordförandens förslag

1. Informationen antecknas till protokollet

16 Informationsinsatser

- A. Information till AT-läkare Mora och Falun, den 18 november 2016.
- B. Information till HSO, Malung- Sälens kommun.
- C. Information till Patientrådet Säter, den 8 dec 2016.

Ordförandens förslag

1. Informationen antecknas till protokollet

17 Utbildningar, konferenser och studiebesök

- A. Handläggare deltog i Omvårdnadsrådet, den 30 november 2016.

Ordförandens förslag

1. Informationen antecknas till protokollet

18 Dialog med verksamheten

- A. Annica Lindell Lang, Roger Larsson chefläkare primärvården, samt Helene Kastemyr chef Hälsovalskansliet bjuds in för att informera samt för dialog med nämndens ledamöter.

Ordförandens förslag

1. Informationen antecknas till protokollet

Stödpersons- och vårdärenden

19 Stödpersonsverksamhet

- A. Delegationsbeslut enligt vidaredelegation § 46A/2011
för perioden 2016-10-29—2016-12-30.

Nya förordnanden av stödperson: 5 st

Avslutade förordnanden av stödperson: 5 st

Antal pågående stödpersonsuppdrag 2016-12-30: 59 st

Ordförandens förslag

1. Anmälda delegationsbeslut antecknas till protokollet

20 Registrerade vårdärenden per huvudrubrik/kön

- A. Dnr LD17/00129 (bilaga 8)

Antal registrerade ärenden per huvudrubrik och kön
2016-10-29—2016-12-30 Totalt 198 ärenden.

Ordförandens förslag

1. Informationen antecknas till protokollet

21 Avslutade vårdärenden

A. Dnr LD17/00128 (bilaga 9)

Redovisning och dialog kring avslutade ärenden, enligt delegation §26/15, för perioden 2016-10-29—2016-12-30. Totalt 255 ärenden.

Ordförandens förslag

1. Informationen antecknas till protokollet

22 Exempelärenden

Vård och behandling

Bollad runt i vården

Sökte akut efter att ha skadat sig i ena handen. Blev undersökt och ordinerad utökning av en smärtlindring som patienten sedan tidigare är insatt på. Läkaren skrev inget recept utan hänvisade till vårdcentralen. Vid kontakt med vårdcentralen så nekades ytterligare recept, hänvisades tillbaka till läkaren på akutmottagningen. Vid kontakt med Patientnämnden uttryckte patienten stor oro över situationen. Blev någon dag senare uppringd av läkare på vårdcentralen som lovade att ordna med recept.

Missad diagnos

Avsvimmad vid flera tillfällen i hemmet, transporteras med ambulans till akutmottagningen.

Undersöktes och bedömdes kunna åka hem. Svimmade återigen på akutrummet och beslut togs att patienten fick stanna över natten.

Närstående lämnade sjukhuset men fick fyra timmar senare ett dödsbesked via telefon. Närstående anser att anledningen till uppvisade symtom hade upptäckts om en noggrannare undersökning gjorts. Anmälan enligt Lex Maria är gjord.

Omvårdnad*Fall från bår*

Cancersjuk man insjuknade med feber och ambulans tillkallades. På väg ut till bilen vickade båren och mannen föll i backen, fallet förvärrade hans sedan tidigare svåra smärtproblematik.

Bitr. verksamhetschef har haft kontakt med närstående. Händelsen är anmäld i Synergi och en bedömning kommer att ske.

Kommunikation*Dåligt bemötande*

Kvinna som vid telefonkontakt med läkare vid vuxenpsykiatri upplevde ett dåligt bemötande, inte lyssnad till. Ringde för att ställa frågor om biverkningar av läkemedel. Läkaren ifrågasatte varför hon ringde och svarade att de hade andra patienter som var mycket sämre och som behövde tider. Verksamhetschef beklagar att kvinnan upplevt ett dåligt bemötande, berörd läkare är informerad om anmälan. Hyrläkarens uppdrag kommer inte att förlängas.

Patientjournal och sekretess*Felaktig dokumentation*

Man som vid anamnes uppger att han inte druckit alkohol på 35 år, berättar vad han arbetar med. När han efter besöket läser sin journal finns dokumentation att han dricker alkohol regelbundet samt uppgifter om arbetet som inte stämmer. Brev till verksamhetschef, berörd personal svarar och ber om ursäkt. Mannen har erbjudits ny tid för att korrigera journalanteckningen.

Kränkande journaldokumentation

Patient som reagerat kraftigt på läkarens dokumentation efter ett besök vid vårdcentral. I journalen står b. la orden missbruk och manipulativ. Läkaren har skickat remiss till psykiatri utan att informera patienten. Patient avser att själv kontakta ansvarig chef.

Organisation och tillgänglighet

Kan ej få boka tid

Kvinna som kontaktat vårdcentralen pga. magbesvär. Får besked att hon inte kan få boka tid. Sjuksköterska ska ha sagt att det handlar om ekonomi. Uppmanar patienten att ringa igen och att hon säkert får ringa flera gånger innan hon kan få någon tid. Besvären är inte akuta men hon tycker det är konstigt att hon ska belasta telefon återkommande istället för att få en tid. Samtal om läkarsituationen och brist på tider. Informerar att hennes synpunkt kommer till vårdens kännedom. Hon måste fortsätta att ringa för att få en tid.

Kritik och förbättringsförslag

Mor som hör av sig med anledning av vård och bemötande vid BUP. Hon kontaktade mottagningen upprepade gånger på en vecka men blev hänvisad till primärvården, att avvakta, med besked att om dottern kunde gå kunde de komma till BUP. Mor önskade att de prioriterat ett sjukt barn och gjort ett hembesök för en bedömning. De har tillgång till ett mobilt team. Det dröjde 10 månader innan de fick komma på ett läkarbesök. Hon önskar även att det skulle utarbetas bättre rutiner för samarbete mellan skola, socialen och BUP när det gäller barn som inte går till skolan.

Uteblivet stöd

Kvinna som via smärt rehab fått remiss till Sthlm för utredning av ME. Fått avslag på remiss pga. "stopp" för intag av nya patienter. När kvinnan kontaktat smärt rehab fått besked att de inte kan göra något mer för henne. Kvinnan har under många års tid sökt för besvären och anser att hjälp och stöd varit obefintligt från LT Dalarna. Hänvisas att kontakta Centrum för sällsynta diagnoser för ev. hänvisning vidare. Kvinnan återkopplar till PN att kliniken i Sthlm åter tar emot patienter. Hon har själv kontaktat Smärt rehab med detta besked och uppfattar att remittering inte längre är aktuellt. Samtal med enhetschef som ska titta på ärendet och ge kvinnan besked.

Administrativ hantering*Otydliga besked gällande sjukresa*

Patient anser att akutkliniken bör se över den information de ger patienter gällande sjukresor. Framför att personalens osäkerhet i frågan resulterar i olika svar och oroas över att de svagare patienterna därmed oftare nekas sjukresa. Att det ibland krävs patientens argumentation för att få sjukresa beviljad. Påtalar att hanteringen fördröjs då "en personal ska fråga en annan", för att sedan återkoppla. Efterfrågar att önskan gällande översyn av denna fråga, når ansvarig chef. Efterfrågar ingen återkoppling. Vill vara anonym. Mejlar patientsynpunkten till verksamhetschef.

Ordförandens förslag

1. Informationen antecknas till protokollet

Avslutning och sammanfattning

23 Sammanfattning

Ordförandens förslag

1. Informationen antecknas till protokollet

24 Övriga frågor

Ordförandens förslag

1. Informationen antecknas till protokollet

25 Nästa sammanträde

Nästa sammanträde äger rum den 11 april 2017, kl. 09:30

Patientnämnden

**Svar till Patientnämndens återkoppling på
Landstingsstyrelsens svar angående privata
psykoterapeuter.**

Patientnämnden har ställt fördjupade frågor kring psykoterapi utifrån det svar (LD16/01261) som landstingsordförande gav nämnden den 20 april 2016. I dialog med divisionschef Per Söderberg ges följande svar och förtydligande.

Patientnämnden skriver;

Idag pågår 200 psykoterapier enligt uppgift inom vuxenpsykiatri hos privata psykoterapeuter. Hur många finns i aktiv kö till terapeutisk behandling inom Division Psykiatri?

Frågan om köer till vård och behandling har varit på agendan under senaste året, särskilt i samband med genomförandet av de struktur- och förändringsbeslut som ålagts verksamheterna. Under perioden med avveckling och sammanslagning av öppenvårdsmottagningarna i slutet av 2015 och början av 2016 har kön till psykoterapeutisk behandling ökat. Under hösten 2017 har division psykiatri genomfört ett riktat arbete för att förbättra denna kö-problematik, kölistor har granskats, patienter har kontaktats och fler patienter har erbjudits privata psykoterapi enligt regelverk i patientlagen och vårdgarantin. Arbetet med kölistorna har även medfört att kölistorna har minskat, och kötiden blivit kortare.

Den aktuella kösituationen till psykoterapi, 1 november 2016:

Mottagningar	Kö till psykoterapi	Pågående Psykoterapi	
		Egna	Köpta
BUP (barn och ungdomar)	112	383	69
Vuxenpsykiatri – Norravästra	25	214	44
Vuxenpsykiatri - Falunsödra	54	190	25
Vuxenpsykiatri - Mellersta	117	135	26

Det nuvarande privata avtalen med Psykiatrin upphör 2017. Hur ska landstinget Dalarna säkerställa att patienter får behandling inom ramen för vårdgarantin när avtalen upphör?

Patientnämnden ser ett ökat antal ärenden med problematiken av fortsatt långa väntetider.

Idag pågår en ny upphandling av privata psykoterapeuter, avtalen beräknas vara klara före nuvarande avtal går ut. Inriktningen på avtalen är korttidspsykoterapi, vilket kan ge större möjlighet att fler patienter kan erbjudas psykoterapi. Arbetet med köerna inom verksamheten har intensifierats, bedömningsrutiner för psykoterapi har tydliggjorts och rutiner för att informera om patientlagen och vårdgarantin har implementerats (bilaga 1).

De nämnda faktorerna kan förbättra kösituationen, samtidigt finns ett allvarligt rekryteringsproblem av psykologer och psykoterapeuter, vilket kan medföra att förbättringen av kösituationen kommer att ta något längre tid än beräknat.

Gunnar Barke

Landstingsstyrelsens ordförande

Dina rättigheter som patient

Vuxenpsykiatri, barn- och ungdomspsykiatri
i Landstinget Dalarna



Landstinget
DALARNA

Patientlagen

Från 1 januari 2015 gäller en ny lag, patientlagen. I lagen beskrivs bland annat vilken information du som patient ska få om din vård och om dina möjligheten att välja vård.

Förstå och vara delaktig

Informationen du får om din vård ska vara begriplig och kan ges muntligt, skriftligt eller via tolk, beroende på din situation och dina förutsättningar. Det är viktigt för att du ska kunna förstå och vara delaktig i din vård. När du förstår vilka alternativ och möjligheter du har kan du ge ditt samtycke eller på annat sätt uttrycka ett ja. Det gäller även dig som inte är myndig. Vid akuta situationer, om du till exempel är medvetslös och inte kan ge ditt samtycke, får du ändå den vård som du behöver.

Du kan också välja att säga nej till den vård du erbjuds. Även om du har gett din tillåtelse till en viss vård kan du ändra dig. Barn ska också ha möjligheten att uttrycka sin åsikt. Är barnet litet kan det ske tillsammans med barnets vårdnadshavare, men ju äldre barnet är desto viktigare är det att få vara delaktig i sin vård.

Vad kan informationen handla om?

Efter utförd bedömning ska du få information om:

- Ditt hälsotillstånd
- Vilka metoder som finns för undersökning, vård och behandling
- Vilka hjälpmedel som finns
- När du kan förvänta dig att få vård
- Vad behandlingen och vården förväntas resultera i
- Vilka risker för komplikationer och biverkningar som finns

- Hur eftervården, som du kan behöva kan/ska gå till

Ibland kan det vara dina närstående som behöver få information om din vård. På grund av tystnadsplikt kan närstående bara bli informerade om du själv är med vid besöket eller har gett ditt samtycke.

Hur får man kontakt med den psykiatriska öppenvården?

I Landstinget Dalarna kan man göra en egen vårdbegäran till psykiatrisk specialistnivå genom att ringa till lämplig psykiatrisk mottagning eller via 1177.se. Kontaktuppgifter finns på www.ltdalarna.se. Du kan också få remiss till psykiatrisk specialistnivå via primärvård, annan hälso och sjukvård eller elevhälsa.

Välja vård

Valfrihet i vården

Du kan även söka öppen psykiatrisk vård i annat landsting/region för att få en medicinsk bedömning. Vid varje vårdkontakt ska det göras en medicinsk bedömning. Bedömningen kan leda till ett vårderbjudande, ett egenvårdsråd eller en hänvisning till annan vårdnivå. Rätten att fritt söka öppen vård innebär således rätt till en medicinsk bedömning – men inte till viss vård.

Efter att en bedömning har gjorts och du som patient fått ett vårderbjudande kan du också välja var du ska få din vård. Du som patient kan fritt söka öppenvård i hela Sverige, vilket innebär vårdcentral eller en öppen specialistmottagning som drivs av offentliga vårdgivare eller av privata vårdgivare som har avtal med något landsting eller region. Öppenvård kallas all vård när du inte blir inlagd. Vid fritt vårdval får du som patient själv betala alla merkostnader såsom resor mm.

Valfrihetsvård omfattar även psykiatriska och psykologiska utredningar om det finns en medicinsk bedömning att en sådan ska genomföras.

Om du använder dig av rätten till det fria vårdvalet och själv vänder dig direkt till ett annat landsting eller region, behöver du veta vilken enhet som ansvarar för motsvarande medicinska bedömningar. Du måste själv ta reda på om det finns särskilda remissregler vid den mottagning dit du vill komma.

Remiss

Landstinget Dalarna kan förmedla remiss till annat landsting eller privat vårdgivare med avtal med annat landsting, förutsatt att en medicinsk bedömning är gjord, i Landstinget Dalarna, eller i annat landsting/region. I Landstinget Dalarna görs den medicinska bedömningen av psykiatrisk öppenvård.

När valfrihet i vård inte är tillämplig

Det finns situationer där valfrihet i vården inte kan medges av olika skäl.

- I de fall när vården bedrivs enligt öppen psykiatrisk tvångsvård ÖPT eller öppen rättspsykiatrisk vård ÖRV
- Om vården kräver speciella samarbetsavtal med andra vårdgivare, t.ex. högspecialiserad vård eller om vården är i lag specialreglerad.
- För öppen psykiatrisk vård som ges i kombination med slutenvård eller dagvård krävs först ett godkännande från psykiatriska öppenvården i Landstinget Dalarna.
- Psykiatrisk vård som även innefattar kommunala insatser där vårdplanering skett enligt särskilda överenskommelser och innehåller gemensamma insatser mellan huvudmän. Ofta regleras de gemensamma insatserna i en SIP-överenskommelse (Särskild Individuell Plan).

Vårdgarantin

Vårdgarantin innebär att man som patient ska få vård inom en viss tid och vårdgarantin gäller endast inom ditt hemlandsting. Garantin är en del av hälso- och sjukvårdslagen.

