

Ledtider i vårdkedjan - uppföljning

Granskning på uppdrag av
Region Skånes revisorer

December 2015

Pär Ahlborg

Frida Sporrong



Innehållsförteckning

1	SAMMANFATTNING OCH SLUTLIG BEDÖMNING.....	2
2	INLEDNING.....	5
2.1.	BAKGRUND, SYFTE OCH OMFATTNING.....	5
2.2.	DEFINITIONER.....	5
2.3.	REVISIONSFRÅGOR.....	5
2.4.	METOD OCH URVAL.....	5
2.5.	REVISIONSKRITERIER.....	6
2.6.	PROJEKTORGANISATION.....	6
3	IAKTTAGELSER OCH SLUTSATSER MED REKOMMENDATIONER.....	6
3.1.	IAKTTAGELSER: LEDTIDER PER PROCESSOMRÅDE.....	6
3.1.1.	GENERELLA IAKTTAGELSER OM LEDTIDER.....	6
3.1.2.	BRÖSTCANCER.....	7
3.1.3.	PROSTATACANCER.....	8
3.1.4.	SJÄLVSKADEBETEENDE.....	10
3.1.5.	KLINISK PATOLOGI OCH CYTOLOGI.....	11
3.1.6.	BILD- OCH FUNKTIONSMEDICIN.....	11
3.1.7.	MAMMOGRAFI.....	12
3.2.	SLUTSATSER: LEDTIDER PER PROCESSOMRÅDE.....	12
3.3.	IAKTTAGELSER: PATIENTPERSPEKTIV.....	14
3.3.1.	LEDTIDEN UTIFRÅN PATIENTENS PERSPEKTIV.....	14
3.3.2.	VÄGEN GENOM VÅRDEN.....	15
3.4.	SLUTSATSER: PATIENTPERSPEKTIV.....	16
3.5.	IAKTTAGELSER: PRIORITERINGAR.....	18
3.5.1.	MEDICINSK BEDÖMNING.....	18
3.6.	SLUTSATSER: PRIORITERINGAR.....	18
3.7.	IAKTTAGELSER: MÅLBILD OM FÖLJSAMHETEN TILL LEDTIDSMÅTT.....	19
3.7.1.	NÄR LEDTIDEN UPPFYLLS.....	19
3.8.	SLUTSATSER: MÅLBILD OM FÖLJSAMHETEN TILL LEDTIDSMÅTT.....	19
3.9.	IAKTTAGELSER: KONSEKVENSER OCH FLASKHALSAR.....	20
3.9.1.	KONSEKVENSER FÖR PATIENTEN OCH FÖR VÅRDEN VID LÅNGA LEDTIDER.....	20
3.9.2.	FLASKHALSAR.....	20
3.10.	SLUTSATSER: KONSEKVENSER OCH FLASKHALSAR.....	22
	BILAGA 1 – INTERVJUFÖRTECKNING.....	24
	BILAGA 2 – REVISIONSFRÅGORNA.....	25
	BILAGA 3 – METOD.....	26
	BILAGA 4 – REVISIONSKRITERIER.....	28
	BILAGA 5 – SAMMANSTÄLLNING AV JOURNALGRANSKNING.....	29
	BILAGA 6 – NYCKELTALSANALYS.....	39
	BILAGA 7 – SAMMANSTÄLLNING AV WEBBENKÄT.....	50

1 Sammanfattning och slutlig bedömning

Granskningen fokuserar på patientperspektivet och är särskilt inriktad på hur Region Skåne lever upp till kraven på tillgänglighet med beaktande av medicinsk service, uppdelat på bild- och funktionsdiagnostik respektive patologi. **Organiseras, planeras, informeras, kommuniceras och genomförs detta arbete på ett sätt som sätter patienten i centrum och främjar patientsäkerheten?** Granskningen omfattar, förutom det regionövergripande perspektivet, **Skånes universitetssjukvård, Skånevård Sund och Skånevård Kryh inkluderande primärvård** för att kunna ge en heltäckande analys. Granskningen visar också **vilka förändringar som skett sedan förra granskningen**.

Vi bedömer att Region Skåne **inte lever upp till kraven om tillgänglighet**. Region Skåne genomför på ett övergripande sätt och inom de olika förvaltningarna ett arbete för att öka tillgängligheten och fokusera mer på patienten men det är tydligt att **ansträngningar inom bröst- och prostatacancerprocesserna inte har medfört några förbättringar sedan föregående granskning**. Patienter som upplever långa ledtider bedöms få **ett ökat psykiskt lidande**.

Vi bedömer att patienter med självskadebeteende ingår i ett prioriterat flöde men att **verksamheterna inte sätter diagnos i tid och därmed inte kan erbjuda adekvat behandling inom ramen för vårdgarantin**.

Patienten värdesätter en god och inkluderande vårdplanering och en kontinuitet i mötet med vården. Samtliga tre processer **brister i att erbjuda detta till patienten**. Vi bedömer att patienten inte alltid får ta del av bokningsinformation och att vårdpersonal byts ut i alltför hög utsträckning. Vi rekommenderar att en ny revision utförs nästa år för uppföljning av ledtider i vårdkedjan för de i rapporten dokumenterade vårdprocesserna.

Revisionsfrågor:

1. Vilka ledtider uppnås för respektive diagnos och hur uppnås ledtidsmålen - dels samlat och dels för olika delprocesser?

Vi bedömer att Region Skåne överlag uppvisar en bristande följsamhet till ledtidsmålen oavsett vårdprocess. Till exempel uppfyllde 2014 60 procent av bröstcancerpatienterna vid Helsingborgs lasarett det övergripande ledtidsmåttet för remissankomst till sjukhus till besked om fortsatt behandling inom 49 dagar. Helsingborgs lasarett uppvisar bäst resultat för samtliga redovisade sjukhus i Region Skåne. Andelen prostatacancerpatienter med hög risk eller intermediär risk som påbörjat behandling inom 42 dagar från diagnosbesked och inklusive en eventuell ny medicinsk bedömning ligger på 20 procent för Skånes universitetssjukhus under 2014 vilket är bäst resultat i Region Skåne. Granskningen visar också att patienter med självskadebeteende får vänta i nästan två år från identifikation av självskada till behandlingsstart. Ledtiden är utformad efter standardpatienten och vi bedömer att de patienter vars vårdförlopp inte är inom den ramen upplever en längre men oftast nödvändig och acceptabel ledtid. Patienter som inte är medicinskt prioriterade upplever för långa väntetider. Granskningen visar att inga tydliga förbättringar kan ses för patienten sedan föregående granskning.

▪ **Vi rekommenderar** att Region Skåne inte påbörjar en förändring av vårdprocesserna för bröstcancer och prostatacancer innan riktlinjerna från RCC avseende de standardiserade vårdförloppen har implementerats och utvärderats. I de standardiserade vårdförloppen ligger det en tydlig processförändring för patientens väg genom vården som kan bidra till att ledtiderna kortas.

- **Vi rekommenderar** att verksamhetschefen för klinisk patologi och cytologi säkerställer att verksamheten kapacitetsplaneras för att säkerställa att de har den kapacitet som krävs för att hantera Regionens volym av prover. Fokus på kapacitetsplaneringen bör vara specialister och kompetens.
- **Vi rekommenderar** att division psykiatri i Skånevård Sund följer upp såväl vuxen- som barn- och ungdomspsykiatriens arbete med att genomföra strukturerade diagnostiska processer.

2. Är ledtiden rätt utifrån patientens perspektiv och gällande ledtidsmål?

Vi bedömer att patienten alltid uppfattar sin väntetid som lång även om ledtiden inte överskrids. Detta beror till del på att patienten inte får tillräckligt med information om hur vårdplaneringen ser ut. De ledtider som är satta idag är rimliga ur patientens perspektiv men resursallokeringen är inte anpassad och ger inte rätt förutsättningar för vården. Vi bedömer också att patienten gagnas av att övergångarna mellan vårdens olika enheter eller förvaltningar är sömlös.

- **Vi rekommenderar** att division psykiatri följer upp såväl vuxen- som barn- och ungdomspsykiatriens arbete med att genomföra strukturerade diagnostiska processer. Detta för att korta ledtiden från upptäckt av självskada till korrekt diagnos och erbjudande om behandling.

3. Hur sker prioritering mellan svåra och mindre svåra fall?

Vi bedömer att prioriteringar i vården sker efter medicinska bedömningar och rutiner. Både cancerpatienter och patienter med självskadebeteende är prioriterade grupper inom hälso- och sjukvården. Prioriteringarna leder till en undanträngningseffekt och att patienter som inte har en högrisksjukdomsbild får sen vård. Detta leder till en konflikt mellan professions- och patientperspektivet.

- **Vi rekommenderar** att samtliga reviderade verksamheter oavsett process tydligt delger patienten information om planerade bokningar och när svar på till exempel undersökningar skall erhållas. Ansvaret för detta bör åligga den vårdgivare och personal som patienten träffade senast. Patienten upplever då mindre onödiga väntetider samtidigt som sjukvården tvingas planera sina patientflöden optimalt.

4. Vilka blir konsekvenserna för patienterna och för vården om ledtiderna är för långa?

Vi bedömer att konsekvensen blir ett ökat individuellt psykiskt lidandet för patienten medan vården står med långsiktiga planerings- och bokningsproblem. Vi bedömer att patienter uppskattar en kontinuitet vad gäller både läkarkontakt och vårdprocessen. Långa ledtider medför i samtliga tre processer att patienten upplever en ökad oro. Detta leder till att vården belastas onödigt av oroliga patienter och att resurserna inte kan nyttjas optimalt i vården. Vi bedömer att det är viktigt att patienten är informerad och får delta aktivt i sin vårdplanering.