Medicinska bedömningar omfattas av vårdgarantin och besök till den specialiserade vården ska erbjudas inom 90 dagar för bedömning. Om den medicinska bedömningen inte kan erbjudas inom 90 dagar skall du erbjudas besök hos annan vårdgivare som landstinget utser. Om den medicinska bedömningen leder fram till att du ska erbjudas fortsatt medicinsk bedömning/utredning omfattas den fortsatta bedömningen/utredningen inte av hemlandstingets vårdgaranti.

Den som bedömts behöva en behandling ska erbjudas den inom ytterligare 90 dagar. Om bedömd behandling inte kan erbjudas inom 90 dagar skall du erbjudas behandling hos annan vårdgivare som landstinget utser.

Då vårdgarantin tillämpas står Landstinget för alla merkostnader såsom resor m.m.

Väntetider i vården

Information om väntetider i vården

De väntetider som visas på dessa sidor talar om hur länge patienter utan förtur beräknas få vänta på det första besöket för bedömning. Du kan alltså inte se hur länge just du får vänta eftersom ditt vårdbehov bedöms individuellt av din läkare eller annan vårdansvarig person.

Du bör därför som patient vända dig till den mottagning till vilken du remitterats för att få veta vilken tid som gäller för dig.

Väntetider till mottagningar och behandlingar i hela landet hittar du här:
www.vantetider.se

Väntetidskansliet

För information om väntetider kan du vända dig till Väntetidskansliet.

Telefon: 023-49 03 00

Telefontider 09:00-11:30, 12:30-15:00

Mer information

www.1177.se

www.ltdalarna.se

www.skl.se

Inte nöjd med vården

Patientnämnden

I varje landsting finns en patientnämnd som ska hjälpa dig om du inte känner dig delaktig eller på annat sätt inte är nöjd med vården. Om du känner att du inte blivit bra bemött eller fått rätt vård kan du klaga där du fått vården. Det kan gälla allt från mindre problem till svåra situationer som har lett till skador. Du kan också göra en anmälan till Patientnämnden i Dalarna.

Besöksadress:

Patientnämndens kansli
Landstingshuset
Vasagatan 27
Falun

Postadress:

Patientnämnden Dalarna
Box 712
791 29 Falun

Telefon:

023-49 01 00

E-post:

patientnamnden@ltdalarna.se

Beslutsdatum 2016-12-14

Sida 1 (1)
Dnr LD16/03186

Delegeringsbeslut av ordförande enligt LS § 113/14 punkt 1.1.1.1

Plats	Landstingshuset	Originalt till:
Beslutande	Gunnar Barke, landstingsstyrelsens ordförande	Akten
Sekreterare	Carl Gudmundsson	Kopia

Svar till Patientnämndens återkoppling på Landstingsstyrelsens svar
angående privata psykoterapeuter.

BESLUT

Undertecknad beslutar att överlämna bifogad skrivelse
till Patientnämnden.


Gunnar Barke
Landstingsstyrelsens ordförande

Patientnämndens frågor till divisionschef Per Söderberg angående konsekvenser av psykiatrins omorganisation

Patientnämnden önskar få en illustration med en karta över hela Division Psykiatri i Dalarna där följande parametrar markeras per respektive ort:

- Psykiatrins olika vårdinrättningar (även öppenvård)
- Antalet anställda och profession inom psykiatri på varje vårdinrättning
- Antal patienter inom BUP och Vuxenpsykiatri som har pågående terapeutisk behandling
- Antal patienter inom BUP och Vuxenpsykiatri som står i kö för utredning respektive terapeutisk behandling
- Väntetider till utredning och behandling
- Privata vårdgivare som har avtal med psykiatri för utredning respektive behandling

Patientnämnden efterfrågar en redogörelse över den utlokaliserade/ambulerande Öppenpsykiatriska verksamheten:

Hur bedrivs och fungerar verksamheterna?

Vad erbjuds?

Hur samverkar psykiatrin med kommunala Hälso- och sjukvården?

Hur många besök genomförs och på vilka orter?

Hur får patienten kännedom om verksamheten?

Påverkas service och utbud i områden med längre avstånd?

Har det skett någon uppföljning av verksamheten?

Vänligen Patientnämnden Dalarna genom

Falun 2016-10-12



Agneta Andreasson-Bäck ordf.



Kerstin Lundh 1: e vice ordf.



Lena Johansson 2: e vice ordf.

Till

Patientnämnden Dalarna

Agneta Andreasson Bäck

Kopia Kerstin Lundh

Kopia Lena Johansson

Ärende:

Svar på frågor ställda i skrivelse till divisionschef Per Söderberg 2016-10-12 (LD 16/03187) angående konsekvenser av psykiatrins omorganisation.

I skrivelsen efterfrågar Patientnämnden olika redogörelser och beskrivningar från psykiatrin, vilka besvaras kronologiskt utifrån ställda frågeställningar.

Frågeställningar

Patientnämnden önskar få en illustration med karta över hela Division Psykiatri i Dalarna där följande parametrar markeras per respektive ort:

- a. Psykiatrins olika vårdinrättningar
- b. Antal anställda och profession inom psykiatrin på varje vårdinrättning
- c. Antal patienter inom BUP och Vuxenpsykiatrin som har pågående terapeutisk behandling
- d. Antal patienter inom BUP och Vuxenpsykiatrin som står i kö för utredning respektive behandling
- e. Väntetider till utredning och behandling
- f. Privata vårdgivare som har avtal med psykiatrin för utredning respektive behandling

Redogörelser

Patientnämnden efterfrågar en redogörelse över den utlokaliserade/ambulerande Öppenvård psykiatriska verksamheten:

- g. Hur bedrivs och fungerar verksamheterna
- h. Vad erbjuds
- i. Hur samverkar psykiatrin med kommunala Hälso- och sjukvården
- j. Hur många besök genomförs och på vilka orter
- k. Hur får patienten kännedom om verksamheten
- l. Påverkas service och utbud i området med längre avstånd
- m. Har det skett uppföljning av verksamheten

A. Psykiatrins olika vårdinrättningar

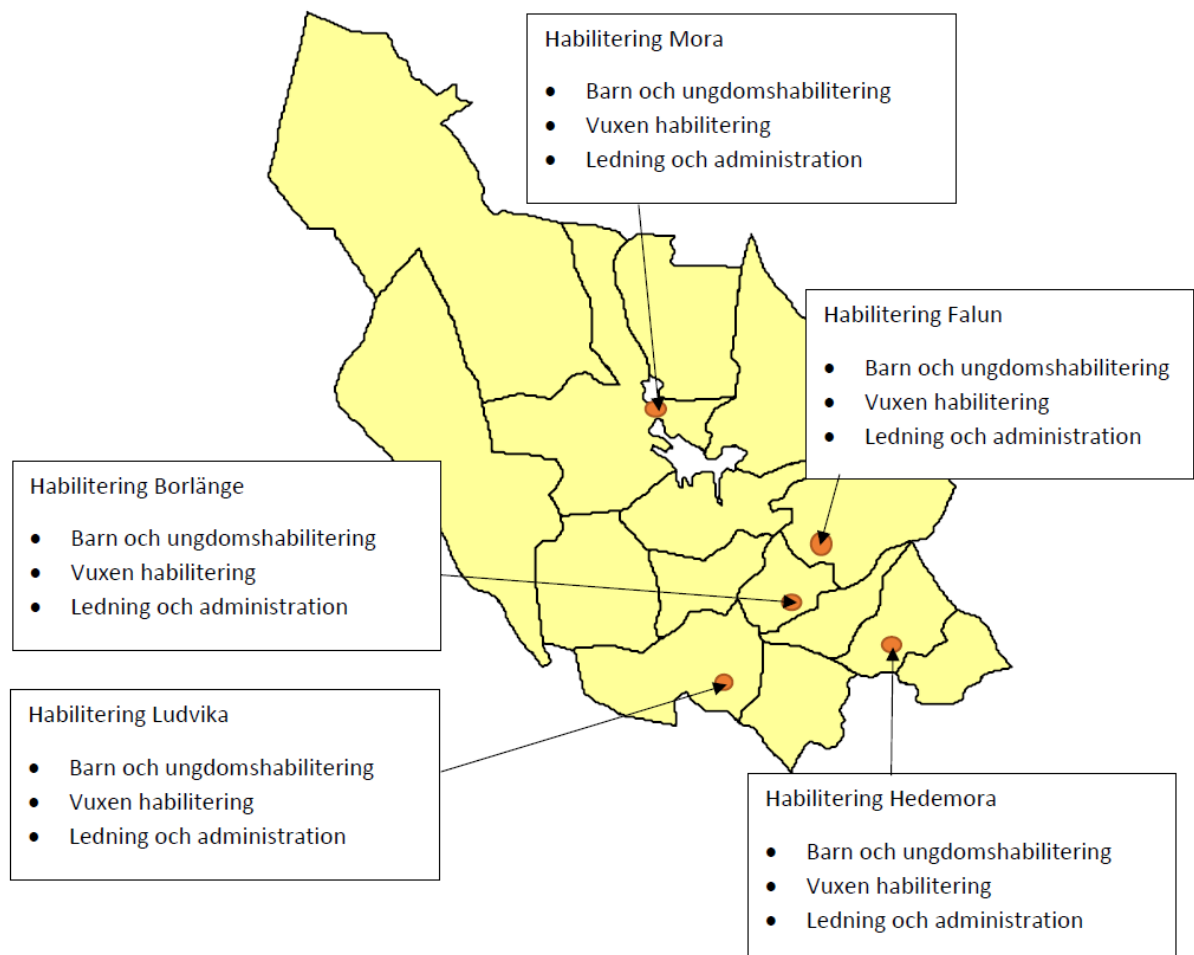
Totalt består division Psykiatri av 51 olika enheter/avdelningar som finns utspridda i hela Dalarna, utbudet finns i 10 olika kommuner. Vuxenpsykiatrins öppenvård finns på 8 olika orter, heldygnsvården i Falun och Säter, Habiliteringen och BUP på fem orter vardera.

Vuxenpsykiatri och BUP Dalarna



I division Psykiatri inkluderas även habiliteringen, en verksamhet som har mottagningsverksamhet i Mora, Falun, Borlänge, Ludvika och Hedemora. Verksamheten i Hedemora planeras att flytta till Avesta, från externt hyrda lokaler till lokaler inom Avesta lasarett.

Habiliteringen Dalarna



B. Antal anställda och profession inom psykiatrin på varje vårdinrättning

Enhet	Öl	AT	ST	Psyko- log	Kura- tor	Arb ter	fys ter	beh ass	ssk	usk	skötare	m sekr	övriga	1:a linjen	v- chef
BUP öppenvårsmott	4		4	3	4	3		2	5			2	1		
BUP avd 68				1	1				11	9	3	2			
BUP Ätstörning Torner				2	1			2						1	
BUP familjeterapienhet				2	1			2	2	3		4			
BUP nyanmälan råd					1			1	1						
BUP ledning adm													2		1
BUP Mora				2	5	1			3			3	1	1	
BUP Borlänge				2	4	1		3	3			3	1	1	
BUP Avesta					5	1			3			1	2		
BUP Ludvika					2	1			3			2			
Öv psyk FalunSödra	1	24	3												
Falun team 1	1			5	1	2	1		7		1		2		
Falun team 2	2			5					4		3		2	1	
Falun team 3	2				1	1	1		6		6			1	
adm enheten												8			
Öv psyk Borlänge				7	3	3			16		7	7	3	1	
Öv psyk Ludvika			8	4	3	2	1				5	5		1	
Öv psyk Gagnef				2					3			1	1		
Öv psyk Norravästra	2	6	2	5	4	2			33		8	14	2	1	1
RPK avd 30									3		24				
RPK avd 31									7		19				
RPK avd 32									6		17				
RPK avd 34									5		18				
RPK avd 35									9		22		1		
RPK avd 36									4		18				
RPK behandlingsteam				3	4	2	2	2							
RPK säkerhetsenhet													9		
RPK ledning och adm									1			3	1	3	1
APK Falun	1	25	4												
APK avd 60									9		25		1		
APK avd 65									5		16				
APK LARO									4						
Dala ABC				1	4			1	4			2		1	
APK Säter	8	17	11												
avd 90									5		19				
avd93/95									20		32				
APK Behandlingsteam				2	1	1									
APK ledning adm enh												7	2		1
Totalt	21	72	24	46	45	20	5	13	182	12	243	64	31	12	4
Tot Personal Div	794														

* Antal anställda har rapporterats från HEROMA 2016-12-06

C. Antal patienter inom BUP och Vuxenpsykiatri som har pågående terapeutisk behandling

Under november månad 2016 genomfördes en inventering av pågående behandlingar med psykoterapi. Inom hela psykiatridivisionen pågår 1086 behandlingar som definieras som psykoterapi, varav 164 bedrivs av externa psykoterapeuter via upphandlade avtal. I jämförelse med all annan vård och behandling inom psykiatri, utgör psykoterapi cirka 8-9 % av all olika behandlingsformer.

Mottagningar	Pågående Psykoterapi	
	Egna	Köpta
BUP (barn och ungdomar)	383	69
Vuxenpsykiatri – Norravästra	214	44
Vuxenpsykiatri - Falunsödra	190	25
Vuxenpsykiatri – Mellersta Västerbergslagen	135	26

D. Antal patienter inom BUP och Vuxenpsykiatri som står i kö för utredning respektive behandling

Under hösten 2016 genomfördes dels en inventering av kösituationen till **psykoterapi**, och dels ett uppföljningsarbete med de patienter som står i köerna. I november 2016 fanns det cirka 300 patienter i kö till psykoterapi, varav en tredjedel är barn och ungdomar inom BUP.

Kön till **utredningar** är relativt lång, behovet och remisser till verksamheterna har under de senaste åren ökat markant. Under året har köerna ökat inom BUP, men minskat inom vuxenpsykiatri.

Mottagningar	Kö till psykoterapi Antal patienter	Kö till utredningar Antal patienter
BUP (barn och ungdomar)	112	174
Vuxenpsykiatri – Norravästra	25	23
Vuxenpsykiatri - Falunsödra	54	178
Vuxenpsykiatri - Mellersta	117	101

E. Väntetider till utredning och behandling

Väntetiden till **psykoterapi** varierar något mellan mottagningarna i länet, längsta väntetiden för psykoterapi varierar mellan mottagningarna från 3 till 18 månader, medan den genomsnittliga väntetiden varierar från någon månad upp till 9 månader.

Väntetiden till **utredningar** är något längre jämfört psykoterapi, längsta väntetiden varierar mellan verksamheterna från 12 till 24 månader. Den genomsnittliga väntetiden variera från 6 till 18 månader

Utredningar	Psykoterapi Genomsnittlig väntetid	Psykoterapi Längsta väntetiden	Utredningar Genomsnittlig väntetid	Utredning Längsta väntetiden
BUP (barn och ungdomar)	6 mån	12 mån	9 mån	19 mån
Vuxenpsykiatri – Norravästra	1-2 mån	3 mån	6 mån	12 mån
Vuxenpsykiatri - Falunsödra	6-9 mån	17 mån	10 -12 mån	12 mån
Vuxenpsykiatri - Mellersta	6-9 mån	18 mån	12 –18 mån	24 mån

F. Privata vårdgivare som har avtal med psykiatri för utredning respektive behandling

Psykiatri har sedan flera år upphandlade avtal med privata vårdgivare, dels psykoterapeuter för psykoterapi och dels psykologer för utredningar. Totalt har landstinget avtal med 13 privata vårdgivare som kan erbjuda psykoterapi (se nedan). Ny upphandling pågår, som beräknas vara klar i februari 2017.

LEVERANTÖR	KATEGORI	VARUGRUPP	UNDERGRUPP	TILL OCH MED
Psykologpartners W & W AB	Hälso- och sjukvårdstjänster	Psykoterapeutiska behandlingar	- iKBT på nätet - depression - ångest - oro - sömn - stress - Psykolog - Stöd - Neuropsykiatriska utredningar - Vuxenpsykiatri	2018-04-14
Psykologverksamheten Staffan Söderström	Hälso- och sjukvårdstjänster	Psykoterapeutiska behandlingar	- Psykoterapeutiska - Behandlingar	2016-12-31
S:t Lukas Dalarna	Hälso- och sjukvårdstjänster	Psykoterapeutiska behandlingar	- Psykoterapeutiska - Behandlingar	2017-02-14
Dorja Psykologkonsult AB	Hälso- och sjukvårdstjänster	Psykoterapeutiska behandlingar	- Psykoterapeutiska - Behandlingar	2017-02-14
INTERLOQUIUM	Hälso- och sjukvårdstjänster	Psykoterapeutiska behandlingar	- Psykoterapeutiska - Behandlingar	2017-02-14
KZI Psykoterapi AB	Hälso- och sjukvårdstjänster	Psykoterapeutiska behandlingar	- Psykoterapeutiska - Behandlingar	2017-02-14
M.H.E. Kliniken Aktiebolag	Hälso- och sjukvårdstjänster	Psykoterapeutiska behandlingar	- Psykoterapeutiska - Behandlingar	2017-02-14
MensSana - Samtalshälsan	Hälso- och sjukvårdstjänster	Psykoterapeutiska behandlingar	- Psykoterapeutiska - Behandlingar	2017-02-14
Peter Jäderbrant AB	Hälso- och sjukvårdstjänster	Psykoterapeutiska behandlingar	- Psykoterapeutiska - Behandlingar	2017-02-14
Praktikertjänst Aktiebolag	Hälso- och sjukvårdstjänster	Psykoterapeutiska behandlingar	- Psykoterapeutiska - Behandlingar	2017-02-14
Samtalsmottagning Kersti Hallenberg	Hälso- och sjukvårdstjänster	Psykoterapeutiska behandlingar	- Psykoterapeutiska - Behandlingar	2017-02-14
Soul Dent Aktiebolag	Hälso- och sjukvårdstjänster	Psykoterapeutiska behandlingar	- Psykoterapeutiska - Behandlingar	2017-02-14
Sverker Belin Aktiebolag	Hälso- och sjukvårdstjänster	Psykoterapeutiska behandlingar	- Psykoterapeutiska - Behandlingar	2017-02-14

De upphandlade företagen som kan erbjuda utredningar är 10 stycken, vilka alla är riktade mot barn och ungdomar (se nedan). Ny upphandling pågår, då även för utredningar för vuxna personer.

Wallmark Konsultation AB	Hälso- och sjukvårdstjänster	Psykologer för utredning, barn	- Leg psykolog, samtal	2017-10-07
Mäkinen Konsult Aktiebolag	Hälso- och sjukvårdstjänster	Psykologer för utredning, barn	- Psykologer - Specialistnivå - Barn - Ungdom	2017-02-28
Mentea AB	Hälso- och sjukvårdstjänster	Psykologer för utredning, barn	- Psykologer - Specialistnivå - Barn - Ungdom	2017-02-28
KBT i Dalarna AB	Hälso- och sjukvårdstjänster	Psykologer för utredning, barn	- Psykologer - Specialistnivå - Barn - Ungdom	2017-02-28
PsykologGården Leksand AB	Hälso- och sjukvårdstjänster	Psykologer för utredning, barn	- Psykologer - Specialistnivå - Barn - Ungdom	2017-02-28
Moment Psykologi AB	Hälso- och sjukvårdstjänster	Psykologer för utredning, barn	- Psykologer - Specialistnivå - Barn - Ungdom	2017-02-28
Frostmo Consulting AB	Hälso- och sjukvårdstjänster	Psykologer för utredning, barn	- Psykologer - Specialistnivå - Barn - Ungdom	2017-02-28
Psykolog Mallan Rahbek AB	Hälso- och sjukvårdstjänster	Psykologer för utredning, barn	- Psykologer - Specialistnivå - Barn - Ungdom	2017-02-28
Leg Psykolog Annika Flenninger AB	Hälso- och sjukvårdstjänster	Psykologer för utredning, barn	- Psykologer - Specialistnivå - Barn - Ungdom	2017-02-28
Leg Psykolog Birgitta Ingstedt Jarl AB	Hälso- och sjukvårdstjänster	Psykologer för utredning, barn	- Psykologer - Specialistnivå - Barn - Ungdom	2017-02-28

Redogörelser

Redogörelse över den utlokaliserade/ambulerande öppenvårdspsykiatrisk verksamhet

Inom division psykiatri används inte begreppen "utlokaliserad/ambulerande verksamheter". Det är över 30 år sedan psykiatrin omorganiserades, med avveckling av "mentalsjukhusen" och samtidig uppbyggnad av psykiatriska öppenvårdsmottagningar i kommunerna. Verksamheten har varit stationär på specialistmottagningarna, men har i behandlingsutbud erbjudit hembesök för patienter med allvarliga och svåra psykiatriska tillstånd.

Den vuxenpsykiatriska öppenvårdsverksamheten har gemensamt tagit fram ett "basutbud" (Vuxenpsykiatrins uppdrag i Landstinget Dalarna – öppenvården), ett styrdokument som beskriver verksamheten grundläggande verksamhet. Dokumentet beskriver grundläggande principer, nivåstrukturer, arbetsmetoder, tillgänglighet och prioriteringar som verksamheten styr och arbetar mot, varav mycket är implementerat medan annat utgör tydliga målformuleringar. Detta mål- och styrdokument ingår i divisionens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Dokumentet "Vuxenpsykiatrins uppdrag i Landstinget Dalarna – öppenvården" bifogas som bilaga.

Sammanfattande redogörelse beskrivs utifrån Patientnämndens frågeställningar, uppdelat och sammanfattat från respektive verksamhetschef inom öppenvården och BUP.

Basenhet - Barn och ungdomspsykiatri Dalarna

Verksamhetschef Anna Ståhlkloo

Hur bedrivs verksamheterna?

BUP har 5 öppenvårdsmottagningar med samma uppdrag. Undantag är Borlänge/Ludvika där alla nybesök utförs vid Borlängemottagningen. Läkare finns på varje öppenvård, flera av dem är hyrläkare.

Öppenvårdsmottagningar har under 2015-2016 haft många vakanser vilket påverkat våra möjligheter att klara uppdraget. Vi har under 2016 köpt mycket vård både för behandling och utredningar. Våra köer till både bedömning och utredning har ökat under 2016. I dagsläget görs ett arbete i frågan för att förbättra flöden och minska köer.

I Falun har vi flera länsgemensamma enheter, Nynmälan och Råd, Ätstörningsenheten Tornet, familjeterapienheten, heldygnsvård, DBT-team och Kcnp (kunskapscentrum neuropsykiatri). Tornet klara sitt uppdrag bra och inga väntetider finns där. Familjeterapienheten har få på väntelista.

BUP erbjuder idag föräldrautbildning Strategi, gruppbehandling för barn med ångest, traumabehandling, psykoterapi i form av KBT, psykodynamisk psykoterapi, DBT, familjeterapi samt psykopedagogiska insatser av specialpedagog samt arbetsterapeut inkluderat hjälpmedel.

Hur samverkar psykiatrin med kommunala hälso och sjukvården

BUP samverkar oftast med IFO eller LSS. Samarbetsöverenskommelser finns. I vissa fall gällande barn med uppgivenhetssyndrom har kommunala hälso och sjukvården kopplats in.

Vi arbetar med SIP och vårdplaner.

Vi har ibland svårigheter i samarbetet med kommunerna gällande svårt sjuka ungdomar som ska skrivas ut från slutenvården, gäller ofta boendefrågan när föräldrar ej kan ta hand om sina barn/ungdomar.

Hur många besök görs och på vilka orter

I BUP totalt har vi under 2016 fram till oktober utfört 19 237 besök för 2717 patienter.

	Besök	Antal individer
Avesta BUP Mott	1858	337
Borlänge BUP Mott	4333	733
Falun BUP Avd 68	151	86
Falun BUP Familjeterapi	1462	90
Falun BUP Mott	4370	722
Falun BUP Nyanm o Råd	36	18
Falun BUP Åtstörning	1988	89
Falun KCNP	610	103
Ludvika BUP Mott	1197	272
Mora BUP Mott	3232	562

Hur får patienten kännedom om verksamheten?

Information finns både på nätet och intranätet. Vårdgrannar och samarbetspartners har god kännedom om BUP. Du kan söka via egenvårdsremiss, remiss eller via telefon/vårdbegäran.

Påverkas service

Vi erbjuder vård/insatser på alla orter med undantag för Ludvika där familjer får åka till Borlänge för sitt nybesök. De länsgemensamma enheterna har alltid varit lokaliserade i Falun så här är det längre resväg.

Uppföljning

Vi har rutiner för egenkontroll vilket sker kontinuerligt. BUP är med i Nysam och jämförs med andra landsting. En revision genomfördes 2012 och 2016. Vi arbetar vidare för att förbättra de områden i verksamheten där vår tillgänglighet är låg och där väntetiderna är långa.

Basenhet Psykiatrisk öppenvård Norra och Västar Dalarna

Verksamhetschef Jeanette Hjortsberg

Hur bedrivs och fungerar verksamheterna, vad erbjuds?

Generellt så har vi idag ingen aning om vår bemanning är tillräcklig för att klara uppdraget. Uppdraget består av Basutbudet för öppenvården. Produktionsstyrning pågår för fullt men vi beräknas inte vara klara förrän tidigast under senare hälften av 2017 med hela det arbetet. Vi strävar efter att få klart för oss vilket behov som finns av våra insatser samt vilken kapacitet vi har och behöver för att klara av att balansera detta. Vi har en stark känsla av att vi har en överbeläggningssituation även i öppenvård men det är ännu inte definierat vart vår gräns går. Vi har en besvärlig personalsituation som eskalerade i och med omorganisationen under hösten 2015.

Förklaringar till viss verksamhet nedan:

Öppet hus - innebär att vi har en gruppverksamhet där vi träffar patienter med allvarlig psykisk sjukdom och hanterar medicindelning samtidigt som vi har en stund att umgås.

FACT beskrivs i basutbudet (bilaga)

I Malung finns ett mottagningsteam som bemannas med sjuksköterskor och medicinska sekreterare. Efter 1/1 2017 så är teamet för första gången sedan omorganisationen fullt bemannat. Här finns de som är fasta vårdkontakter för patienterna i Malung och Vansbro. Här arbetar de efter punkterna i basutbudet med uppföljning inom olika diagnosområden. Vi arbetar med *FACT* som uppfattas som mycket positivt av personal och patienter som får intensiva insatser då de behöver detta. Det bedrivs *öppet hus* på orterna Vansbro och Malung 1 gång i veckan. Vi deltar i integrerade missbruksmottagningar på båda orterna. Verksamheten fungerar väl och klarar av sina ansvarsområden.

I Rättvik finns ett mottagningsteam som bemannas med sjuksköterskor, skötare och medicinska sekreterare. Teamet har inte varit fullt bemannat sedan omorganisationen. Saknas fortfarande bemanning på ett fåtal tjänster. Här finns de som är fasta vårdkontakter för patienterna i Rättvik och Leksand. Vi arbetar med *FACT* som upplevs som mycket positivt av personal och patienter som får intensiva insatser då de behöver detta. Här arbetar de efter punkterna i basutbudet med uppföljning inom olika diagnosområden. Det bedrivs *öppet hus* i Rättvik 1 gång i veckan och hit är även Leksands patienter välkomna. Vi deltar i integrerade missbruksmottagningar på båda orterna. Verksamheten fungerar väl och klarar av sina ansvarsområden med viss reservation med anledning av personalbrist. Prioriteringar genomförs fortlöpande

I Mora på Fridhem finns ett mottagningsteam som bemannas med sjuksköterskor, skötare och medicinska sekreterare. Teamet har inte varit fullt bemannat sedan omorganisationen. Det saknas idag 50 % av de sjuksköterskor som det finns budgetutrymme för. Detta team har det största ansvarområdet mot tre kommuner, Mora, Orsa och Älvdalen. Här finns de som är fasta vårdkontakter för patienterna i dessa kommuner. Vi arbetar med *FACT* som upplevs som mycket positivt av personal och patienter som får intensiva insatser då de behöver detta. Här arbetar de efter punkterna i basutbudet med uppföljning inom olika

diagnosområden. Det bedrivs *öppet hus* i Mora 1 gång i veckan och hit är även Orsas patienter välkomna. Det bedrivs även *öppet hus* i Älvdalen 1 gång i veckan. Vi deltar i integrerade missbruksmottagningar på dessa orter. Verksamheten fungerar så väl vi kan förvänta oss med så pass stor personalbrist och klarar av sina ansvarsområden med hård prioritering till akuta insatser och hantering av mediciner med anledning av personalbrist. Prioriteringar genomförs och följs upp fortlöpande.

I Mora på hus 25 lasarettsområdet finns de verksamheter som är gemensamma för vår basenhet

Akutteamet som bemannas av sjuksköterskor, skötare, medicinska sekreterare och läkare. De ansvarar för akuta besök till hela området. Konsulter på Mora lasarett, poliklinisk ECT samt service till läkarteamet dagligen med insatser som efterfrågas inför eller vid läkarbesök. Detta team har brist på sjuksköterskor och har inte varit fullt bemannade sedan omorganisationen. Därför så har vi inte kunnat erbjuda poliklinisk ECT. Detta beräknas starta i november 2016.

Läkarteamet som bemannas med i huvudsak stafettläkare. De flesta av våra stafettläkare har varit hos oss en längre tid och står för en ovärderlig kontinuitet som egentligen bara är en falsk trygghet. Vi har korta avtal och kan aldrig utse fasta läkare till patienterna. Vi försöker hålla bokningar till samma läkare så långt det går. Vi har 3 av 9 överläkare anställda samt 3 ST läkare som inom kort är ute på längre randningar allihop. Det faktum att stafettlösningar är dyrt innebär att vi får lov att vakans hålla andra tjänster på andra team för att klara budgeten.

Utrednings- och behandlingsteamet som har i uppdrag att utföra utredningar samt ge direkta patienteducativa insatser efter utredningar. Här arbetar arbetsterapeuter, socionomer och sjuksköterskor. Psykolog kommer från det psykoterapeutiska teamet och läkare kommer från läkarteamet. Här har vi fått prioritera bort behandlingsinsatserna direkt efter utredning vilket är en stor förlust. Men vi har även här vakanser och har så haft sedan omorganisationen. Vi saknar 1 av 3 arbetsterapeut, vi saknar sjukgymnast, vi saknar 1 av 2 sjuksköterskor och vi saknar 1 av 3 socionomer.