- **Vi rekommenderar** att Region Skåne på central nivå och i samband med regionala patientprocessledare inom cancerprocesserna och division psykiatri utvecklar och förstärker arbetssättet med kontaktssjuksköterskor och fasta vårdkontakter. Det är viktigt både ur patientens perspektiv och för vårdens resurser att det finns ett psykosocialt stöd som ökar patientens välbefinnande.

5. Hur skulle väntetider och köer, totalt inom Region Skåne och för respektive diagnos, se ut om rätt ledtider kunde uppfyllas?

Vi bedömer att en kortare ledtid skulle gagna sjukvårdspersonalen som skulle kunna fokusera på patienten och dess väg och omhändertagande i vården. Vård skulle kunna erbjudas och ges på rätt vårdnivå direkt utan att patienten skulle uppleva onödiga ledtider. Detta skulle i slutändan gagna patienten och bidra till att vården blir mer patientcentrerad.

- **Vi rekommenderar** att samtliga medarbetare i de reviderade verksamheterna upplyses om vilken målbild som finns avseende ledtiderna och ledtidsmåtten. Detta bidrar till en gemensam vision som arbetslaget kan uppnå och som kan öka ambitionen och prestationen till att korta ledtiderna.

6. Hur upplever patienten "vägen genom vården"?

Vi bedömer att vården har goda möjligheter att ge patienten ett tryggt och bra omhändertagande. Kontaktsjuksköterskorna och de fasta vårdkontakterna samt en dokumenterad vårdplan är viktiga för detta ändamål. Patienten bör även informeras om vårdgarantin och vårdval för att få möjlighet att äga sin vårdprocess mer och korta sin egen väntetid.

- **Vi rekommenderar** att samtliga reviderade verksamheter oavsett process tydligt delger patienten information om planerade bokningar och när svar på till exempel undersökningar skall erhållas. Ansvar för detta bör åligga den vårdgivare och personal som patienten träffade senast. Patienten upplever då färre onödiga väntetider samtidigt som sjukvården tvingas planera sina patientflöden optimalt.
- **Vi rekommenderar** samtliga verksamheter som arbetar med bröst- och prostatacancer samt de regionala patientprocessledarna att fullfölja besluten om att samtliga patienter med bröstcancer eller prostatacancer skall tilldelas en kontaktsjuksköterska. Kontaktsjuksköterskan skall också vara tillgänglig för personer under utredningen för att minska oron hos patient.

7. Vilka eventuella "flaskhalsar" finns i systemet?

Vi bedömer att det finns brister inom samtliga tre processer i Region Skåne som berör produktionen negativt. Det kan vara personalbrist, vårdplatsbrist, brist på operationstider och brist på följsamhet vad gäller ledtider som medför att förseningen påverkar kommande delprocesser. I en del fall inom psykiatri tycks det handla om kompetensbrist när det gäller att korrekt diagnosticera patienter med självskada. Vi bedömer att det är påtagligt inom prostatacancer och självskaдебeteende att vården fungerar i stuprör och att det kan göras ett aktivt arbete för att underlätta patientens flöde. Vi bedömer även att den administrativa bördan ökar.

- **Vi rekommenderar** att ansvariga divisionschefer för dessa specialiteter i Region Skåne som berörs i granskningen inför produktionsstyrning för att kunna följa upp och produktionsplanera respektive verksamhet för att säkerställa att de ha rätt kapacitet för att genomföra sitt uppdrag. Uppföljningen av produktionsplanen för respektive verksamhet kan fungera som underlag för styrning och identifiering av flaskhalsar i systemet och minimera dessa.
- **Vi rekommenderar** att journalföringen inom division psykiatri ses över avseende innehåll och omfattning. Mycket omfattande och ibland bristfälliga journalanteckningar inom psykiatri gör det svårt att följa de centrala inslagen i vårdprocessen som diagnos, bedömning, fortsatt planering, behandlingsförlopp och fortsatta utveckling av måendet.

2 Inledning

2.1. Bakgrund, syfte och omfattning

Alla patienter skall få den vård de är i behov av och de som är medicinskt högst prioriterade skall alltid behandlas först. Sammanhållna vårdprocesser är viktiga för att bland annat minimera onödiga väntetider. För att få en väl fungerande tillgänglighet inom vården krävs även korta ledtider och god tillgänglighet till medicinsk service (bild- och funktionsmedicin samt laboratoriemedicinsk service). Revisorerna genomförde 2012 (rapport 11-2012) en granskning av ledtider i vårdkedjan som följdes upp 2014 (rapport 5-2014). Regionens revisorer har beslutat att göra en ny uppföljning av området vad avser cancerdiagnoserna men ersätta diagnosen starr med självskadebeteende.

Granskningen fokuserar på patientperspektivet och är särskilt inriktad på hur Region Skåne lever upp till kraven på tillgänglighet med beaktande av medicinsk service, uppdelat på bild- och funktionsdiagnostik respektive patologi. Organiseras, planeras, informeras, kommuniceras och genomförs detta arbete på ett sätt som sätter patienten i centrum och främjar patientsäkerheten? Granskningen omfattar, förutom det regionövergripande perspektivet, Skånes Universitetssjukvård (hädanefter SUS), Skånevård Sund (hädanefter Sund) och Skånevård Kryh (hädanefter Kryh) med primärvård inkluderat för att kunna ge en heltäckande analys. Granskningen visar också vilka förändringar som skett sedan förra granskningen.

2.2. Definitioner

Det är viktigt att förstå att det inte finns någon diagnos som heter självskadebeteende. Självskadebeteende är ett symptom som kan ingå i flertalet olika diagnoser, till exempel emotionellt instabil personlighetsstörning, depression, ätstörningar och ångestsyndrom. SKL:s nationella självskadeprojekt har använt en bred definition av självskadebeteende: "beteenden riktade direkt mot den egna personen (som att skära sig, hoppa från hög höjd, överdosera läkemedel eller droger, ta droger i självskadande syfte eller svälja föremål som inte är ämnade för detta) såväl som indirekta och subtila beteenden som sexuell självexploatering eller att försumma sina fysiska eller känslomässiga behov i självskadande syfte." (Nationella självskadeprojektet (2015) Rekommendationer för insatser vid självskadebeteende, sidan 35). Granskningen använder därför inte ordet diagnos utan process för att tydliggöra att det är självskadebeteendet som omfattas.

Det är viktigt att poängtera att patienten inte upplever ledtid utan väntetid. Ledtid är ett neutralt ord och ordet väntetid är patientcentrerat. Dessutom kan en väntetid bestå av en eller flera ledtider men en ledtid består nödvändigtvis inte av en väntetid. Det är tydligt att Regionalt cancercentrum Syd (hädanefter RCC) har ett patientfokus då ordet väntetid används konsekvent i alla sammanhang. I denna granskning kommer orden till viss del användas synonymt.

2.3. Revisionsfrågor

Se bilaga 2 för revisionsfrågor.

2.4. Metod och urval

Se bilaga 3 för metodbeskrivning.

2.5. Revisionskriterier

Se bilaga 4 för revisionskriterier.

2.6. Projektorganisation

Projektledare från Revisionskontoret var yrkesrevisorer Eva Tency Nilsson och Helena Olsson. Kontaktperson från Revisorskollegiet var Bo Lönnerblad. Från Helseplan var Pär Ahlberg projektledare och konsulterna Frida Sporrang och Ulrike Deppert var involverade i arbetet. Experter var Patrik Holmberg, Katarina Fredriksson och Gunnar Németh. Marie Öberg Lindevall var internt kvalitetsansvarig på Helseplan. Rapporten har sakgranskats av Anna Stålhammar och Johan Cosmo från Koncernkontoret samt Gunnar Moustgaard från division psykiatri i Region Skåne

3 Iakttagelser och slutsatser med rekommendationer

3.1. Iakttagelser: Ledtider per processområde

I detta avsnitt behandlas revisionsfråga: 1. "Vilka ledtider uppnås för respektive diagnos och hur uppnås ledtidsmålen - dels samlat och dels för olika delprocesser?"

3.1.1. Generella iakttagelser om ledtider

Varje patient är individuell. Ledtiderna är utformade utefter standardpatienten och en patients vårdförlopp kan skilja sig väsentligen från de ledtider som anges. Detta gäller alla tre processområden.

För cancervården arbetar RCC med att ta fram standardiserade vårdförlopp (SVF). Detta innebär att patientens ledtid genom vården kommer att optimeras än mer. Samtliga processer inom ramen för SVF skall vara implementerade i verksamheterna 2016. Denna granskning har inte tagit hänsyn till de ledtider som gäller för implementerade SVF eftersom det skulle ge en felaktig bild av hur vården har arbetat sedan den föregående granskningen. Under granskningens gång har respondenter framfört att de välkomnar SVF. Bland annat ses märkta remisser som möjliggör snabbspår för patienten som positivt samt även regionala patientprocessledare och koordinatörer som ansvarar för patientens förbättrade flöde. Utmaningarna rör dels specifikt flödet för bröstcancer. Här anser verksamheterna att det redan har genomförts omfattande optimeringar och att SVF inte har tagit hänsyn till det. Dels berörs tidangivelsen som numera är kalenderdagar. Ett exempel är att remittent har två kalenderdagar på sig för att remissen skall ankomma till mottagaren. Mottagaren har fem kalenderdagar på sig efter att remiss har anlänt för att kalla patient och det får gå maximalt 14 kalenderdagar från det att remiss är skriven till att patient får sitt cancerbesked. Verksamheterna har uttryckt att detta är en stor utmaning särskilt när patienten behandlas en torsdag eller fredag. I övrigt spelar RCC en viktig roll för att se över flödet och ledtiderna samt driva andra initiativ som ökar tillgängligheten och patientfokus inom de olika cancerprocesserna.

Även om ledtiden anges som rimlig utifrån patientens perspektiv är det ännu en faktor inom cancerprocessen och självskadeprocessen som bidrar till "förseningar" – patienten själv. Det är inte alltid lätt för patienten att få ledigt från arbetet eller att planera livspusslet så att det fungerar med de tider som hälso- och sjukvården erbjuder. Inom psykiatrin finns det dessutom en hög andel uteblivna besök.

Region Skåne uppvisar överlag en bristande följsamhet till ledtidsmåtten. Inom bröstcancerprocessen och för patienter med självskadebeteende är följsamheten bättre men målen uppnås inte. Det finns regionala skillnader där Skånes universitetssjukhus i Malmö och Lund upplever ett stort tryck och som universitetssjukhus med avancerad teknik skall avlasta de övriga klinikerna samt ge ny medicinsk bedömning till patienter. Långa ledtider kan också uppstå för att patientens vårdprocess sker vid mer än ett sjukhus. Här har samarbetet mellan olika sjukhus och avdelningar förbättrats men fortfarande kan patienten uppleva stuprör som försvårar patientens övergångar i vården och bidrar till ökade ledtider.

Den politiska styrningen i Region Skåne har prioriterat samtliga tre flöden. Ledtidsmåtten skall också gälla alla och inte enbart de svårt sjuka. Vad gäller cancer så är det en folksjukdom som vården idag inte är rustad för att hantera menar en respondent på regional nivå.

En mer utförlig analys av nyckeltal för samlade ledtider samt delprocesser redovisas i bilaga 6.

3.1.2. Bröstcancer

Ett av de viktigaste ledtidsmåtten för 2014 är följande (skiljer sig inte från föregående granskning):

- Sammanlagd tid från remissankomst till sjukhus till besked om fortsatt behandling. Målvärdet är högst 49 dagar för minst 80 procent av patienterna.

Detta är ett övergripande mått med patientfokus och det enda väntetidsmått som öppet och regelbundet redovisas. Måttet består också av tre delmått:

- Tid från remissankomst till bröstmottagning eller bröstradiologisk undersökning till patienten får besked om diagnos/vårdplan. Målvärdet är högst 21 dagar för minst 80 procent av patienterna.
- Tid från diagnosbesked/vårdplan till operation/första ingrepp. Målvärdet är högst 14 dagar för minst 80 procent av patienterna.
- Tid från operation till patienten får besked om fortsatt behandling. Målvärde är högst 14 dagar för minst 80 procent av patienterna.

Region Skåne missar både det övergripande ledtidsmåttet och delmåtten. I de flesta fallen är det enbart några dagar som skiljer. Jämfört med övriga Sverige ligger Region Skåne bra till. Se tabell nedan för hur de enskilda sjukhusen samt genomsnittet för Skånes samtliga reviderade sjukhus ligger till över tid vad avser det övergripande ledtidsmåttet. Analysen här visar att inget av sjukhusen uppnår ledtidsmåttet. Den sammanlagda följsamheten har ökat något över åren men utfallet över åren är mycket ojämnt. Centralsjukhuset Kristianstad uppvisar lägst följsamhet och både Helsingborgs lasarett och Skånes universitetssjukhus Lund har minskat i följsamhet. Skånes universitetssjukhus Malmö är det enda sjukhuset som uppvisar förbättringar. För uppföljning av fler nyckeltal se bilaga 6.

Bröstcancerprocessen koncentrerades till ett färre antal bröstmottagningar för att optimera volym och strukturerade arbetsätt. Utifrån detta har starka bröstteam skapats som ser till att patienten får ett mer sömlöst omhändertagande och vårdprocessen upplevs som mer sammanhållen jämfört med den första granskningen. Bröstprocesserna är oftast korta men det finns tydliga utmaningar. Utmaningarna rör svårigheten att få en snabb diagnos, svårigheten att få en tid till mammografi/provtagning samt svårigheten att få en tid till operation.

Ovanstående stärks av resultat från journalgranskning och webbenkät. Även om spårbarheten av olika konkreta ledtider mellan remiss, undersökning och svar på undersökning är begränsad syns det tydligt att ledtiderna är långa. Majoriten av patientjournalerna (46 procent) visar en ledtid på mellan 8-30 dagar från beställning till svar på mammografi. Totalt 28 procent av patientjournalerna uppvisar en ledtid på mer än 30 dagar. Detta inkluderar enbart den första mammografin och inte återbesök.

Ledtiderna är en försämring jämfört med tidigare granskningar. Se bilaga 5 för analys och sammanställning av journalgranskningen.

Respondenter i webbenkäten anger att de inte upplever långa väntetider men ger i fritextsvar exempel på ledtider som de har haft i sina vårdepisoder. Två respondenter skriver "Cirka 7 veckor mellan första kontakt med vårdcentral och svar att det var cancer." respektive "Ett halvår kanske avgjorde om jag lever [eller] är död om fem-tio år!!!!". Se bilaga 7 för analys och sammanställning av webbenkäten.

Sammanlagd tid från remissankomst till sjukhus till besked om fortsatt behandling. Målvärde: Högst 49 dagar för minst 80 % av patienterna. Mätvärdet anger procentandel som uppnår målvärdet.				
Sjukhus/Region	2014	2013	2012	2011
Helsingborgs lasarett	60%	63%	74%	56%
Centralsjukhuset Kristianstad	33%	34%	41%	22%
Skånes universitetssjukhus Malmö	50%	51%	46%	41%
Skånes universitetssjukhus Lund	58%	51%	55%	68%
Skåne	50%	50%	53%	47%

3.1.3. Prostatacancer

Ett av de viktigaste ledtidsmåtten för 2014 är följande (skiljer sig inte från föregående granskning):

- Andel patienter med hög risk eller intermediär risk som påbörjat behandling inom 42 dagar från diagnosbesked inklusive eventuell "second opinion". Målvärdet är minst 80 procent av patienterna inom 42 dagar.

Detta ledtidsmått har patientfokus och riktar sig mot den patientkategori där måttet har betydelse för behandlingsresultatet. Målet kan inte anses som "best practice" men som en rimlig målsättning. Se tabell nedan för redovisning av de enskilda sjukhusen samt genomsnittet för Skånes samtliga reviderade sjukhus över tid. Följsamheten är mycket låg över tid för alla sjukhus. Höjningen under 2014 beror på att start av neoadjuvant behandling¹ inte började samlas in förrän i 2014 års strålblankett. Även de stora sjukhusen och de privata utförarna har mycket svårt att uppnå målvärdet och genomsnittet på sammanlagt 15 procent för alla utförare i Skåne visar tydligt att det behövs förbättringar. Även för övriga nyckeltal uppvisar sjukhusen i Skåne en mycket låg följsamhet och uppnår inte målvärdet för något ledtidsmått. För uppföljning av fler nyckeltal, se bilaga 6. Region Skåne har således en mycket bristande följsamhet till ledtidsmåtten. Det ligger i paritet med övriga Sverige.

¹ Neoadjuvant behandling definieras som "preoperativ systemisk behandling, till exempel med cytostatika". (Medicinsk ordbok; <http://medicinskordbok.se/component/content/article/9-b/55062-neoadjuvantbehandling>).

Prostatacancerpatienter prioriteras inom gruppen och de med högriskcancer² får snabbare tillgång till utredning och behandling. Denna grupp utgör ca 20 procent av alla prostatacancerpatienter. Detta betyder att den grupp som upplever längst väntetid också är den grupp som är störst.

Processen för prostatacancerpatienter upplevs som mindre sammanhållen, särskilt i jämförelse med bröstcancerprocessen.

Andel patienter med hög risk eller intermediär risk som påbörjat behandling inom 42 dagar från diagnosbesked inklusive eventuell "second opinion". Mål är minst 80 % av patienterna inom 42 dagar. Mätvärdet anger procentandel som uppnår målvärdet.

Sjukhus/Region	1 jan – 10 nov 2015	2014	2013	2012	2011
Skånes universitetssjukhus	25%	20%	5%	0%	7%
Privata utförare	0%	11%	0%	0%	0%
Helsingborgs lasarett	0%	19%	0%	0%	0%
Ängelholms sjukhus	20%	15%	0%	0%	0%
Lasarettet i Ystad	25%	8%	0%	0%	0%
Centralsjukhuset Kristianstad	100%**	11%	0%	0%	0%
Lasarettet Trelleborg	-	10%	0%	0%	0%
Simrishamns sjukhus*	0%	0%	0%	0%	0%
Skåne	16%	15%	2%	0%	1%

Tabellen ovan visar andelen patienter som uppnår målvärdet. "-" anger att det inte finns någon data att redovisa. Med andra ord har ingen patient inom denna kategori vårdats på Lasarettet i Trelleborg 1 januari – 10 november 2015. "0%" anger att ingen av patienterna har uppnått ledtidsmåttet inom gränsen för målvärdet.

* Drivs sedan 1 december 2014 av Praktikertjänst men redovisas separat då det utgör ett sjukhus.

** Centralsjukhuset Kristianstad avviker genom att hittills uppvisa en följsamhet på 100 procent. Detta beror på att Kristianstad under 2015 enbart har haft en enda patient inom denna kategori och att denna patientprocess har uppfyllt ledtiden.

Ovanstående stärks av resultat från journalgranskning och webbenkät. Ledtiden mellan första och andra besöket är 8-30 dagar enligt 42 procent av patientjournalerna och mer än 30 dagar enligt 52 procent av patientjournalerna. Det är en tydlig försämring jämfört med tidigare granskningar. Se bilaga 5 för analys och sammanställning av journalgranskningen.