Psykoterapeutiska teamet är en kraftsamling av de terapeutiska kompetenser som vi hade på basenheten. Vi genomförde en kartläggning av de psykoterapeutiska och psykologiska insatserna innan omorganisationen vilket visade att det var alldeles för sårbart att bedriva kvalificerad psykoterapi på varje liten mottagning som vi då hade. De hade svårt att klara sitt uppdrag och kände sig ofta tyngda av att vara ensamma i sin kompetens. Vi hade en stor brist på psykologer och psykoterapeuter då. Detta ledde till att vi remitterade till externa vårdgivare vilket innebar resor utanför den egna kommunen för flera patienter. Vi har nu lyckats rekrytera flera psykologer och psykoterapeuter. Vi har en ytterst kort väntelista till psykoterapi och utredningar. Vi har bildat ett DBT team som fungerar mycket väl. Idag har alla patienter i vårt upptagningsområde samma rätt till dessa insatser och vi uppfyller idag kraven på vård på lika villkor inom vårt område. Detta team klarar sitt uppdrag mycket väl. Det saknas dock fortfarande en del psykologer och vi behöver anställa för att klara vårt uppdrag fullt ut.

Kommunal samverkan kring våra patienter:

Vi samverkar på flera olika sätt med de patienter som behöver det.

Via SIP, samordnad individuell plan

Via vårdplanering i varje enskilt ärende där samverkan krävs

Via integrerade missbruksmottagningar i samtliga kommuner i vårt område

Det finns svårigheter som vi behöver arbeta på att lösa. Det gäller hemsjukvård, det gäller avsaknad av trygga boenden och en meningsfull och anpassad sysselsättning. Vi arbetar intensivt med frågorna i flera grupper på Region Dalarna och jag menar att vi implementerar de riktlinjer som utarbetas där.

Hur många besök genomförs och på vilka orter

Besök hittills i år:

Mora 10632

Malung 3744

Rättvik 3434

Det går inte att särskilja vilka besök som handlar om patienter från de olika kommunerna som vi har ansvar för på de respektive enheterna.

Hur patienten får kännedom om verksamheten

De flesta kommer till oss via remiss då vi är en specialistverksamhet. Annars så finns information på 1177, vi samverkar med olika myndigheter och informerar där om oss. Vi deltar i möten med lokala politiker, arbetsförmedling, FINSAM, personliga ombuds ledningsgrupp, försäkringskassa, brukarorganisationer osv. vi delger där information om vilken verksamhet vi har och hur patienter kan nå oss.

Påverkas service och utbud i områden med längre avstånd

Vi kan inte bedriva specialistvård i alla kommuner i Dalarna. Vi särskiljer oss från annan specialist vård i länet då vi finns tillgängliga på flera orter än lasarettssorterna. Vi har idag ett stort utbud av kvalificerad psykiatrisk vård i Mora. Vi finns dessutom i den utsträckning som det är möjligt i resterande kommuner i vårt upptagningsområde. Psykiatri i norra och västra Dalarna omfattar 77 % av Dalarnas yta. Beskrivning av de olika nivåerna är tydligt i basutbudet.

Har det skett någon uppföljning av verksamheten

Vi har rutiner för egenkontroll och detta sker kontinuerligt. Min uppfattning är att vi bedriver god vård enligt det uppdrag vi har och för de medel som vi har fått oss tilldelade.

Basenhet psykiatrisk öppenvård Falun – Södra Dalarna

Verksamhetschef Stefan Thungström

Inledningsvis är det viktigt att klargöra att verksamheten har inget uppdrag att bedriva utlokaliserad/ambulerande öppenvård psykiatrisk verksamhet. I de strukturförändringar som gjordes under 2015 var t ex uppdraget att minska antalet mottagningar.

Viktigt att komma ihåg att första linjens psykiatri ansvarar primärvården för.

Svar på frågorna:

- a. Vid varje mottagning genomförs hembesök till patienter med allvarlig nedsatt funktionsförmåga och där det bedöms att patienterna inte klarar att komma till mottagningen. Finns således ingen speciell verksamhet utan är en del av ordinarie verksamhet.
- b. Hembesök efter behov av olika yrkesgrupper. Huvudsakligen psykiatrisk omvårdnad. Läkargesök i hemmet eller rond på kommunala boenden erbjuds regelbundet.
- c. Öppenvård psykiatrin och den kommunala hälso och sjukvården samverkar i enskilda ärenden där samverkan av psykiatriska vårdinsatser behöver samordnas med kommunala stödinsatser.
Bättre regelverk runt egenvård, kommunalt bistånd samt hemsjukvård behöver utvecklas. Ett förslag finns framtaget och redovisat till Region Dalarnas chefsgrupp för beslut.
- d. Under perioden januari – november 2016 har man från Avesta psykiatriska mottagning genomfört 799 hembesök vilket motsvarar cirka 10% av alla genomförda besök. Psykiatriska mottagningen i Falun har under samma tid genomfört 1328 hembesök vilket motsvarar cirka 7% av samtliga genomförda besök under perioden. Tidsmässigt är åtgången dock större då restid skall inräknas. Det är inte ovanligt att två personal åker tillsammans på hembesök, vilket är motiverat av arbetsmiljö- och säkerhetskäl.

Hembesöken genomförs på samtliga orter som ingår i upptagningsområdet. Avesta mottagningen servar Avesta och Hedemora kommuner och Falu mottagningen Falu kommun.
- e. Patienterna får kännedom om att hembesök kan genomföras när vi bedömer att det finns behov av insatsen. Oftast planeras det i samverkan med kommunen och framgår av vårdplan eller SIP.
- f. Nej
- g. Nej

Basenhet psykiatrisk öppenvård Mellersta Dalarna

Verksamhetschef Susanna Berglund

Verksamheten i basenhet Mellersta och Västerbergslagen bedrivs med utgångspunkt från de två större mottagningarna i Ludvika, som även ansvarar för invånarna i Smedjebackens kommun och Borlänge, som även ansvarar för Sätters kommun. På mottagningen i Borlänge finns även den nystartade Kris- och Trauma mottagningen för våra flyktingar och asylsökande med behov av traumabehandling/bearbetning. I Gagnef finns den mindre mottagningen som är integrerad på vårdcentralen. Efter arbetet med en ekonomi i balans för verksamheten och Landstinget i Dalarna har vi idag ingen aning om vår bemanning är tillräcklig för att klara uppdraget.

Bemanningssituationen är generellt inom basenheten ansträngd, på grund av omstrukturering och uppsägningar, föräldraledigheter, sjukskrivningar och pensionsavgångar. Rekrytering pågår ständigt och flera yrkesgrupper är svåra att rekrytera. Det fattas främst sjuksköterskor, psykologer och psykoterapeuter på samtliga våra enheter i olika omfattning.

Vårt uppdrag finns beskrivet i vårt basutbud som är ett måldokument i det ständigt pågående utvecklingsarbetet i verksamheten. Arbetet med bland annat produktionsstyrning pågår men vi beräknas inte vara klara förrän tidigast under senare hälften av 2017 med hela det arbetet. Vi strävar efter att få klart för oss vilket behov som finns av våra insatser samt vilken kapacitet vi har och behöver för att klara av att balansera detta. Vi har, precis som övriga psykiatriska öppenvården, en stark känsla av att vi har en överbeläggningssituation även i öppenvård men det är ännu inte definierat vart vår gräns går. Samverkan inom öppenvården i länet sker kontinuerligt både på ledningsnivå och i verksamheten.

Psyk mott Borlänge

Verksamheten är indelad i 3 team utifrån diagnosgrupper. Teamen bemannas med sjuksköterskor och skötare som är fasta vårdkontakter för patienterna oavsett bostadsort. Här sker även medicinsk uppföljning utifrån basutbud och vårdprogram. Vid behov sker hembesök, samverkan med kommunerna är en viktig del, så även uppföljning med försäkringskassan och arbetsförmedlingen. SIP och vårdplaneringar är vanligt förekommande och ofta i samverkan med vår egen slutenvård. En utveckling av arbetet mot intentionerna i basutbudet med bland annat FACT etc. pågår kontinuerligt.

Som service/stöd till vårdlagen och deras patienter finns även psykologer, psykoterapeuter, arbetsterapeuter och socionomer. De deltar på konferenser och möten där deras kompetens efterfrågas. I den gruppen behandlas och/eller utreds patienter under kortare eller längre perioder som till exempel psykoterapeutisk behandling. För bästa kontinuitet, trots stor andel stafettläkare, ingår även läkarna i vårdlagen och följer vårdlagens planering för konferenser och möten.

Väntetiderna till utredning och psykoterapeutisk behandling är idag för långa och flera aktiviteter pågår för att åtgärda detta. Bland annat har ett tvärprofessionellt utredningsteam startats och genomgång av väntelistan till psykoterapeutisk behandling sker systematiskt.

Det finns samverkansavtal med båda kommunerna när det gäller de svårast psykiskt sjuka med låg funktionsnivå och missbruk/beroende arbetet.

Dagligen finns tillgängliga sjuksköterskor och akuta tider hos läkare för akuta bedömningar och insatser.

I Borlänge finns även **Kris- och Traumaenheten** som öppnade den 1 september i lite mindre skala än planerat då rekryteringen går trögt. Enheten har ett stort inflöde och de få personer som är anställda jobbar hårt för att hantera och bedöma alla inkommande ärenden. Rekrytering pågår.

Mottagningen har gemensam administrativ service i form av medicinska sekreterare.

Psyk mott Gagnef

Sedan drygt 20 år tillbaka finns en mindre psykiatrisk mottagning på Gagnefs VC. Arbetet bygger på att bemanningen på den psykiatriska mottagningen består av legitimerad personal, sjuksköterskor med vidareutbildning i psykiatri och psykologer. Primärvårdens läkare har det medicinska ansvaret även för den psykiatriska problematiken och en psykiatriker (läkare som är specialist i psykiatri) finns som konsult 1 dag/vecka och deltar på konferenser. Mottagningen har tillgång till arbetsterapeut från psyk mott i Borlänge 1 dag/vecka och socionom vid behov på vårdcentralen.

Mottagningen erbjuder vård och behandling motsvarande basutbudet, man utför utredningar, psykoterapeutiska behandlingar, bedömningar, medicinska behandlingar,

uppföljningar, hembesök etc. och delar på ansvaret som fast vårdkontakt. Vid akuta ärenden frigörs möjlighet att bedöma och behandla dessa i den dagliga verksamheten.

Samverkansavtal med kommunen angående de svårast sjuka med låg funktionsnivå finns likaså ett gemensamt arbete och avtal angående patienter med riskbruk, missbruk och beroende där kommunen, primärvården och psykiatrin ingår.

Medicinsk sekreterare finns på mottagningen, viktig del i den rollen är samverkan med primärvården på plats och de medicinska sekreterarna på psyk mott i Borlänge.

Psyk mott Ludvika

Mottagningen har en mottagningsdel där sjuksköterskor sköter den medicinska uppföljningen och behandlingen utifrån basutbud och vårdprogram. Ett mindre team av skötare och till viss del sjuksköterskor jobbar nära den kommunala verksamheten, avtal med båda kommunerna finns, hembesök sker vid behov. Ovan nämnda grupper är främst fasta vårdkontakter för patienterna. SIP och vårdplaneringar sker ofta, ibland i samverkan med vår egen slutenvård så även uppföljning med försäkringskassan och arbetsförmedlingen. En utveckling av arbetet mot intentionerna i basutbudet med bland annat FACT etc. pågår kontinuerligt.

På mottagningen finns även psykologer, psykoterapeuter, arbetsterapeuter, sjukgymnast och socionomer som deltar på konferenser och möten där deras kompetenser är viktiga. De har patienter i behandling, psykoterapeutisk eller annan, och utredning under längre eller kortare perioder och kan då även fungera som fasta vårdkontakter. Inte minst läkargruppen är en viktig del i det stora teamarbetet.

Dagligen finns tillgänglig sjuksköterska för akuta bedömningar och insatser, vid behov frigörs även akuta tider hos läkare.

Samverkansavtal med båda kommunerna om de svårast sjuka med låg funktionsnivå finns, likaså ett arbete med att utveckla samverkan och arbetet med patienterna med riskbruk,

missbruk och beroende problematik. I detta arbete finns båda kommunerna, primärvården och psykiatrin delaktiga.

Mottagningen har gemensam administrativ service i form av medicinska sekreterare.

På mottagningen i Ludvika finns även basenhetens klinikassistent.

Antal besök till och med 20161130:

Borlänge 9076

Gagnef 1465

Kris- och Trauma 138 (sedan 1/9)

Ludvika 6412

Hur patienten får kännedom om verksamheten?

De flesta patienterna kommer till oss via remiss då vi är en specialistverksamhet men det går även bra att skriva egen remiss och söka själv. Information finns på 1177 och landstingets hemsida.

Samverkan och möten sker i respektive kommun med olika myndigheter så som arbetsförmedling, försäkringskassa och kommunal verksamhet där också information om oss och vår verksamhet sprids. På vissa möten deltar även lokala politiker, brukarorganisationer etc.

Påverkas service och utbud i områden med längre avstånd?

Vi kan inte bedriva specialistvård på plats i alla kommuner i Dalarna. Vi har idag ett stort utbud av kvalificerad psykiatrisk vård på våra mottagningar och gör vid behov hembesök i alla kommuner i området. Vi har även samverkansavtal med samtliga kommuner, där vi jobbar gemensamt nära runt de med svår psykiatrisk problematik och låg funktionsnivå.

Beskrivning av de olika nivåerna är tydligt i basutbudet.

Har det skett någon uppföljning av verksamheten

Vi genomför egenkontroll inom basenheten och i divisionen, detta sker kontinuerligt.

Min uppfattning är att vi bedriver god vård enligt det uppdrag vi har och för de medel som vi har fått oss tilldelade.

Falun den 8 december 2016

Per Söderberg

Divisionschef Psykiatri

 Landstinget DALARNA Ägare: Division Psykiatri	Dokumentets Titel Vuxenpsykiatrins uppdrag i Landstinget Dalarna - Öppenvården	
Framtaget av Jeanette Hjortsberg, Verksamhetschef Susanna Berglund, Verksamhetschef Stefan Tungström, Verksamhetschef	Dokumentkategori Mål och styrande dokument	Diarienummer: LD16/00437
Gäller för Vuxenpsykiatri	Reviderat: 2015	Gäller fr.o.m. 2016-01-21
Godkänt av: Divisionschef Per Söderberg		

Vuxenpsykiatrins uppdrag i Landstinget Dalarna Öppenvården

Psykiatrins Utbud & Prioriteringar
Rev 2015
Division psykiatri

Utarbetat 2015 av:
Susanna Berglund Verksamhetschef Vuxenpsykiatri Mellersta Dalarna/Västerbergslagen
Jeanette Hjortsberg Verksamhetschef Vuxenpsykiatri Norra/Västra Dalarna
Stefan Tungström Verksamhetschef Vuxenpsykiatri Falun/Södra Dalarna

Innehåll

Inledning	1
Organisation och ansvar	1
Tillgänglighet och prioritering	2
Rätt vårdnivå	2
Vård i rätt tid	3
Grundläggande principer för vuxenpsykiatrisk öppenvårdsarbete	4
Resursgrupp	5
Teamarbete	6
Öppettider	7
Nivåstruktur för vuxenpsykiatrisk öppenvård	7
Basutbud nivå 1	9
Basutbud nivå 2	10
Länsnivå.....	12
Vårdprogram och riktlinjer inom vuxenpsykiatrins öppenvård	12
Bilaga Förkortningar	13

Inledning

"Vuxenpsykiatrins uppdrag i Dalarna" är ett mål- och styrdokument som inkluderar hela psykiatrins öppenvård i Dalarna. Dokumentet beskriver grundläggande principer, nivåstrukturer, arbetsmetoder, tillgänglighet och prioriteringar som verksamheten styr och arbetar mot, varav mycket är implementerat medan annat utgör tydliga målformuleringar. Detta mål- och styrdokument ingår i divisionens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Organisation och ansvar

Vuxenpsykiatrins öppenvård är indelad i tre basenheter med geografiska ansvarsområden, Norra/Västra, Falun/Södra och Mellersta/Västerbergslagen. Mottagningarnas lokalisering samt koppling till kommunalt samarbete framgår av tabell 1. Det finns två specialistenheter inom öppenvården som är organiserade inom den länsövergripande vården Allmänpsykiatriska kliniken Falun-Säter. Dessa enheter är specialistenhet för ätstörningar - Dala ABC och beroendemottagning för läkemedelsassisterad behandling. Båda enheterna finns i Falun.

Tabell 1. Vuxenpsykiatriska öppenvårdens basenheter, mottagningar samt koppling till kommunalt samarbete.

Basenhet	Psykiatriska mottagningar	Kommunansvar
Norra/Västra	Mora	Mora Orsa Älvdalen
	Malung	Malung-Sälen Vansbro
	Rättvik	Leksand Rättvik
Falun/Södra	Falun	Falun
	Avesta	Avesta Hedemora
Mellersta/Västerbergslagen	Borlänge	Borlänge Säter
	Gagnef	Gagnef
	Ludvika	Ludvika Smedjebacken

Vuxenpsykiatrin har tillsammans med primärvården ett gemensamt ansvar för vård och behandling av psykisk ohälsa. Uppgiftsfördelning och

Samverkan mellan primärvården och psykiatri finns beskrivet i särskilt dokument, [Uppgiftsfördelning och samverkan mellan Primärvården och psykiatri, LD08/00390](#) Sökväg: Navet/Hälso-och sjukvård/Specialiseradvård/Vuxenpsykiatri/Kvalitetsmanual/Kapitel 5. Av dokumentet framgår att Vuxenpsykiatri har ansvar för patienter med allvarlig psykisk ohälsa och primärvården för patienter med lindrig och måttlig psykisk ohälsa.

En helt strikt uppdelning är svår att göra och verksamheterna har därför ansvar att samarbeta och samordna sina insatser till en fungerande helhet för patienten. Båda parter har också uppdrag att bistå varandra med kunskaper och konsultation.

Den psykiatriska öppenvården är sökbar för alla vuxna i landet sedan 1 januari 2015 då patientlagen trädde i kraft. Alla kan själv söka vård och behandling för psykisk ohälsa vid vuxenpsykiatriens öppenvårdsmottagningar i länet, Dala ABC för ätstörningar, beroendemottagningen för läkemedelsassisterad behandling och på akutmottagningen i Säter. Patienter kan även remitteras från den övriga hälso- och sjukvården. Socialtjänsten, försäkringskassan, kriminalvård m.fl. kan bistå patienten att söka själv.

Tillgänglighet och prioritering

Vuxenpsykiatriens målsättning är att alla patienter som söker och som bedöms ha behov av specialistpsykiatriens öppenvård ska erbjudas ett första besök inom fyra veckor från att vårdbegäran gjorts. Om bedömningen resulterar i ett beslut om en specialiserad psykiatrisk behandling skall vårdplan upprättas så snart som möjligt och den planerade behandlingen skall påbörjas senast inom 90 dagar. Neuropsykiatriska utredningar skall påbörjas inom 6 månader.

Prioritetsbedömning skall göras och den syftar till att sortera och prioritera så att personer som söker får sin vård på rätt vårdnivå och i rätt tid.

Rätt vårdnivå

Sortering till rätt vårdnivå sker utifrån problemets art och grad. De olika vårdnivåerna framgår av tabell 2.

Tabell 2. Vårdnivåer för psykisk ohälsa/sjukdom

Problemets art och grad	Vårdnivå
Lindrig och tillfällig psykisk ohälsa	Egenvård eller utanför hälso och sjukvård
Lindrig mer ihållande - Medelsvåra besvär	Primärvård
Allvarlig psykisk sjukdom	Specialiserad psykiatri

Med *art* menas vilken diagnos eller psykiatriskt tillstånd som patienten har. Allvarliga tillstånd är t.ex. psykotiska eller bipolära symtom. Patienter

med andra diagnoser som t.ex. depression, ångest, neuropsykiatrisk problematik, kan vara allvarliga, men beroende på symtomens grad. Med *grad* menas bedömningen av symtomens svårighetsgrad och patientens funktionsförmåga. Allvarliga symtom är t.ex. ihållande självmordstankar, svåra tvångsritualer och störningar i realitetsprövning. Allvarliga funktionssvårigheter kan t.ex. vara allvarliga brister i sociala kontakter, arbetsförmåga eller oförmåga i den dagliga livsföringen. Tabell 3 sammanfattar art och grad utifrån allvarlig psykisk sjukdom.

Tabell 3. Faktorer som påverkar prioriteringsbedömning utifrån art och grad

Art	Grad av symtom	Grad av funktion
<i>Bedömning av psykiatrisk diagnos</i>	<i>Bedömning av psykiatriska symtom</i>	<i>Bedömning av funktionsförmåga</i>
Allvarliga diagnoser prioriteras före mindre allvarligare diagnoser Allvarliga diagnoser är t.ex. • Psykos-syndrom • Bipolära syndrom (bipolär I)	Allvarliga symtom prioriteras före lindrigare symtom. Allvarliga symtom är t.ex. • Vanföreställningar • Hallucinationer • Ihållande självmordstankar • Svåra tvångsritualer • Svår depressivitet • Svår ångest • Ihållande hypomani • Självskadebeteende • Svår PTSD	Oförmåga i den dagliga livsföringen prioriteras före problem i relationer och brister i arbetsförmåga. Allvarliga funktions-svårigheter är t.ex. • Bristande förmåga till social ömsesidighet/interaktion • Ouppmärksamhet • Hyperaktivitet och impulsivitet • Oförmåga till elementär hygien • Oförmåga att arbeta • Att man isolerar sig

Vård i rätt tid

Om patienten bedömts ha ett allvarligt psykiskt tillstånd som på grund av art och grad kräver vård på specialistpsykiatrisk nivå skall patienten prioriteras utifrån medicinsk allvarlighetsgrad så att de svårast sjuka får kortast väntan till bedömning och behandling.

Bedömningen baseras på det akuta tillståndet, svårigheternas art och grad samt livssituation. Vissa *psykiska och sociala faktorer* har tydliga samband med utveckling av psykisk ohälsa. Dessa faktorer kan utgöra indikatorer som påverkar prioriteringsbedömningen. Faktorer som ökar prioriteten är:

- Ungdom, ung vuxen
- Förekomst av hemmavarande barn
- Bristande nätverk
- Tidigare suicidförsök
- Utsatt för trauma/övergrepp
- Missbruks/beroendeproblem
- Arbetslöshet, brist på sysselsättning

- Till vård dömda enligt ÖPT eller ÖRV

Patienterna prioriteras utifrån en triageringsmodell med fem nivåer för att säkerställa patientsäkerheten. Modellens olika nivåer samt den tid som ärendet skall hanteras inom framgår av tabell 4.

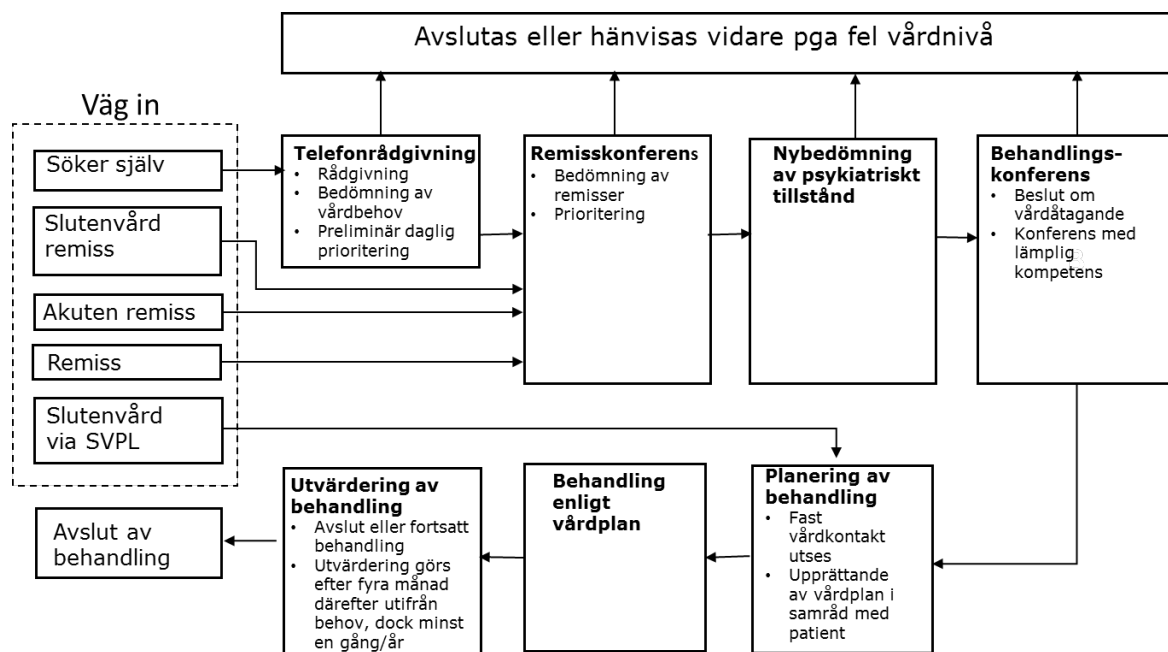
Tabell 4. Triageringsmodell för hantering av ärenden inom vuxenpsykiatrisk öppenvård

Prioriteringsnivå	Definition	tid
RÖD	Mycket allvarligt sjukdomstillstånd som kräver akut bedömning och slutenvård. T.ex. allvarligt suicidhot, vårdintygsbedömning	Omedelbart
ORANGE	Allvarligt sjukdomstillstånd eller misstanke om allvarligt sjukdomstillstånd som kräver akut bedömning och åtgärd i öppenvård.	0 – 2 dagar
GUL	Patient som inte uppvisar akuta behov men där risk föreligger att det kan utvecklas till behov av akuta insatser. T. ex. personer som skrivs ut från slutenvården.	Inom 2 dagar, upp till 2 veckor (efter samråd med patienten)
GRÖN	Patienter som uppvisar symtom som föranleder att specialistpsykiatri är rätt vårdnivå men som kan vänta utan risk för att patientsäkerheten hotas	Inom 2 – 4 veckor
BLÅ	Tillstånd som inte kräver specialistpsykiatrisk vård.	Hänvisas till rätt vårdnivå

Grundläggande principer för vuxenpsykiatrisk öppenvårdsarbete

I figur 1 beskrivs schematiskt vårdprocessen genom psykiatrisk öppenvård.

Patienterna kommer till vuxenpsykiatrisk öppenvård via remiss, att man söker själv, överförs från den psykiatriska slutenvården eller hänvisas från psykiatriska akutmottagningen. Inledningsvis sker en preliminär bedömning och prioritering. Vid remisskonferensen som består av minst läkare och enhetschef bedöms och prioriteras ärendet. Patienten kallas till bedömning om patientens vårdbehov utifrån art och grad överensstämmande med vuxenpsykiatrisk öppenvårdens uppdrag. Därefter beslutas, i samråd med patienten, vilken vård patienten skall erbjudas. Detta dokumenteras i vårdplan och den fasta vårdkontakten utses. En resursgrupp runt patienten upprättas. Vid behov delar hela vårdteamet ansvaret för vårdens genomförande. Vården genomförs därefter enligt plan och avslutas efter utvärdering av behandlingen.



Figur 1. Vårdprocessen i vuxenpsykiatrisk öppenvård

Resursgrupp

Varje patient som efter första bedömning bedömts ha ett vårdbehov som bäst tillgodoses av vuxenpsykiatrisk öppenvård skall tilldelas en fast vårdkontakt. Mottagningens sköterskor och skötare är i första hand fast vårdkontakt och patienterna fördelas utifrån funktion, se nedan basutbud nivå1. Den fasta vårdkontakten bevakar att läkare utses samt att diagnos och vårdplan fastställs. På så sätt skapas en liten resursgrupp tillsammans med varje patient som ansvarar för vården. Resursgruppen består av patienten, fast vårdkontakt och läkare. Patienten skall vara delaktig i de beslut som fattas runt den egna vården. Resursgruppen kan utökas med funktioner som varierar över tid beroende på patientens vårdbehov. Resursgruppen träffas regelbundet för att säkerställa patientsäkerhet. Då det utifrån patientens behov ingår olika personer i resursgruppen ställs det olika krav på den fasta vårdkontaktens arbete. Vid behov av att samordna insatser med andra aktörer som t.ex. kommunala insatser har den fasta vårdkontakten rollen som vård och stödsamordnare för att säkerställa att alla insatser samordnas utifrån patientens behov. Arbetet sker då utifrån det arbetssätt som beskrivs inom Integrerad psykiatri. Samordnad Individuell Plan skall också upprättas som komplement till vårdplan och den planering som finns hos kommunen. Skillnaderna mellan de olika behoven att samordna insatser beskrivs i tabell 5.

Varje medarbetare skall i Take Care upprätta en lista över de patienter man är fast vårdkontakt för. Detta skall även dokumenteras i patientens vårdplan. Om fast vårdkontakt inte är utsedd upprätthåller enhetschef funktionen.

Tabell 5. Olika nivåer av samverkan utifrån patientens behov och fast vårdkontakts roll

Nivå på vårdinsatsen	Patienters behov	Fast vårdkontakt	Vårdplan
Endast intern samverkan inom Basenheten	Patienter i behov av insatser från en eller flera medarbetare inom verksamheten.	Fast vårdkontakt tar rollen som samordnare och bildar resursgrupp med ex. patient behandlare och läkare Vid behov samordnar man även med annan somatisk vård	Vårdplan
Intern och extern samverkansnivå Integrerad psykiatri	Patienter med behov av insatser från kommun, landsting och andra externa parter som t. ex. Af FK Patienter som vårdas på tvång i öppenvård	Fast vårdkontakt tar rollen som vård och stödsamordnare och bildar resursgrupp med ex. patient behandlare, läkare och samverkanspart från kommunen.	Vårdplan +SIP

Teamarbete

Medarbetarna är organiserade i team/vårdlag som innehåller olika funktioner beroende på vårdenhetsens uppdrag, se tabell 8 och 9. Teamarbetet innebär att de som är fast vårdkontakt har ett delat ansvar med övriga teammedlemmar för sina patienter. Teamet triagerar dagligen de patienter som har behov av det. Principen framgår av tabell 6.