² Högriskcancer definieras enligt RCC som "utbredd växt av Gleasonsumma 4 + 3 = 7 i mer än hälften av samtliga biopsikolvar". (RCC (2015) Prostatacancer. Nationellt vårdprogram.)

Respondenter i webbenkäten anger att de inte upplever långa väntetider generellt men att särskilt urologbristen på Centralsjukhuset Kristianstad har utgjort en flaskhals. I fritextsvar skriver två respondenter "Obegripligt att [Vårdcentralen] Åhus skickade remiss till [Centralsjukhuset] Kristianstad när man visste att urologi inte fungerade där. Fick själv begära att remiss omdirigerades till Capio [Citykliniken] Kristianstad och där fungerade allt utmärkt." respektive "Väntetiden för operation var lång". Se bilaga 7 för analys och sammanställning av webbenkäten.

3.1.4. Självskadebeteende

Det finns inga leddidsmått som specifikt rör självskadebeteende eftersom det inte är en egen diagnos. Då processen inte har ingått i tidigare granskning finns det inte något underlag att jämföra med. Vårdgarantin gäller för den psykiatriska vården i Region Skåne. Bland tillgänglighetskraven i vårdgarantin finns en leddid som anger att ett förstabetesök respektive operation/åtgärd i planerad specialiserad vård skall genomföras inom 60 dagar. Vårdgarantin anger också två leddider som särskilt pekar på barn och unga med psykisk ohälsa:

- Minst 90 procent av patienterna skall ha fått en första bedömning inom 30 dagar. Måluppfyllelsen till och med oktober 2015 ser ut som nedan:
 - 94 procent för Region Skåne
 - 84 procent för Riket
- Minst 80 procent skall ha fått en påbörjad fördjupad utredning/behandling i den specialiserade barn- och ungdomspsykiatrin inom 30 dagar. Måluppfyllelsen till och med oktober 2015 ser ut som nedan:
 - 98 procent för Region Skåne
 - 82 procent för Riket

Utvecklingen är stabil över tid. Därutöver finns det särskilda delmått för barn- och ungdomspsykiatrin:

- 7 dagar från nyanmälan till besök på första linjen-mottagning³
- 30 dagar från besök på första linjen-mottagningen till specialistvård
- 30 dagar från besök inom specialistvården till erbjudande om behandling

De längsta leddiderna inom psykiatrin uppstår innan utredning är genomförd eller i väntan på plats till behandling samt för att få komma till den psykiatriska öppenvården. Detta beror på att psykiatriska utredningar och behandlingar är komplexa och kräver tid och resurser. Köbildningen här är en konsekvens av att behovet är större än utbudet i nuläget men också för att resurserna används fel och att verksamheten inte alltid följer evidens.

Införandet av första linjen som en ingångsport för barn och ungdomar med psykisk ohälsa har effektiviserat flödet och minskat andanträngningen av patienter. I övrigt har Region Skåne ett gott utbud av strukturerade psykologiska behandlingsprogram som står sig väl i jämförelse med övriga Sverige. Journalgranskningen visar också att 60 procent av patienterna kommer direkt till den specialiserade vården vilket bör skapa goda förutsättningar för att ta hand om patienterna på ett kvalitativt sätt. Det beror på att psykiatrin äger patienten från start i vårdkontakten.

Ovanstående stärks av resultat från journalgranskning och webbenkät. Det är tydligt i journalgranskningen att leddiden från upptäckt av skada till erbjudande om behandling är för lång. Mer än hälften av journalerna visar att patienten har fått vänta i mer än 1 år varav drygt 40 procent har väntat mer än 1,5 år. Hälso- och sjukvården tar alldeles för lång tid på sig vad avser utredning och

³ Första linjen i Region Skåne vänder sig till barn och unga mellan 6 och 18 år och deras föräldrar. Syftet är att göra det enklare för barn och ungdomar som mår psykiskt dåligt att få hjälp i ett tidigt skede. Första linjen arbetar med lätt till medelsvår psykisk ohälsa.

diagnostik. Många av journalerna vittnar om patienter som upprepade gånger läggs in eller lägger in sig själva i slutenvården eftersom de inte har fått en korrekt bedömning och passande behandling. Detta är anmärkningsvärt allvarligt givet att patienter med självskada där beteendet ingår i diagnosen emotionellt instabil personlighetsstörning har en förhöjd risk att dö i självmord. Risken har uppskattats till 8-10 procent. När patienten väl har fått den specifika diagnosen i vilken självskada vanligen förekommer så kommer erbjudande om behandling snabbt och patienten får tillgång till strukturerad behandling. Majoriteten av patienterna startar sin behandling inom sex månader från erbjudande om behandling varav 18 procent inom två månader. Det betyder också att var femte patient får vänta i mer än fem månader på uppstart av behandling efter att erbjudandet har kommunicerats. En patient med en genomsnittlig väntetid enligt journalgranskningen får vänta i nästan två år innan start av behandling. Se bilaga 5 för analys och sammanställning av journalgranskningen.

Respondenter i webbenkäten anger att de antingen har upplevt långa, onödiga väntetider eller att de inte har upplevt detta. I fritextsvar skriver två respondenter "Lång väntan på utredning" respektive "Bristfällig information om behandlingsalternativ.". Se bilaga 7 för analys och sammanställning av webbenkäten.

3.1.5. Klinisk patologi och cytologi

Processerna inom cancervården är beroende av svarstiderna inom klinisk patologi och cytologi. Svarstiderna har generellt förbättrats med undantag för semesterperioder och införandet av ett nytt IT-system under 2015.

Region Skåne följer de ledtider som är satta av RCC tillsammans med Labmedicin Skåne. De flesta ledtidsmåtten är nationella.

- Svar på PSA-test (prostata-specifikt antigen) levereras inom fem timmar. Svaret kan levereras snabbare men hänsyn har tagits till samtliga tio laboratorier som kan utföra PSA-test.
- Den nationella svarstiden för prostatabiopsier är elva kalenderdagar. På grund av ett gott flöde har ett internt mål om nio kalenderdagar satts upp.
- Den nationella svarstiden för bröstbiopsi är sju kalenderdagar.
- Den nationella svarstiden för bröstcytologi är fem kalenderdagar.

Det är viktigt att poängtera att även om patologen inte håller ledtiden lämnas svar enligt ett regelbundet flöde. Antalet snabbsvar och fryssnitt som beställs inför eller under operation medför att kön av provsvar som väntar växer. I takt med att behovet av patologi och cytologi ökar behövs det också en tydlig plan för hur fler provsvar skall hanteras. Det finns underlag för att omfördela arbetsuppgifter mellan olika yrkeskategorier samt en kompetensförsörjningsplan för hur pensionsavgångar och kompetensöverföring skall ske inom organisationen.

3.1.6. Bild- och funktionsmedicin

Bild- och funktionsmedicin spelar en viktig roll i ledtiderna. Försenade svar från röntgen medför att patienten inte kan optimera sin väg genom vården. Respondenter från verksamheten uppger att oftast är undersökningarna genomförda i tid men slututlåtandet dröjer och det tar ytterligare tid innan patienten meddelas svaret. Ett exempel på ledtidsmått för bild- och funktionsmedicin är magnetresonansröntgen (MR). I tabellen nedan är det tydligt att sjukhusen över tid inte redovisar jämna eller förbättrade resultat. Det senaste året uppvisar Centralsjukhuset Kristianstad en tydlig förbättring men uppnår inte målvärdet. Lägst följsamhet har Skånevård Sund. Tabellen nedan visar också genomsnittet för Skånes samtliga reviderade sjukhus.

Patientens ledtid och psykologiska lidande ökar också när till exempel en ompunktion av en knuta i bröstet måste göras på röntgenavdelningen. En ompunktion innebär att den första biopsin inte visar något fynd eller inte är användbar. Ompunktionen kräver att patienten ånyo kommer till röntgen för att genomgå ytterligare undersökning samtidigt som resurser behövs för utvärdering av biopsin och läkarbesök för patient. Omtagningar av undersökningar medför generellt att ledtiden förlängs.

Det är tydligt att personal som arbetar med till exempel röntgen är måna om att patienten skall få ett gott omhändertagande. Respondenter uppger att personalen arbetar långa dagar och ger mycket energi för att minska patienters oro och för att minska köerna. Detta är dock inget arbetssätt som håller i längden.

Målet för magnetresonansundersökning (MR) är att minst 80 % av patienterna får vänta mindre än 30 dagar av det totala antalet remisser. Mätvärdet anger procentandel som uppnår målvärdet.

Sjukhus/Region	2014	2013	2012	2011
Skånevård Sund*	32%	45%	39%	44%
Centralsjukhuset Kristianstad	69%	48%	49%	67%
Skånes universitetssjukhus Malmö	51%	40%	46%	40%
Skånes universitetssjukhus Lund	55%	51%	57%	63%
Skåne	49%	46%	50%	53%

* För 2014 redovisas Helsingborgs lasarett och Ängelholms sjukhus tillsammans under förvaltningen Skånevård Sund. Underlaget för tidigare år har justerats till att omfatta samma område.

3.1.7. Mammografi

Mammografiverksamheten i Region Skåne bedrivs sedan 2009 på entreprenad. Ledtiderna har kortats avsevärt sedan entreprenören Unilabs tog över och det finns idag till exempel inga köer till screening. Ledtiden för beställda undersökningar för bröstcancerpatienter är 10-14 dagar. Enheterna i Malmö och Lund ligger under snittet och mycket angelägna patienter kan därför bli erbjudna att åka dit för att komma till snabbt. Skillnaden i ledtiderna kan bero på att det gemensamma arbetssättet tolkas individuellt.