Tabell 6. Triagering i öppenvårdsarbetet. Pågående ärenden

Nivå	Beskrivning	Ansvar
Orange	Allvarligt sjukdomstillstånd eller misstanke om allvarligt sjukdomstillstånd som kräver akut bedömning och åtgärd i öppenvård. Patientens krisplan är aktiverad. Teamets samtliga resurser kan användas för att hantera det akuta tillståndet. Vårdintygsbedömningar.	Teamet delar ansvaret
Gul	Patient som inte uppvisar akuta behov men där risk föreligger att det kan utvecklas till behov av akuta insatser. Ytterligare insatser kan behövas där teamets resurser används för att undvika behov av akuta åtgärder T ex personer som skrivs ut från slutenvården.	Fast vårdkontakt ansvarig. Teamet har en förhöjd beredskap
Grön	Patient som inte uppvisar akuta behov och där man inte bedömer att det föreligger risk att det kan utvecklas till behov av akuta insatser. Arbetet sker enligt uppgjord vårdplan.	Fast vårdkontakt ansvarig

På detta sätt bygger man in en flexibilitet i teamet där det finns en beredskap att hantera de patienter med större vårdbehov. De flesta patienter sköts enligt vårdplan och bedöms som gröna. Däremot kommer en mindre del av patienterna att under vissa perioder behöva mer insatser. I teamets arbetssätt finns inbyggt att ständigt växla mellan ordinärt öppenvårdsarbete och intensivt omhändertagande inspirerat av FACT (Flexible Assertive Community Treatment) utan att patienterna behöver byta vårdinstans.

Öppettider

Ett vuxenpsykiatriskt öppenvårdsteam skall ha en service mot befolkningen motsvarande tabell 7 samt utbud enligt minst basutbud 1

Tabell 7. Öppettider enligt följande gäller alla öppenvårdsenheter

Mottagningens öppettider	Vardagar 08.00 – 17.00
Reception Information om verksamheten	Vardagar 08.00 – 17.00 Telefon öppen 8.00 – 17.00
1177 (Mina vårdkontakter)	Finns rutiner för att kontinuerligt hantera ärenden inom fastställd tidsram (tre dagar)

Nivåstruktur för vuxenpsykiatrisk öppenvård

Inom länet finns det ett brett utbud av insatser för olika behov av bedömning, utredning och behandling. Vid samtliga mottagningsenheter i länet erbjuds utbud enligt nivå 1. Inom varje basenhet skall det också finnas ett utbud motsvarande nivå 2. Beroende på lokala förutsättningar kan detta lösas på olika sätt. Fördelning av utbud mellan orter framgår av tabell 8. Tillstånd som kräver speciella insatser och som är mindre förekommande erbjuds på färre ställen och i vissa fall bara på ett ställe i länet. Tillstånd som är vanligt förekommande erbjuds på flera platser. För patienter med allvarliga funktionsnedsättningar som följd av psykisk sjukdom erbjuds lokala eller mobila lösningar. I tabell 9 beskrivs översiktligt det utbud som erbjuds på olika nivåer.

Tabell 8. Nivåstruktur vuxenpsykiatrins öppenvårdsutbud

Nivå	Funktioner
Läns	MBT (Falun) Könsdysfori (Falun) Åtstörningsvård Dala ABC (Falun) Internetbaserad terapi ECT (Mora och Säter) LAROS Telefonrådgivning nyanmälningar Kris och trauma mottagning för flykting och asylsökande (Borlänge)
Basutbud nivå 2	En komplett öppenvårdsmottagning skall innehålla basnivå 1:s funktioner samt följande: Remisshantering och nybedömning Läkarkfunktion Psykologisk behandling inkl psykoterapi Social kartläggning Akutfunktion Arbetsterapeutisk utredning, bedömning och behandling Fysioterapeutisk utredning, bedömning och behandling
	<u>Funktioner som samordnas inom basenheten</u> Utredningar Anhörigutbildning Patientutbildning DBT Beardslees Administrativa uppgifter
Basutbud nivå 1	FACT mobil Fast vårdkontakt Vård och stödsamordnare Bipolärsköterskor NP sköterskor Missbrukssköterskor Depressionssköterskor Mottagningssköterskor BA grupper Barnpilot Konsultpsykiater

Tabell 9. Vuxenpsykiatriska öppenvårdensutbud fördelat på basenhet och ort

Basenhet	Ort	Utbud
Norra/ Västra	Mora	Basutbud nivå 1+2 + ECT
	Malung	Basutbud nivå 1
	Rättvik	Basutbud nivå 1
Falun/ Södra	Falun	Basutbud nivå 1+2
	Avesta	Basutbud nivå 1+2
Mellersta/ Västerbergslagen	Borlänge	Basutbud nivå 1+2
	Ludvika	Basutbud nivå 1+2
	Gagnef	Basutbud nivå 1*

*Gagnef har speciellt avtal med primärvården

Basutbud nivå 1

Vid samtliga vuxenpsykiatriska öppenvårdsenheter skall insatser erbjudas för kontinuerlig vård och uppföljning t.o.m. sjuksköterskenivå. Patienterna skall erbjudas en fast vårdkontakt utifrån patientens behov.

I uppdraget för de olika funktionerna som redovisas i tabell 10 ingår följande:

- Att vara fast vårdkontakt för patienter med de diagnoser som funktionen ansvarar för.
- Att tillse att vårdplan upprättas, samt genomförs och revideras vid behov.
- Att tillgodose provtagning, drogscreening samt vid behov läkemedelshantering.
- Att följa upp eventuell medicinering enligt fastställda rutiner.
- Att registrera i kvalitetsregister.
- Tillse att det finns fokus på levnadsvanor och hälsoaspekter.
- Tillgodose barnperspektivet

Tabell 10. Utbud basnivå 1

Funktion	Beskrivning	Kompetens
Bipolärsköterska	Dispensärfunktion för patienter med bipolär diagnos	Sjuksköterska
NP sköterska	Dispensärfunktion för patienter med neuropsykiatrisk diagnos	Sjuksköterska
Missbrukssköterska	Missbrukssköterskan skall samverka med kommunens missbruksvård i integrerad verksamhet.	Sjuksköterska
Mottagningssköterska	Mottagningssköterskefunktionen ansvarar för rutinmässig uppföljning av läkemedelsbehandling i den mån detta inte sköts av annan funktion. Ansvarar tillsammans med enhetschef för att "FACT tavlan" är uppdaterad	Sjuksköterska
Depressionssköterska	Depressionssköterskan ansvarar för kontinuerlig uppföljning av depressionspatienter	Sjuksköterska
Vård och stödsamordning Mobil funktion	Patienter med mer allvarlig funktionsnedsättning. Funktionen arbetar utifrån integrerad psykiatri då insatser från vården behöver integreras med stödinsatser från kommunen. Vård och stödsamordning. Mobilt arbetssätt. Innebär att man möter patienter på andra platser än mottagningen utifrån patientens behov.	Personal med ansvar att arbeta med vård och stödsamordning

Integrerad missbruks- verksamhet	Integrerad med kommunal verksamhet och primärvård MI samtal Antabusbehandling	Personal med ansvar för missbruks- funktionen
Akut och koordinatorfunktion	Koordinatorfunktionen samordnar kontakter med vårdgrannar, genomför vårdplaneringar och uppföljningar av patienter från slutenvården där fast vårdkontakt inte finns utsedd. Koordinerar akuta insatser. Handlägger akuta behov där fast vårdkontakt inte finns.	Sjuksköterska eller skötare

Basutbud nivå 2

En komplett öppenvårdsmottagning skall innehålla ett utbud motsvarande basnivå 1 och 2. Det innebär att förutom basnivå 1, tabell 10, skall följande funktioner finnas:

Tabell 11. Utbud basnivå 2

Funktion	Beskrivning	Kompetens
Remisshantering	Daglig remisshantering (även självremisser) samt bedömning prioritering enligt gällande prioriteringsprinciper	Enhetschef Läkare Medicinsk sekreterare
Akutfunktion	Möjlighet att dagtid hantera akuta ärenden av såväl kända som nya patienter. Bedömning och fortsatt hantering. Dagliga beredskapstider hos överläkare alt ST-psykiatri	Akut och koordinatorfunktion Läkare
Vårdintygsbedömning	Vårdintygsbedömning av kända patienter enligt rutin med primärvård	Läkare
Psykologisk behandling	Psykologisk behandling enligt gällande vårdprogram och riktlinjer. T ex kognitiv träning, psykoedukativa insatser (ex patient och anhörigutbildningar) beteendeaktiveringsgrupper-BA	Olika kompetenskrav beroende på insats
Psykoterapi	Psykoterapi enligt gällande vårdprogram och evidens. Individuellt och grupp, T ex KBT, PDT, DBT, ERGT, EMDR	Personal med minst grundläggande psykoterapikompetens
Social kartläggning	Social utredning och social anamnes för att stödja behandlingsarbetet i kontakter med sociala myndigheter	Kurator

Arbeterapeutisk utredning och behandling	Aktivitetsbedömning och behandling Utprovning av hjälpmedel	Arbeterapeut
Fysioterapeutisk utredning och behandling	Funktionsbedömning och behandling	Fysioterapeut eller rörelseterapeut
Medicinsk bedömning och behandling	Psykiatrisk bedömning samt medicinsk behandling och uppföljning enligt gällande riktlinjer och evidens Somatiska bedömningar Intyg som kräver specialistkompetens	Specialister i psykiatri Underläkare på olika nivåer
Fördjupad diagnostik utredning	Fördjupad utredning diagnostik för att få bättre underlag för vårdinsatser. T. ex. differentialdiagnostik, psykologisk utredning.	Psykiatrisk personal med specialkompetens T ex. Psykiater, psykolog arbetsterapeut

Tabell 12. Utbud som skall samordnas inom basenheten och finnas på en ort

Funktion	Beskrivning	Kompetens
Beardslees behandling	Stöd till barnpiloter samt beardlees familjeintervention	Specialutbildad personal
Neuropsykiatriska utredningar	Samordnas inom basenheten	Psykologer, NP sköterskor, läkare och arbetsterapeut
Psykoedukativa insatser	Patientutbildning i grupp Anhörigutbildning i grupp	All vårdpersonal
DBT och ERGT	DBT team Individuell psykoterapi och färdighetsträningsgrupper enligt DBT ERGT enligt manual	Specialutbildad personal
Missbruk och beroendevård	I enlighet med utveckling av missbruk och beroende vård i LD	
Administrativ funktion	Samordning av administrationen inom basenheten.	Medicinsk sekreterare

Länsnivå

Tabell 13. Utbud på länsnivå

Åtgärder / metoder / aktiviteter	Kommentar	Ansvar / kompetens
Akutpsykiatrisk bedömning	Vardagar 08.00-17.00, i första hand vid öppenvårdspsykiatrin, övrig tid vid jour-mottagningen i Säter.	Respektive öppenvårdsbasenhet, Allmänpsykiatriska kliniken, enligt slutenvårdens basutbud.
MBT	Teamet placeras i Falun	Specialutbildad personal
Könsdysfori	Funktion finns i Falun	Medicinsk ansvarig och verksamhetschef
Svårare ätstörningar	Remiss från ÖVP	Dala ABC
Internetbaserad psykoterapi		
Poliklinisk ECT		Allmänpsykiatriska kliniken Falun & Säter, (Säter); Psykiatriskt akutteam i Mora
LAROS Substitutionsbehandling vid opiatberoende	I enlighet med utveckling av missbruk och beroende vård i LD	Allmänpsykiatriska kliniken Falun & Säter
Telefonrådgivning nya ärenden	Egenanmälningar – nya ärenden	Samordnas mellan öppenvårdens basenheter. Särskilt utbildad personal
Kris och trauma mottagning för flykting och asylsökande	Funktionen finns i Borlänge	

Vårdprogram och riktlinjer inom vuxenpsykiatrins öppenvård

Inom vuxenpsykiatrins öppenvård i Landstinget Dalarna arbetar vi utifrån fastställda vårdprogram och riktlinjer i psykiatrins kvalitetsmanual. För de patientgrupper eller psykiatriska tillstånd som det idag inte finns färdiga vårdprogram, skall i första hand Svenska psykiatriska föreningens vårdprogram följas om sådana finns, alternativt gällande evidens på området. I vårdprogrammen finns en beskrivning av samarbetet mellan hälso- och sjukvårdens olika aktörer och vilken prioritetsordning som gäller.

Samverkan regleras övergripande i dokument från Region Dalarna. Lokala avtal upprättas för att förankra de övergripande avtalen.

Bilaga Förkortningar

Af	Arbetsförmedlingen
BA	Beteende aktivering
DBT	Dialektisk beteende terapi
ECT	Electroconvulsive therapy
EMDR	Eye movement desensitization and reprocessing
ERGT	Emotion regulation group therapy
FACT	Flexibel ACT (Assertive Community Treatment)
FK	Försäkringskassan
KBT	Kognitiv beteende terapi
LAROS	Läkemedelsassisterad rehabilitering av opiatberoende
LD	Landstinget Dalarna
MBT	Mentaliseringsbaserad terapi
MI	Motiverande samtal (Motivational Interviewing)
MET	Motivational Enhancement therapy
NP	Neuropsykiatri
PDT	Psykodynamisk terapi
PTSD	Post-traumatic stress disorder
SIP	Samordnad individuell plan
ST	Specialist tjänstgöring (Specialistutbildning för läkare)
VoS	Vård och stödsamordning
ÖVP	Öppenvårdspsykiatri

Landstingsstyrelsen

Granskning av patienters samlade väntetider

Vi rekommenderar landstingsstyrelsen att:

- noggrant överväga vilket ansvar hälso- och sjukvården ska ta för patienter med långa samlade väntetider och hur ett sådant ansvar i förekommande fall ska kunna utformas, samt
- i arbetet beakta de av EY framförda rekommendationerna.

Vi har under 2016 genomfört en granskning av patienters samlade väntetider. Syftet med granskningen är främst att ge underlag för att kunna bedöma om landstingsstyrelsen har vidtagit ändamålsenliga åtgärder för att begränsa enskilda patienters samlade (ackumulerade) väntetider inom den specialiserade vården. Med samlade väntetider avser vi här den tid patienter som kan behöva undersökas vid flera kliniker måste vänta innan en behandling inleds. En viktig del i granskningen utgörs av en fördjupade granskning utförd av EY.

EY:s slutsats i granskningen är att det i Landstinget Dalarna inte finns någon systematik eller något organisatoriskt arrangemang som identifierar patienter med långa samlade väntetider eller patienter som riskerar hamna i en sådan situation. Med undantag för cancervården och vissa rehabiliteringspatienter inom den somatiska vården, är patienten själv den enda aktör som "ser" de samlade väntetiderna. När sådana väntetider uppstår har patienten ingen naturlig instans i landstinget dit denna kan vända sig med aktuell problematik.