3.2. Slutsatser: Ledtider per processområde

Sammanfattning av iakttagelser om ledtider per processområde – Vi bedömer att Region Skåne överlag uppvisar en bristande följsamhet till ledtidsmåtten oavsett vårdprocess. Till exempel uppfyllde 2014 60 procent av bröstcancerpatienterna vid Helsingborgs lasarett det övergripande ledtidsmåttet för remissankomst till sjukhus till besked om fortsatt behandling inom 49 dagar. Helsingborgs lasarett uppvisar bäst resultat för samtliga redovisade sjukhus i Region Skåne. Andelen prostatacancerpatienter med hög risk eller intermediär risk som påbörjat behandling inom 42 dagar från diagnosbesked och inklusive en eventuell ny medicinsk bedömning ligger på 20 procent för

Skånes universitetssjukhus under 2014 vilket är bäst resultat i Region Skåne. Granskningen visar också att patienter med självskadebeteende får vänta i nästan två år från identifikation av självskada till behandlingsstart. Ledtiden är utformad efter standardpatienten och vi bedömer att de patienter vars vårdförlopp inte är inom den ramen upplever en längre men oftast nödvändig och acceptabel ledtid. Patienter som inte är medicinskt prioriterade upplever för långa väntetider. Vi bedömer att koncentrationen av antalet bröstenheter har lett till att flödet för bröstcancerpatienter har optimerats men att åtgärderna inte är tillräckliga för att hålla ledtiderna. Det skall noteras att det enbart är ett fåtal dagar som skiljer gentemot ledtidsmåttuppfyllelsen. Vi bedömer att prostatacancerpatienter med högriskcancer får ett snabbare flöde medan patienter med lågriskcancer oftast får vänta mycket länge. Trots detta nås inte ledtidsmåtten för någon prostatacancerpatientgrupp. För ingen av patienterna var tiden från remissankomst till kliniken till behandling mindre än 60 dagar. Granskningen visar att inga tydliga förbättringar kan ses för patienten sedan föregående granskning.

Vi bedömer att självskadebeteende är ett prioriterat flöde. Ledtiden för patienten att få en strukturerad utredning och en korrekt diagnos eller att få starta behandling är lång. Komplexiteten av sjukdomsbilden bidrar oftast till att ledtiden förlängs utan att det är värdeskapande tid för patienten.

Vi bedömer att det är av stort värde att provsvar levereras fortast möjligast till beställaren. Det beror på att ledtiden av medicinsk service påverkar flera ledtider och inte bidrar till värdeskapande tid för patienten. Vi bedömer att ett ökat deltagande i screening bidrar till tidig upptäckt av bröstcancer och minskar risken för den enskilde att insjukna dödligt i cancer. Däremot kan arbets sätt, personal och struktur optimeras för att öka följsamheten till ledtider och på ett adekvat sätt ta hand om patienter som har fått misstanke om cancer.

Utifrån identifierade förbättringsområden ger vi följande rekommendationer.

Region Skåne bör inte påbörja en förändring av vårdprocesserna för bröstcancer och prostatacancer innan riktlinjerna från RCC avseende de standardiserade vårdförloppen har implementerats och utvärderats. I de standardiserade vårdförloppen ligger det en tydlig processförändring för patientens väg genom vården som kan bidra till att ledtiderna kortas. Vi rekommenderar också att ledtidsstatistik följs upp kontinuerligt på enhetsnivå av bland annat patientprocessledarna och på processnivå av RCC.

Vi rekommenderar att verksamhetschefen för klinisk patologi och cytologi säkerställer att verksamheten kapacitetsplaneras för att säkerställa att de har den kapacitet som krävs för att hantera Regionens volym av prover. Fokus på kapacitetsplaneringen bör vara specialister och kompetens.

Vi rekommenderar att division psykiatri i Skånevård Sund följer upp såväl vuxen- som barn- och ungdomspsykiatriens arbete med att genomföra strukturerade diagnostiska processer. Vi rekommenderar också att ledtidsstatistik följs upp kontinuerligt på enhets- och processnivå.

En översyn av arbetssätten inom mammografi, röntgen samt patologi och cytologi rekommenderas för att förbättra och optimalt nyttja resurserna under patientens första besök. Ett optimerat flöde med snabbsvar vid provtagning behövs för att effektivt nyttja vårdens resurser och uppnå en optimal väntetid för patienten. När ett prov behöver tas igen bör det kunna ske vid samma tillfälle istället för att ånyo kalla patienten.

Sjukvården bör i högre utsträckning fokusera på att ta hand om kvinnor efter första screeningen ifall misstanke om cancer finns.

3.3. Iakttagelser: Patientperspektivet

I detta avsnitt behandlas revisionsfrågorna: 2. "Är ledtiden rätt utifrån patientens perspektiv och gällande ledtidsmål?" och 6: "Hur upplever patienten "vägen genom vården"?"

3.3.1. Ledtiden utifrån patientens perspektiv

Leditiden är "mindre viktig" ur patientens perspektiv om patienten har en tydlig planering och går ifrån mötet med nästa besöksstid i handen. Väntetiden består oftast av oro och ovisshet och genom att ha en tydlig vårdplanering ökar patientsäkerheten.

För patienten uppfattas väntetiden alltid som lång. Patienter i alla tre undersökta processer vill komma till så fort de kan oavsett om det gäller besök, undersökningar eller behandlingar. Patienterna uppfattar inte en särskild ledtid som lång utan att det är processen generellt som tar lång tid. Respondenter från vården har i ett flertal intervjuer påpekat att det inte alltid underlättar för patienterna att ledtiden är kort. En anpassad ledtid innebär att patienten kan ta in budskap och förbereda sig på den förestående behandlingen. Det är viktigt att patienten förstår de olika faser som denne genomgår och också hinner smälta information. En för lång väntetid är dock inte värdeskapande tid för patienten.

Det är också viktigt att påpeka att väntetiden uppfattas individuellt. Det är stor skillnad på hur ett cancerbesked uppfattas och hanteras av patienten om patienten är 35 år eller 85 år. Den äldre patienten anser sig kanske inte ha något att förlora på att vänta lite till. Vad gäller bröstcancer är det en mycket stor patientgrupp, ett välbeforskat område och med många aktiva patientföreningar. Detta leder till att stort fokus har hamnat på bröstcancer vilket också påverkar patientens perspektiv. Patienterna är ofta välinformerade och ställer stora krav på vården. Patienter som enligt forskning inte bör vara i riskålder kommer till vården för att undersökas.

Inom psykiatrien uppstår ställtid när patienten skall motiveras för att delta i en särskild behandling. Detta medför att ledtiden kan uppfattas vara lång för patienten men egentligen är en del av bedömningsprocessen för att säkerställa att patienten är motiverad och därmed gagnar det patienten. Patienter inom psykiatrien uppfattar ibland inte den hjälp som de erhåller. Detta bidrar till att väntetiden kan kännas längre även om riktade insatser för patientens individuella behov har genomförts.

Ur webbenkäterna framgår att patienterna överlag är mindre nöjda med såväl vården som den information som har erhållits. Gemensamma faktorer som bidrar till en sämre patientupplevd kvalitet som alla tre processer uppvisar är:

- Patienten är missnöjd med läkarens tillgänglighet.
- Patienten är missnöjd på grund av att denne får träffa olika läkare varje gång, inklusive hyrläkare.
- Patientens psykologiska lidande ökar på grund av vårdköerna.

- Patienten vill ha en geografisk närhet till behandlande enhet.
- Patienten vill vara mer informerad om och delaktig i sin egen vårdplanering.

Vården utnyttjar inte de patientverktyg som finns. Journalgranskningen visar att hälften av alla patienter med självska debeteende inte har en dokumenterad vårdplan. Hos bröstcancerpatienter är det drygt 75 procent som inte har en dokumenterad vårdplan och ingen av de granskade journalerna inom prostatacancer innehöll en notering om en dokumenterad vårdplan. Det andra verktyget som finns är kontaktsjuksköterska och fast vårdkontakt. Journalerna för prostatacancer uppvisar i hälften av fallen att det finns dokumentation om en utsedd kontaktsjuksköterska. För bröstcancer är motsvarande siffra fyra procent och för patienter med självska debeteende sex procent. Likaså är information om vårdgaranti och vårdval viktiga för att patienten själv skall kunna ta ett beslut om sin fortsatta vård. Journalerna visar att ytterst få patienter har dokumenterad information om detta. För prostatacancerpatienterna finns ingen dokumentation kring detta. För bröstcancerpatienter och patienter med självska debeteende har enbart 2 procent respektive 16 procent dokumentation som styrker att patienten har informerats.

Patienter har genom brukarråd och patientföreningar möjlighet att påverka ledtider. Både inom RCC och inom division psykiatri hålls möten där patient- eller närståendeföreningar kan bidra till att optimera vården.

3.3.2. Vägen genom vården

För att patienten skall vara trygg i sin väg genom vården är omhändertagandet från varje person som de möter viktigt. Kontaktsjuksköterskorna för cancerprocesserna eller de fasta vårdkontakterna för självska debeteender har bidragit till att omhändertagandet blir bättre och att patienterna känner sig sedda. Kontaktsjuksköterskan och den fasta vårdkontakten är också nyckelpersoner i det avseende att läkare blir allt mer specialiserade (diagnos/operation/undersökningar) och att patientens vårdkontakt därmed kan guida genom flödet på ett bättre och tydligare sätt. Enligt den regionala cancerplanen för Region Skåne skall varje patient erbjudas en kontaktsjuksköterska under utrednings- och behandlingstiden. För psykiatri styr patientlagen som anger att den patient som önskar skall tilldelas en fast vårdkontakt.