P g a avsaknaden av kunskap om patienter med långa samlade väntetider i hälso- och sjukvården har omfattningen av patienter som berörs inte kunnat kartläggas. Det står dock helt klart att enskilda patienter hamnar i situationer där en vårdepisods samlade väntetid kan bli lång. Detta trots att landstingets signalsystem kan indikera tillfredsställande tillgänglighet inom alla berörda verksamheter. För de patienter som drabbas kan detta vara ett betydande problem.

Vår samlade bedömning är att avsaknaden av struktur och system för att fånga upp patienter med långa samlade väntetider är djupt otillfredsställande. Även om ansvaret för att bevaka de samlade väntetiderna är oklart kan det aktuella förhållandet ses som ett exempel på att det finns ett betydande motsatsförhållande mellan å ena sidan landstingsstyrelsen och dess hälso- och sjukvård med ett, i detta fall, produktionsanpassat synsätt och å andra sidan ett synsätt som tar sin utgångspunkt från patientens perspektiv.

Starka skäl talar därför att aktuell frågeställning bör bli föremål för noggranna överväganden av landstingsstyrelsen. Som ett led i dessa överväganden kan EY:s rekommendationer i granskningen fungera som vägledning.

Landstinget Dalarna
Revisorerna



Carl-Erik Nyström



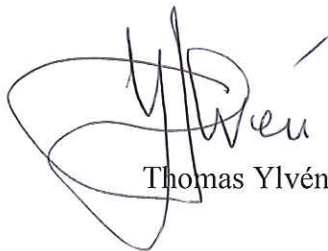
Sören Bertilsson



Birgitta Örjas



Ann-Britt Åsebol



Thomas Ylvén

Granskning av Landstingets arbete med patienters samlade väntetider

Landstinget Dalarna



EY

Anders Hellqvist

Innehåll

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

Sammanfattning

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

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

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

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

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

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

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

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

1. Inledning

1.1. Bakgrund

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

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

1.2. Syfte

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

1.3. Revisionsfrågor

Följande revisionsfrågor har belysts i granskningen:

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

1.4. Revisionskriterier

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

I denna granskning har revisionskriterierna utgjorts av:

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

1.5. Metod

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

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

2. Problemet med samlade väntetider är relaterat till aktuell kösituation

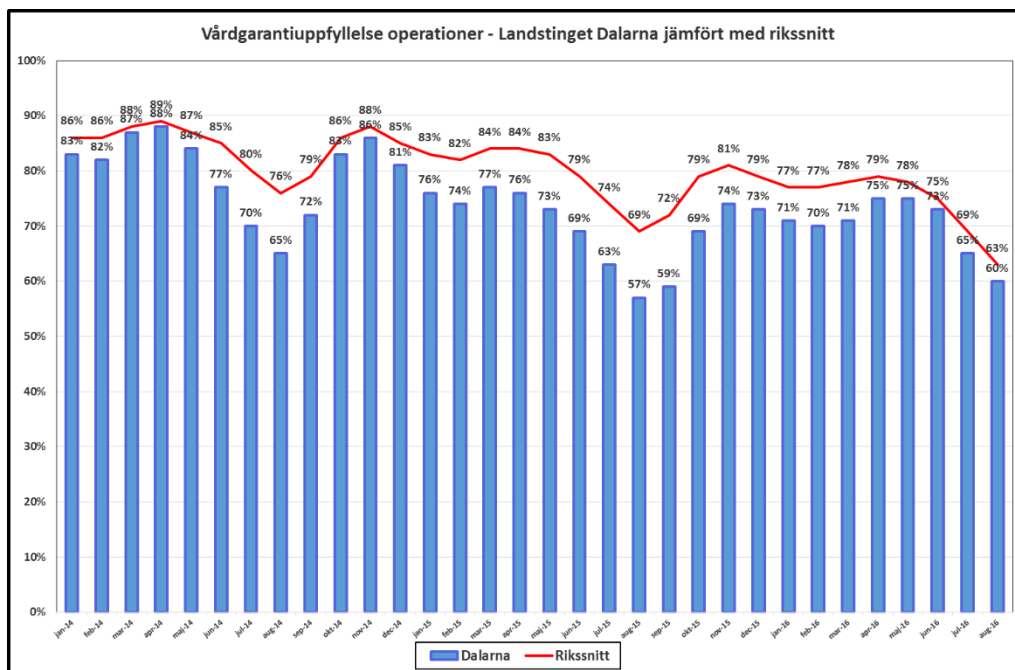
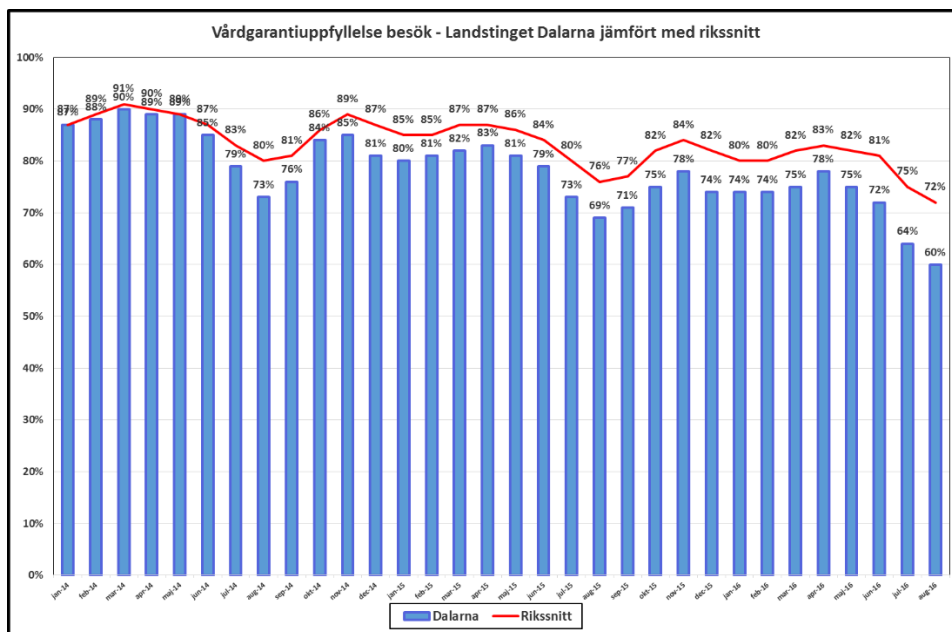
2.1. Landstinget Dalarnas tillgänglighetsläge är generellt dåligt

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

Nedan framgår väntetidsläget för augusti 2016:

Vårdgaranti augusti 2016 – specialiserad vård 90-90

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

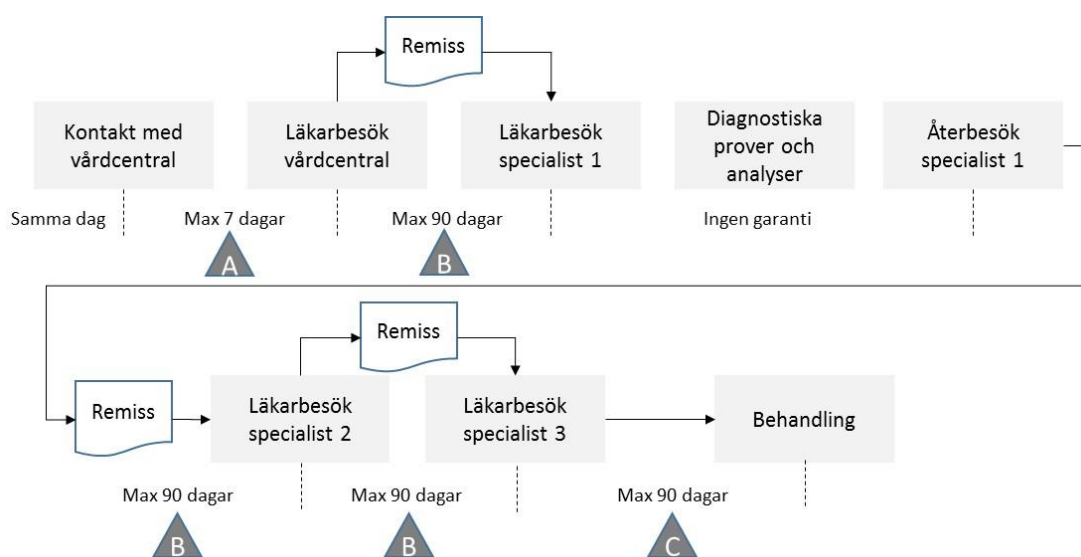


De långa väntetider som gäller för många specialiteter medför bland annat att de som bedömer remisser vid specialistenheterna behöver göra noggranna övervägningar av vilka patienter som ska prioriteras och vilka som kan vänta utan att tillståndet försämras. En annan konsekvens är att patienter som behöver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

2.2. Vårdepisoden kan bestå av ett flertal olika väntetider

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

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



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

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

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

- ▶ A = 6 dagar
 - ▶ B₁ = 80 dagar
 - ▶ B₂ = 80 dagar
 - ▶ B₃ = 80 dagar
 - ▶ C = 80 dagar
- Summa: 366 dagar

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

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

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

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

2.3. Vilka besöksorsaker riskerar att generera långa samlade väntetider?

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

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

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

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

2.4. Analys av ett urval av patientjournaler

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Verksamhetschefer och controllers gör uppföljningar av väntetider men dessa analyser görs bara av väntetider hos den egna enheten. Den väntetidsuppföljning som görs på verksamhetsnivå är densamma som används av landstingets väntetidssamordnare vid Hälso- och sjukvårdsenheten. Denna enhet sammanställer statistik för landstinget samt ser till att rapportering sker till Väntetider i vården. De väntetider som följs är andelen av patienter väntat 90 dagar eller kortare vid respektive verksamhet/specialitet både vad gäller förstabesök och operationer/åtgärder¹.

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

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

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

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

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

¹ För primärvården gäller telefonkontakt samma dag och läkarbesök inom 7 dagar.

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

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

3.2. Patienter kan kräva att få en fast vårdkontakt

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

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

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

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

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

4. Landstingets styrning mot tillgänglighet utgår från vårdgarantin

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

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

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

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

5. Sammanfattande slutsatser och rekommendationer

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

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

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

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

5.1. Sammanfattande bedömning.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Bilaga 1: Förteckning över intervjuade funktioner

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

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

Bilaga 2: Journalstudie

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

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

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

n

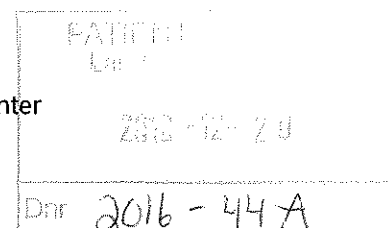
Journaler analyserade vid medicinklinik	
Fråga	Svar
1. Hur har hälsoproblemet beskrivits vid vårdepisodens början?	A KOL-patient som uppsöker medicinakuten efter att nattetid haft besvär med andningen sedan en tid. Har tid till vårdcentral om sex dagar men orkar inte vänta. Lungröntgen, CRP – UA. Får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

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

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

Albinsson Marita /Patientnämnd /Falun

Från: Johanna Lind <Johanna.Lind@vardanalys.se>
Skickat: den 5 december 2016 10:11
Till: Johanna Lind
Ämne: Vårdanalys enkät till patientnämndsrepresentanter
Bifogade filer: PN2016_NAMN.docx



Hej!

Detta mejl går ut till patientnämndsrepresentanter som tidigare i år accepterade en förfrågan från Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys) om att delta i en enkätundersökning. Tyvärr blev arbetet fördröjt så att enkäten inte kunde färdigställas och skickas ut under våren som planerat. Jag hoppas att ni (eller en kollega) fortfarande har möjlighet och är villiga att delta – ert bidrag är mycket värdefullt för oss!

Enkäten är en del av Vårdanalys pågående arbete med att undersöka vilka uppfattningar och värderingar som finns hos befolkningen rörande integritet och integritetsskydd i samband med digital vårddokumentation. Syftet med enkäten är att fånga er uppfattning i ett antal frågor baserat på er samlade erfarenhet av att ta emot och hantera frågor och klagomål till patientnämnderna.

Enkäten finner ni bifogad. Där framgår också ytterligare information, bland annat om hur vi hanterar era svar och hur enkäten besvaras. Hör av er om ni har frågor eller om något verkar oklart. Jag är också mycket tacksam om ni meddelar om ni inte har möjlighet att delta.

Observera att vi behöver få era svar inom två veckor: **senast måndag 19 december.**

Läs gärna mer om projektet på Vårdanalys hemsida: <http://www.vardanalys.se/Pagaende-projekt/Hur-ser-patienter-brukare-och-medborgare-pa-personlig-integritet-kopplad-till-data-som-samlas-in-av-halso-och-sjukvarden/>
Den första delrapporten har nyligen publicerats och finns att ladda ner eller beställa:
<http://www.vardanalys.se/Rapporter/2016/Vad-star-pa-spel/>

Stort tack på förhand!

Med vänlig hälsning,

Johanna Lind
Utredare, med.dr
Tel direkt: 08-690 41 23
e-post: johanna.lind@vardanalys.se

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys
Box 6070
102 31 Stockholm
Besöksadress: Drottninggatan 89
Tel vxl: 08-690 41 00
www.vardanalys.se

PATN Lm
2016-12-10
Dnr 2016-44A

Enkät till patientnämndsrepresentanter

INFORMATION OM ENKÄTEN

Detta vill vi veta

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys) undersöker vilka uppfattningar och värderingar som finns hos befolkningen rörande integritet och integritetsskydd i samband med digital vårdokumentation (exempelvis elektroniska journaler). I detta syfte använder vi flera olika datakällor. En av dessa källor är patientnämndsärenden inom kategorin "patientjournal och sekretess". Dessa ärenden kan ge oss en värdefull inblick i problematiken på området samt i patienternas upplevelser. Samtidigt finns det viktiga aspekter som inte går att fånga enbart genom att ta del av det dokumenterade materialet. Genom att svara på denna enkät ser vi att ni som representanter för patientnämnderna kan bidra till att göra bilden mer komplett.

Vi har även inkluderat ett par frågor som rör införandet av den nya patientlagen (1 januari 2015) och huruvida detta har avspeglats hos patientnämnderna. Vårdanalys har fått i uppdrag av regeringen att följa upp vad som gjorts för att implementera den nya lagen och effekter av detta. Vi skulle därför vilja inhämta era erfarenheter även i de delarna.

Så använder vi era svar

Enkäten riktar sig till patientnämndsrepresentater som tidigare i år accepterade en förfrågan från Vårdanalys om att delta i en enkätundersökning om patienters uppfattning om integritet och digitala vårddata. Syftet är att fånga er uppfattning i ett antal frågor, baserat på er samlade erfarenhet av att ta emot och hantera frågor och klagomål till patientnämnderna. Svaren kan alltså inte vara "rätt" eller "fel".

Du som mottagit enkäten får själv avgöra om du själv eller en kollega är bäst lämpad att svara. Svaren behöver heller inte vara personliga utan kan diskuteras med kollegor. Resultatet av enkäten kommer inte att redovisas på ett sådant sätt att det framgår vem eller vilka personer som svarat eller vilken patientnämnd det gäller. Alternativt, om det skulle visa sig vara av intresse, så inhämtas först godkännande från den det gäller.