Ett talande exempel ger prostatacancer verksamheten i Ängelholm, där flertalet patienter i telefon presenterar sig med förnamn och antar att kontaktsjuksköterskan direkt skall veta vem det är. Det tyder på ett gott bemötande och ett tryggt omhändertagande. Tryggheten skapas också genom att patienten får vara en aktiv del av sin vårdplanering och alltid vet vilket steg som väntar. Utmaningen med kontaktsjuksköterskorna är att dessa oftast får kontakt med patienten först när denne har erhållit sitt cancerbesked. Detta medför att patienter som är under utredning kan sakna en direkt kontakt till vården och bära på onödig oro. Kontaktsjuksköterskorna tar i dagsläget inte heller hand om kroniska patienter. I såväl journalgranskning som webbenkät framkommer att patienterna inte alltid erbjuds en kontaktsjuksköterska eller en fast vårdkontakt. I fritextsvar skriver två respondenter "[...] patienten själv som får vara koordinator [...]" respektive "Att kontakten mellan läkare, terapeut och avdelningspersonal varit väldigt bristande".

Många patienter väljer att hellre vänta med operation eller återbesök för att få gå hos "sin" läkare. Respondenter uppger i intervjuer att de underrättar patienter om vårdgarantin och försöker skapa en kollektiv trygghet för vården så patientens relationer inte blir personbundna. Respondenter i webbenkäten upplever ett stort problem med hyrläkare. Tre respondenter uttrycker sig så här "[...] jag har haft otrolig tur i oturen eftersom jag fått samma läkare, behandlingssjuksköterska och kurator vid båda mina diagnoser trots 5 år emellan [...] önskar att det skulle vara så för alla patienter" och "Jag har haft 'nästan' like många forskellige behandlere/doktore som jag har haft kallelser/besök" samt "Just jag har haft turen att ha samma hyrläkare under mina tre slutenvårdsmånader och sedan

vidare i mellanvården [...] Problemet är att när hyrläkarna bara är där en vecka, ibland bara måndag-torsdag eller enbart tre dagar, då tar man inte upp några problem med dem, och de ändrar inte heller gärna på långsiktiga behandlingsplaner eftersom de inte är insatta i patienten”.

Ur patientens perspektiv är vården en enda process. Den sömlösa övergången mellan enheterna är viktig. En respondent från psykiatrin skriver följande i webbenkäten ”Jag är extremt nöjd med hur jag har tagits om hand, först på akuten i Helsingborg och därefter all vård i Ängelholm”. Därför behöver patientens flöde optimeras mellan de olika inblandade enheterna. Detta ställer stora krav på rutiner och samarbete. Eftersom flödet består av mindre separata delar är det svårt att initiera ett effektivt processtänk. Ett exempel är att onkologens rondning är av stor betydelse för när patienten kan skickas hem från en vårdavdelning. Sker rondning för sent kan patienten inte skrivas ut utan tvingas ligga kvar över natten eller helgen. Ett tätt samarbete mellan vårdens olika aktörer och särskilt mellan läkare, operationsplanerare och patient ökar patientsäkerheten.

Det åligger också primärvården ett stort ansvar att informera patienten grundligt redan när misstanke om cancer uppstår. Respondenter uppger i intervjuer att det finns patienter som inte är förberedda på sitt besked eller på att de kallas brådskande till olika undersökningar. Detta medför en ökad oro för patienten. Journalgranskningen styrker detta.

Bristen på personal och tid i vården har gjort att patienter med elakartad cancertumör kan få svar via brev. Arbets sättet kan ses som optimalt ur ett flödesperspektiv men är inte patientcentrerat. Även om patienten inte har en elakartad cancertumör kan det av patienten upplevas som tryggare om svar erhålls av läkare eller av annan för ändamålet utsedd vårdpersonal. Enligt journalgranskningen är det framför allt inom prostatacancerprocessen som detta sker.

Baserat på svaren i webbenkäten koncentrerar sig vården idag enbart på den som är sjuk och inte de som är anhöriga eller medberoende. Respondenter exemplifierar detta i fritextsvar ”Min man kände sig aldrig sedd som anhörig” och ”Dålig kontakt mellan BUP och mina föräldrar”.

Till sist lyfter respondenterna i enkäten problematiken med att patienten överlämnas till sig själv när vårdepisoden anses medicinskt avslutad. Eftervård och långsiktig uppföljning är minst lika viktigt ur patientens perspektiv. Respondenterna poängterar att deras hälso- och sjukvårdsbehov inte minskar utan blir annorlunda. Två respondenter uttrycker detta ”Bara för att vården är över medicinskt så är det ej över för patienten” respektive ”När man är sjuk är det fullt pådrag sedan blir allt tyst och man är hänvisad till sig själv med en oro som alltid finns där i bakgrunden och en kropp som aldrig blir sig lik igen”.

3.4. Slutsatser: Patientperspektivet

Sammanfattning av iakttagelser om patientperspektivet – Vi bedömer att patienten alltid uppfattar sin väntetid som lång även om ledtiden inte överskrids. Detta beror till del på att patienten inte får tillräckligt med information om hur vårdplaneringen ser ut. De ledtider som är satta idag är rimliga ur patientens perspektiv men resursallokeringen är inte anpassad och ger inte rätt förutsättningar för vården. Vi bedömer också att patienten gagnas av att övergångarna mellan vårdens olika enheter eller förvaltningar är sömlös. Vi bedömer att vården har goda möjligheter att ge patienten ett tryggt och bra omhändertagande. Kontaktsjuksköterskorna och de fasta vårdkontaktarna samt en dokumenterad vårdplan är viktiga för detta ändamål. Patienterna bör även informeras om vårdgarantin och vårdval för att få möjlighet att äga sin vårdprocess mer och korta sin egen väntetid.

Utifrån identifierade förbättringsområden ger vi följande rekommendationer.

Region Skåne bör inte påbörja en förändring av vårdprocesserna för bröstcancer och prostatacancer innan riktlinjerna från RCC avseende de standardiserade vårdförloppen har implementerats och utvärderats. I de standardiserade vårdförloppen ligger det en tydlig processförändring för patientens väg genom vården som kan bidra till att ledtiderna kortas. Vi rekommenderar också att ledtidsstatistik följs upp kontinuerligt på enhetsnivå av bland annat patientprocessledarna och på processnivå av RCC.

Vi rekommenderar att division psykiatri följer upp såväl vuxen- som barn- och ungdomspsykiatriens arbete med att genomföra strukturerade diagnostiska processer. Det är viktigt att korta ledtiden från upptäckt av självskada till korrekt diagnos och erbjudande om behandling. Vi rekommenderar också att ledtidsstatistik följs upp kontinuerligt på enhets- och processnivå. Uppföljningen bör ske både avseende tid från upptäckt av självskada till erbjudande om behandling och till uppstart av behandling.

Vi rekommenderar att journalföringen inom division psykiatri ses över avseende innehåll och omfattning. Mycket omfattande och ibland bristfälliga journalanteckningar inom psykiatri gör det svårt att följa de centrala inslagen i vårdprocessen som diagnos, bedömning, fortsatt planering, behandlingsförlopp och fortsatta utveckling av måendet. Översynen och införande av stringenta och kärnfulla journalanteckningar är viktigt inte minst mot bakgrund av att patienterna inom division psykiatri vuxenpsykiatri sedan slutet av september i år har åtkomst till delar av sina journalanteckningar via 1177 Vårdguidens e-tjänster. Journalerna bör också genomgående innehålla dokumentation om vårdplan och när återbesök är bokad.

Vi rekommenderar att samtliga reviderade verksamheter oavsett process tydligt delger patienten information om planerade bokningar och när svar på till exempel undersökningar skall erhållas. Ansvar för detta bör åligga den vårdgivare och personal som patienten träffade senast. Patienten upplever då färre onödiga väntetider samtidigt som sjukvården tvingas planera sina patientflöden optimalt.

Vi rekommenderar samtliga verksamheter som arbetar med bröst- och prostatacancer samt de regionala patientprocessledarna att fullfölja besluten om att samtliga patienter med bröstcancer eller prostatacancer skall tilldelas en kontaktsjuksköterska. Kontaktsjuksköterskan skall också vara tillgänglig för personer under utredningen för att minska oron hos patienten. Detta är särskilt viktigt när ledtiden från misstanke till färdig utredning är lång.

Vi rekommenderar att samtliga reviderade vårdverksamheter i Region Skåne arbetar mer aktivt med att inkludera anhöriga och närstående i patientens vårdprocess för att stärka patientens nätverk och bidra till patientens trygghet efter vårdepisoden.

3.5. Iakttagelser: Prioriteringar

I detta avsnitt behandlas revisionsfrågan: 3. "Hur sker prioritering mellan svåra och mindre svåra fall?"

3.5.1. Medicinsk bedömning

Patienter prioriteras enligt medicinska bedömningar och rutiner. Både cancerpatienter och patienter med självskadebeteende är prioriterade grupper inom hälso- och sjukvården.

Cancerpatienterna prioriteras oftast först efter att en utredning har gjorts och det står klart om det handlar om en högriskcancer eller inte. Detta medför att det inom cancergrupperna och inom den enskilda cancerprocessen sker ytterligare prioriteringar.

Avseende självskadebeteende kan själva beteendet visa sig när patienten redan är under utredning eller behandling. Det är inte säkert att självskadebeteendet är tydligt eller visas i samtal med psykiatri. När en sådan identifikation har skett är det viktigt att patienten hänvisas till rätt vårdnivå och det är här ytterligare prioriteringar inom psykiatri sker.