Så besvaras enkäten

Enkäten besvaras elektroniskt, direkt i dokumentet. Flervalsfrågor besvaras genom att valt svarsalternativ **fetmarkeras**. Vid fritextsvar används så mycket plats som behövs. Efter att hela enkäten besvarats sparar ni ner den och döper den till **PN2016_*NAMN***, t.ex. PN2016_NORRBOTTEN. Därefter skickas dokumentet som bifogad fil till e-postadress johanna.lind@vardanalys.se

FRÅGOR RÖRANDE INTEGRITET OCH INTEGRITETSSKYDD

1a Enligt din uppfattning, vilket av följande alternativ är den vanligaste inställningen hos patienter vid ett möte med en ny läkare?

- a. Patienter vill oftast att läkaren ska ha tillgång till tidigare dokumenterade vårduppgifter
- b. Patienter vill oftast inte att läkaren ska ha tillgång till tidigare dokumenterade vårduppgifter
- c. Inget av ovanstående svarsalternativ passar

1b Kommentera gärna ditt svar (fritext):

Pt vill att läkaren ska vara påläst. Vill inte behöva börja om från början med sin sjukdomshistoria vid varje besök.

2a Enligt din uppfattning, i vilken utsträckning upplever patienter det som ett problem att läkare eller annan vårdpersonal *inte* har tillgång till patientjournaler från andra vårdgivare?

- a. Det är ett vanligt problem
- b. Det förekommer, men inte så ofta
- c. Det förekommer sällan
- d. Vet ej

2b Om du svarade (a) eller (b) på fråga 1a ovan...

På vilket/vilka sätt upplever patienter problem när vårdpersonal inte har tillgång till patientjournaler från andra vårdgivare?

Förklara (fritext): **Pat tror att vården har tillgång till andra vårdgivares journaler. Man måste själv stå för historiken vilket inte alltid är så lätt när det rör provtagning eller läkemedel.**

3a Uppfattar du att vissa typer av uppgifter är känsligare än andra ur integritets-synpunkt? Är det till exempel värre om viss information ur journalen sprids till obehöriga, än annan?

- a. Ja, viss typ av information anses ofta vara mer känslig
- b. Nej, ingen specifik typ av information är mer känslig; patienter tycker olika och jag har inte sett något mönster i vad som är mer eller mindre känsligt
- c. Vet ej

3b Om du svarade (a) på fråga 3a ovan...

Ange vilken typ av information som kan anses vara mer känslig (fritext): **Psykiatriska diagnoser, riskbruk/missbruk, läkares journalnotat som utgör värderingar och inte**

stödjer sig på fakta. Tidigare läkares felaktiga notat tas för sanningen och förs vidare i journaltexten. "Viskleken" som en pat uttryckte det.

4a Enligt din uppfattning, hur stor andel av ärenden som rör misstänkt journalintrång går att koppla till att ett faktiskt fel (brott eller misstag) har begåtts?

- a. **Stor andel**
- b. Viss andel
- c. Liten andel
- d. Vet ej

4b Kommentera gärna ditt svar (fritext):

När någon misstänker ett dataintrång är det oftast det. Det svåra är att rent juridiskt fälla någon. Finns alltid förklaringar till varför man varit inne i journalen.

5a Enligt din uppfattning, hur stor andel av ärenden som rör misstänkt journalintrång skulle kunna undvikas om patienterna hade bättre kännedom om vårdens regelverk och arbetssätt?

- a. Stor andel
- b. **Viss andel**
- c. Liten andel
- d. Vet ej

5b Kommentera gärna ditt svar (fritext):

Det finns många uppgifter som gör att man måste in i pat journal utan att ha direkt vårdkontakt.

6a Enligt din uppfattning, i vilken utsträckning (om alls) är det ett problem att regelverken som finns rörande elektronisk journalhantering i vården inte motsvarar patienters förväntningar när det gäller integritetsskydd?

- a. I stor utsträckning
- b. I viss utsträckning
- c. I liten utsträckning
- d. Inte alls
- e. **Vet ej**

6b Kommentera gärna ditt svar (fritext):

7 Uppfattar du att möjligheterna att spärra journaluppgifter skulle kunna utvecklas så att de bättre motsvarar patienternas önskemål? Exempelvis att det skulle vara möjligt att spärra fler typer av information eller vissa specifika personer från åtkomst.

Fritext: **Vet inte.**

8a Har du under det senaste året fått frågor eller klagomål rörande det faktum att uppgifter om individers hälsa, sjukdom och behandling registreras i olika typer av register? Det kan exempelvis handla om att sådana uppgifter överhuvudtaget samlas in, hur de samlas in (samtycke och anonymitet, etc), vad de används till eller hur vården informerat om detta. Du kan ange flera svarsalternativ.

- a. Ja – rörande nationella kvalitetsregister
- b. Ja – rörande Socialstyrelsens hälsodataregister
- c. Ja – rörande (ospecifika) forskningsregister
- d. **Inget av ovanstående**
- e. Vet ej

8b Kommentera gärna ditt svar (fritext):

9 Har du något ytterligare som du vill tillägga rörande integritet och integritetsskydd i samband med digital vårddokumentation?

Fritext:

FRÅGOR RÖRANDE PATIENTLAGEN

Patientlagen som trädde i kraft den 1 januari 2015 syftar till att inom hälso- och sjukvårdsverksamhet stärka och tydliggöra patientens ställning samt till att främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet. Lagen innehåller bestämmelser om:

- tillgänglighet (2 kap.)
- information (3 kap.)
- samtycke (4 kap.)
- delaktighet (5 kap.)
- fast vårdkontakt och individuell planering (6 kap.)
- val av behandlingsalternativ och hjälpmedel (7 kap.)
- ny medicinsk bedömning (8 kap.)
- val av utförare (9 kap.)
- personuppgifter och intyg (10 kap.)
- synpunkter, klagomål och patientsäkerhet (11 kap.)

10 Enligt din uppfattning, vilket eller vilka områden (bland dem som listas ovan) genererar flest ärenden hos din patientnämnd? Utveckla gärna ditt svar.

Fritext: Bristande information och delaktighet. Pat saknar fast vårdkontakt.

11 Uppfattar du att införandet av den nya patientlagen på något sätt har avspeglats i de ärenden som din patientnämnd har tagit emot? Det kan exempelvis handla om ärendenas innehåll, fördelningen av ärenden eller om patienter hänvisar till lagen när de framför klagomål/synpunkter.

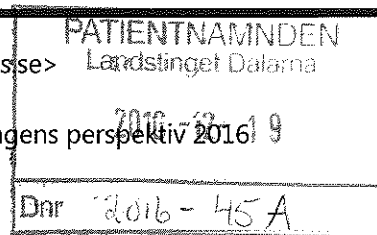
Fritext:

Ja utifrån flera aspekter: PN har fått ansvaret att informera om Pat lagen vilket vi gör i ganska stor omfattning. Vissa pat är pålästa och ringer och frågar särskilt om möjligheten att själv söka andra spec mott utanför hemlandstinget. Något som är ett problem i det sammanhanget är att tom stora sjukhus i Uppsala, Stockholm inte är pålästa och nekar pat besök.

STORT TACK FÖR DIN MEDVERKAN!

Albinsson Marita /Patientnämnd /Falun

Från: Ingetora Gumbel <Ingetora.Gumbel@vardanalys.se>
Skickat: den 18 november 2016 09:52
Ämne: Ny rapport från Vårdanalys: Vården ur befolkningens perspektiv 2016



Hej!

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys publicerar i dag **Vården ur befolkningens perspektiv 2016 – en jämförelse mellan Sverige och tio andra länder**. Rapporten sammanfattar de svenska och internationella resultaten från årets International Health Policy Survey (IHP). I årets undersökning har patienter i elva länder intervjuats om sina erfarenheter av vården.

Resultaten i korthet

IHP-undersökningen visar bland annat följande:

- Patienter i Sverige upplever en sämre tillgänglighet jämfört med andra länder. Av de svarande i Sverige anger 70 procent att de fick tid hos läkare eller sjuksköterska inom sju dagar, jämfört med 80 procent eller mer i de flesta andra länder.
- Det finns stora utmaningar med information och patientens delaktighet i vården. Knappt 60 procent av de tillfrågade anger att vårdpersonal ofta eller alltid känner till viktig information om deras medicinska historia, jämfört med cirka 80 procent i de flesta andra länder. Fler patienter får däremot hjälp med att samordna sin vård.
- En tredjedel av de svenska deltagarna anser att sjukvårdssystemet på det hela taget fungerar bra – vilket är en minskning med 13 procentenheter sedan 2010.

IHP-studier från 2010 och 2013 visar på liknande resultat och Vårdanalys ser få förbättringar över tid.

Här hittar du rapporten

Rapporten publiceras i Vårdanalys PM-serie och finns att ladda ner på [vår hemsida](#). Det går också bra att beställa ett tryckt exemplar på registrator@vardanalys.se.

Vänliga hälsningar,
Ingetora Gumbel

Ingetora Gumbel
Kommunikatör och språkkonsult
Tel direkt: 08-690 41 08
E-post: ingetora.gumbel@vardanalys.se

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys
Box 6070
102 31 Stockholm
Besöksadress: Drottninggatan 89
Tel vxl: 08-690 41 00
www.vardanalys.se

2016-11-146 Dnr 8.9-41744/2016 1(2)

Avdelningen för verksamhetsstöd och -styrning
Emilie Karlsson
Emilie.karlsson@ivo.se

Samtliga patientnämnder

PATIENTNÄMNDEN Länshälsö 2016-12-20
Dnr 2016-43A LD16/04485

Redogörelse till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) över patientnämndsverksamhet – avseende 2016

Uppdraget

Enligt lag (1998:1656) om patientnämndsverksamhet m.m. ska nämnderna senast den sista februari varje år lämna en redogörelse till IVO över patientnämndsverksamheten under föregående år. IVO ska enligt Patientsäkerhetslag (2010:659) systematiskt ta tillvara information som patientnämnder lämnar.

Förra årets sammanställning av data från Patientnämnderna mottogs väldigt väl.

Vi önskar få er redogörelse i en Excel-fil som innehåller de variabler vi specificerar nedan. Vi skickar med en Excel-fil som visar hur vi tänker oss att datamaterialet redovisas till IVO. Beskrivning vid användning av den bifogade Excelfilen:

- ① I det första kalkylbladet ska antal klagomål per verksamhetsområde, huvudproblem och delproblem fördelat på kön anges.
- ② I andra kalkylbladet ska antal klagomål per verksamhetsområde fördelat på kön och ålder anges.
- ③ I sista kalkylbladet kan ni ta upp iakttagelser som är särskilt allvarliga och som ni inte tagit upp i er verksamhetsberättelse. Nedan följer tre områden som vi gärna ser att ni lyfter i era iakttagelser. Detta hindrar inte att ni lyfter andra iakttagelser som ni anser är viktiga eller aktuella att belysa.
 - iakttagelser som rör brister i behandling inom psykiatrisk specialistsjukvård
 - iakttagelser som rör brister i tillgänglighet inom somatisk specialistsjukvård
 - iakttagelser som rör brister i undersökning/utredning och diagnos inom primärvården och akutvården

Här får ni gärna hänvisa till aktuella siffror i kalkylbladen.

Förutom ovanstående Excelfil så tar vi gärna emot den årsrapport/verksamhetsberättelse som nämnden brukar sammanställa.

Svarsdatum

Skicka in enkäten och årsredovisningen eller dylika **senast den 28 februari 2017** till registrator@ivo.se. **Vänligen ange diarienummer 8.9-41744/2016 i ämnesraden.**

Data ska skickas in elektroniskt men vid behov kan årsredovisningar m.m. också skickas via post: IVO, Box 45184, 104 30 Stockholm.

Avstämning och återrapportering

Inför slutfasen av sammanställningen avser vi att stämma av resultaten med er, där vi har möjlighet att diskutera resultat och eventuella slutsatser.

En slutlig sammanställning av resultaten kommer att skickas till patientnämnderna inför publicering.

Kontaktuppgifter

Emilie Karlsson
E-post: emilie.karlsson@ivo.se
Telefon: 010-788 5678

Tack för er medverkan!

Vänliga hälsningar
Emilie Karlsson

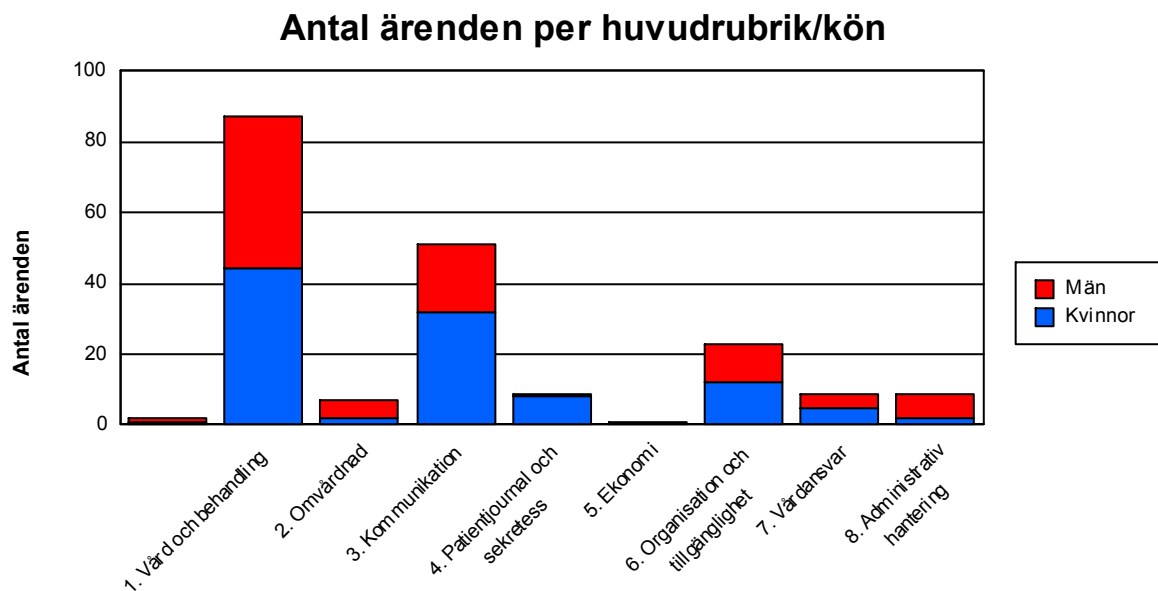
Patientnämnden Dalarna

Registrerade ärenden



LD17/00129
 Bilaga 8
 Rapport 8a3
 2017-01-10

Period: 2016-10-29 - 2016-12-30



Huvudrubrik	Antal			
	Män		Kvinnor	
	1	0,5%	1	0,5%
1. Vård och behandling	43	21,7%	44	22,2%
2. Omvårdnad	5	2,5%	2	1,0%
3. Kommunikation	19	9,6%	32	16,2%
4. Patientjournal och sekretess	1	0,5%	8	4,0%
5. Ekonomi	1	0,5%	0	0,0%
6. Organisation och tillgänglighet	11	5,6%	12	6,1%
7. Vårdansvar	4	2,0%	5	2,5%
8. Administrativ hantering	7	3,5%	2	1,0%
Summa	92	46,5%	106	53,5%

Totalt antal ärenden: 198