I takt med att det sker prioriteringar är det omöjligt att förhindra undanträngningseffekter i den hälso- och sjukvård som erbjuds idag. Patienter med milda former av cancer kan ha långa och orimliga väntetider. Andra patientgrupper såsom patienter med hjärtsjukdom, kärlsjukdom eller diabetes riskerar också att trängas undan.

Inom cancerprocesserna förekommer att en till viss del omedveten prioritering inom omhändertagandet efter till exempel operation sker. Patienter som det utförs större fysiska ingrepp på får oftast mer uppmärksamhet även om ingreppet är lika livshotande och den individuella livskrisen är lika stor för patienter som det utförs mindre fysiska ingrepp på.

Respondenter uppger att patienter med godartade tumörer har fått tid för operation eller behandling före patienter med elakartade diagnoser. Det är oklart i vilken utsträckning så har skett. På sommaren när vården sänker sin generella produktion är det tydligt att elakartade diagnoser har förtur.

Det upplevs som mycket svårt när det är omvårdnadspersonal på golvet som på stående fot måste prioritera patienter. Detta kan ske till exempel när antalet vårdplatser inte räcker till.

3.6. Slutsatser: Prioriteringar

Sammanfattning av iakttagelser om prioriteringar – Vi bedömer att prioriteringar i vården sker efter medicinska bedömningar och rutiner. Både cancerpatienter och patienter med självskadebeteende är prioriterade grupper inom hälso- och sjukvården. Prioriteringarna leder till en undanträngningseffekt och att patienter som inte har en högrisksjukdomsbild får sen vård. Detta leder till en konflikt mellan professions- och patientperspektivet.

Utifrån identifierade förbättringsområden ger vi följande rekommendation.

Vi rekommenderar att samtliga reviderade verksamheter oavsett process tydligt delger patienten information om planerade bokningar och när svar på till exempel undersökningar skall erhållas. Ansvar för detta bör åligga den vårdgivare och personal som patienten träffade senast. Patienten

upplever då mindre onödiga väntetider samtidigt som sjukvården tvingas planera sina patientflöden optimalt.

3.7. Iakttagelser: Målbild om följsamheten till ledtidsmått

I detta avsnitt behandlas revisionsfrågan: 5. "Hur skulle väntetider, köer, totalt inom Region Skåne och för respektive diagnos, se ut om rätt ledtider kunde uppfyllas?"

3.7.1. När ledtiden uppfylls

Ett snabbt flöde är optimalt vad avser ledtiderna. Detta inkluderar alla patienter oavsett diagnos eller vårdorsak. Ledtiden är idag satt utifrån standardpatienten. Långt ifrån alla patienter är standardpatienter och även om en ökad följsamhet till ledtidsmått skulle bidra till att fler patienter avslutar sin process snabbare finns flertalet berättigade undantag. Bröstcancerpatienter i fertil ålder kan till exempel erbjudas fertilitetsbevarande åtgärder vilket leder till att vissa av ledtiderna förlängs till gagn för patienten. Det viktigaste för en akut sjuk patient med självskada kan till exempel vara en god initial och kortare omvårdnadsperiod i slutenvården innan en strukturerad diagnostik kan inledas.

Det är också viktigt att komma ihåg att en ledtid som orsakas av förberedelse, analys eller utvärdering enligt ett optimalt arbetssätt och flöde är motiverad medan en ledtid som orsakas av till exempel brist på personal, vårdplats, operationssal eller tid till mottagningen är omotiverad.

Oavsett faktisk ledtid skulle patienten fortfarande uppleva oro och ovisshet. Från patientperspektivet är väntetiden alltid för lång.

Ifall samtliga aktuella enheter och förvaltningar skulle korta köerna och väntetider idag skulle en undanträngningseffekt gentemot nya patienter uppstå. Tillgänglighet i vården skulle minska för dem och särskilt patienter med högrisksjukdomsbilder skulle uppleva negativa följder. Prioriteringarna medför att ledtidsmåtten åsidosätts ibland och skapar målkonflikter inom verksamheterna.

Visionärt och hypotetiskt skulle korta ledtider förbättra vården, minska patientens oro och utjämna sjukvårdspersonalens arbetsbelastning. Patienterna skulle troligen också känna sig mer informerade och mer involverade och sjukvården skulle på ett tydligare sätt anta ett patientperspektiv.

3.8. Slutsatser: Målbild om följsamheten till ledtidsmått

Sammanfattning av iakttagelser om målbild om följsamheten till ledtidsmått – Vi bedömer att en kortare ledtid skulle gagna sjukvårdspersonalen som skulle kunna fokusera på patienten och dess väg och omhändertagande i vården. Vård skulle kunna erbjudas och ges på rätt vårdnivå direkt utan att patienten skulle uppleva onödiga ledtider. Detta skulle i slutändan gagna patienten och bidra till att vården blir mer patientcentrerad.

Utifrån identifierade förbättringsområden ger vi följande rekommendationer.

Vi rekommenderar att samtliga medarbetare i de reviderade verksamheterna upplyses om vilken målbild som finns avseende ledtiderna och ledtidsmåtten. Detta bidrar till en gemensam vision som arbetslaget kan uppnå och som kan öka ambitionen och prestationen till att korta ledtiderna.

3.9. Iakttagelser: Konsekvenser och flaskhalsar

I detta avsnitt behandlas revisionsfrågorna: 4. "Vilka blir konsekvenserna för patienterna och för vården om ledtiderna är för långa?" och 7. "Vilka eventuella "flaskhalsar" finns i systemet?"

3.9.1. Konsekvenser för patienten och för vården vid långa ledtider

Respondenter uppger i intervjuer att patienter med lättare fysiska besvär stryks först för att ge plats till högriskpatienters operationer eller behandlingar. Konsekvensen blir ett ökat individuellt psykiskt lidande för patienten medan vården står med långsiktiga planerings- och bokningsproblem. Det uppstår fler administrativa moment när vårdprocesserna är onödigt långa vilket belastar sjukvården i onödan.

När patienten fastnar mellan olika enheter i väntan på nästa steg uppstår problem med eventuell sjukskrivning. Till exempel ansvarar primärvården för patienten innan den specialiserade vården tar över. Det betyder att om patienten behöver förnya sin sjukskrivning kräver detta upprepade besök i primärvården vilket medför onödiga läkarbesök. Sjukskrivningsperioden kan också bli onödigt lång.

För patienter med självskadebeteende kan en längre ledtid medföra en ökad medicinsk risk. Särskilt patienter med diagnos förknippad med självskada har en ökad självmordsrisk som nämndes ovan. Här är det inte bara viktigt att diagnosticeringen blir rätt från början utan det är också viktigt att patienten får en kort väg till rätt vårdnivå och konstant hålls informerad om sin vårdplan. Journalgranskningen visade att tre fjärdedelar av journalerna inte hade någon bokningsinformation om när patienten hade sitt nästa besök. För cancerprocesserna utgör en längre ledtid oftast ingen medicinsk risk. En längre ledtid för patienter med cancer som inte är av högriskkaraktär påverkar oftast inte patientens överlevnad.

I intervjuer och webbenkäter framkom att patienten gärna vill ha samma behandlande läkare. När ledtiderna är långa brister kontinuiteten i patientens vårdprocess och förutsättningarna för att träffa samma läkare under hela processen minskar.

När ledtiderna ökar upplever patienterna oftast en större oro. Detta kan medföra att kontaktsjuksköterskorna eller den fasta vårdkontakten blir kontaktad i ökad utsträckning av patienterna. Ökad börda medför att sjuksköterskorna inte kan avlasta läkarna som tänkt och på så sätt ökar bördan för hela sjukvården. Till sist leder missnöjda patienter till en negativ stämning på arbetsplatsen menar respondenter från verksamheterna.

3.9.2. Flaskhalsar

Nästan alla respondenter har påpekat att flaskhalsarna är dynamiska. När väl ett problem är löst har en förskjutning skett. Det kan handla om att läkarbristen upphör men att det medför att antalet sjuksköterskor är för liten, att antalet vårdplatser är för få eller att det inte finns tillräckligt med operationstider.

Den vanligast förekommande flaskhalsen enligt intervjuerna och enkäterna är kapacitetsbrist i form av personalbrist. Region Skåne lider av den internationella bristen på urologer men det saknas också bröstkirurger, patologer, sjuksköterskor samt erfarna psykologer och psykoterapeuter enligt respondenter i verksamheterna. Sverige har i relation till många andra länder dock en hög andel läkare per invånare. De logistiska problemen uppstår framför allt när operation eller behandling inte kan utföras med full kapacitet för att enheter inom bland annat bild- och funktionsmedicin samt laboratoriemedicinsk service har långa svarstider. Det pågår olika rekryterings- och utbildningsprogram men det uppstår en ställtid innan ny personal uppnår samma kompetensnivå. Olika kompetensförsörjningsplaner inom Region Skåne lyfter också behovet av att fördela

arbetsuppgifter på nya sätt mellan olika yrkeskategorier. Genom att till exempel specialutbilda sjuksköterskor kan dessa vid behov avlasta läkare. Även ny teknik och nya undersökningsmetoder bidrar till att personalbristen innovativt kan stävjas. Inom patologin används ny teknik för att undersöka bland annat cytologiska fynd vilket gör att samma patolog eller cytolog kan klara av fler prover på egen hand. Ny teknik bidrar också till att locka ST-läkare men med nackdelen att dessa till exempel då inte väljer urologen i Ängelholm för där utförs enbart dagkirurgi utan robot. Primärvården hade också gärna tagit del av specialistläkare direkt på sina vårdcentraler för att optimera flödet.

En av de stora flaskhalsarna är remissflödet. Genom att idag skicka papperskopior mellan primärvården och specialistvården uppstår en ökad ledtid samtidigt som systemet upplevs som resurskrävande och inte minst patientsäkert. Därtill kommer att journalsystemen Profdoc Medical Office (PMO; primärvården) och Melior (öppen- och slutenvården) inte är kompatibla. Primärvården uppfattar det som en stor nackdel att inte direkt kunna följa upp remisser till exempel.

Även remissernas innehåll utgör en flaskhals. För patienter med självskadebeteende är det mycket viktigt att den kommunikation som sker mellan två vårdgivare är korrekt och tydlig. Bytet av vårdgivare utgör en riskfaktor för dessa patienter som har ett stort behov av kontinuitet. För cancerpatienter kan remissens innehåll bidra till ökad väntetid. Primärvården kan i vissa fall använda sig av gula konsultremisser vilket medför att patienten remitteras vidare för att träffa en specialistläkare. Inom framför allt bröstcancerprocessen bör nästa steg vara mammografi eller röntgen och att remittera via en annan läkare som skall göra ytterligare bedömning kostar både tid och resurser.

Vårdplatsbristen har nämnts av flera respondenter som en utmaning. För att effektivt utnyttja vårdplatserna kan akutmottagningen belägga dem under natten vilket försvårar för patienter som är planerade för dagkirurgi. Onkologen har generellt sett också en vårdplatsbrist vilket medför att färre patienter kan tas emot. Bristen orsakas ofta av att platserna används till andra patienter än cancersjuka och det medför att planerad operation eller cytostatikabehandling får bokas om. Vårdplatsbristen leder också till att hemsjukvården utvecklas vilket på sikt kan vara positivt för patienten.

Vården har idag inte alltid kapacitet att erbjuda en patient oavsett vilken av de tre undersökta processerna som avses en tid med kort varsel. Patienter hänvisas i dessa fall till akuten och därmed förskjuts problemet snarare än att det blir löst.

Den ökade administrationen är också en flaskhals som återkommande nämns av respondenter för samtliga tre processer. Läkare och vårdpersonal ägnar sig i allt större omfattning till registrering, journalföring och övrigt administrativt arbete vilket minskar vårdproduktionen. Journalgranskningen visar att detta är en flaskhals. En psykiatrijournal är i genomsnitt 150-200 sidor och innefattar ovidkommande information och upprepningar samtidigt som bland annat registrering enligt KVÅ-koder saknas. Detta arbetssätt medför inte bara att den som för journalen lägger ner mycket tid utan också att den som ska följa upp journalen behöver lägga mycket tid för att sätta sig in i den.

Självskadepatienter efterfrågar och förespråkar mycket resurser. Det beror dels på sjukdomsbilden som förespråkar en kontinuitet, dels på att antalet besök är högt per patient. Till exempel kräver behandling inom dialektisk beteendeterapi (DBT) en lång behandlingstid, flera olika behandlande professioner och individualkontakt. Inom barn- och ungdomsmedicin arbetar teamen tvärprofessionellt utifrån medicinska, psykologiska och sociala perspektiv vilket också är resurskrävande. Respondenter uppger att forskningen visar att behandlingar som ges i ett tidigt stadium och/eller vid ung ålder motverkar att sjukdomsbilden förvärras eller utvecklas. Ett tidigt resurseffektivt arbetssätt kan därmed förkorta patientens lidande och slussa patienten genom vården på kortare tid.

Psykiatrin upplever också många uteblivna besök. Detta medför att vårdens kapacitet inte utnyttjas effektivt och att patienters behandlingar drar ut på tiden. Ett särskilt stort antal uteblivna besök ses inom barn- och ungdomspsykiatrin.

3.10. Slutsatser: Konsekvenser och flaskhalsar

Sammanfattning av iakttagelser av konsekvenser och flaskhalsar – Vi bedömer att konsekvensen blir ett ökat individuellt psykiskt lidandet för patienten medan vården står med långsiktiga planerings- och bokningsproblem. Vi bedömer att patienter uppskattar en kontinuitet vad gäller både läkarkontakt och vårdprocessen. Långa ledtider medför i samtliga tre processer att patienten upplever en ökad oro. Detta leder till att vården belastas onödigt av oroliga patienter och att resurserna inte kan nyttjas optimalt i vården. Vi bedömer att det är viktigt att patienten är informerad och får delta aktivt i sin vårdplanering.

Vi bedömer att det finns brister inom samtliga tre processer i Region Skåne som berör produktionen negativt. Det kan vara personalbrist, vårdplatsbrist, brist på operationstider och brist på följsamhet vad gäller ledtider som medför att förseningen påverkar kommande delprocesser. I en del fall inom psykiatrin tycks det handla om kompetensbrist när det gäller att korrekt diagnosticera patienter med självskada. Vi bedömer att det är påtagligt inom prostatacancer och självska debeteende att vården fungerar i stuprör och att det kan göras ett aktivt arbete för att underlätta patientens flöde. Vi bedömer även att den administrativa bördan ökar.

Utifrån identifierade förbättringsområden ger vi följande rekommendationer.

Vi rekommenderar att Region Skåne på central nivå och i samband med regionala patientprocessledare inom cancerprocesserna och division psykiatri utvecklar och förstärker arbetssättet med kontaktssjuksköterskor och fasta vårdkontakter. Det är viktigt både ur patientens perspektiv och för vårdens resurser att det finns ett psykosocialt stöd som ökar patientens välbefinnande.

Region Skåne bör inte påbörja en förändring av vårdprocesserna för bröstcancer och prostatacancer innan riktlinjerna från RCC avseende de standardiserade vårdförloppen har implementerats och utvärderats. I de standardiserade vårdförloppen ligger det en tydlig processförändring för patientens väg genom vården som kan bidra till att ledtiderna kortas. Vi rekommenderar också att ledtidsstatistik följs upp kontinuerligt på enhetsnivå av bland annat patientprocessledarna och på processnivå av RCC. Detta för att tidigt kunna identifiera flaskhalsar och motverka dessa.

Vi rekommenderar att ansvariga divisionschefer för de specialiteter i Region Skåne som berörs i granskningen inför produktionsstyrning för att kunna följa upp och produktionsplanera respektive verksamhet för att säkerställa att de har rätt kapacitet för att genomföra sitt uppdrag. Uppföljningen av produktionsplanen för respektive verksamhet kan fungera som underlag för styrning och identifiering av flaskhalsar i systemet och minimera dessa.

Vi rekommenderar att journalföringen inom division psykiatri ses över avseende innehåll och omfattning. Mycket omfattande och ibland bristfälliga journalanteckningar inom psykiatri gör det svårt att följa de centrala inslagen i vårdprocessen som diagnos, bedömning, fortsatt planering, behandlingsförlopp och fortsatta utveckling av måendet. Översynen och införande av stringenta och kärnfulla journalanteckningar är viktigt inte minst mot bakgrund av att patienterna inom division psykiatri vuxenpsykiatri sedan slutet av september i år har åtkomst till delar av sina journalanteckningar via 1177 Vårdguidens e-tjänster. Journalerna bör också genomgående innehålla dokumentation om vårdplan och när återbesök är bokade.

Bilaga 1 – Intervjuförteckning

Namn	Funktion
Anna-Lena Hogerud	Ordförande, Hälso- och sjukvårdsnämnden
Anna Stålhammar	Hälso- och sjukvårdsstrateg, Koncernkontoret
Johan Cosmo	Cancersamordnare, Koncernkontoret
Stefan Rydén	Medicinsk rådgivare, RCC Syd
Katarina Viebke	Divisionschef, Division psykiatri
Angeline Wemmert	Chefläkare, Division psykiatri
Gunilla Hagberg Tegenrot	Verksamhetschef, BUP Trelleborg
Linda Welin	Verksamhetschef, BUP Öst
Marie-Louise Björnberg	Områdeschef, VUP Lund
Åsa Westrin	Ordförande för Expertgruppen för psykisk ohälsa
Petter Kollberg	Överläkare, Urologmottagningen Helsingborg
Göran Ahlgren	Överläkare och Regional patientprocessledare, Urologmottagningen, Malmö
Lena Liljehov	Avdelningschef, Urologi/Kirurgi, Kristianstad
Ingrid Lundqvist	Koordinator, Urologmottagningen, Ystad
Maria Paulsson	Kontaktsjuksköterska, Urologmottagningen, Ängelholm
Maya Isaksson	Sjuksköterska, Kirurgi/Urologi, Trelleborg
Malin Sandström	Sekreterare, Urologavdelningen, Helsingborg
Anna-Karin Falck	Överläkare, Bröstmottagningen, Helsingborg
Martin Malmberg	Överläkare, Onkologiska behandlingsenheten, Helsingborg
Ingela Fridlund	Enhetschef, Kirurgiska kliniken, Lund
Kala Hatti Önnarfält	Kontaktsjuksköterska, Onkologimottagningen, Lund
Kerstin Ekerot Anderberg	Kontaktsjuksköterska, Bröstcentrum, Kristianstad
Gunilla Bodelsson	Verksamhetschef, Klinisk patologi, Medicinsk service
Gerd Odh Olsson	Verksamhetschef, IT och medicinsk teknik, Medicinsk service
Anna Sjöberg	Medicinskt ledningsansvarig läkare, Röntgenkliniken, Kristianstad
Anette Magnusson	Kundtjänstchef, Helsingborg, Unilabs
Ingrid Hilferink	Driftchef, Helsingborg, Unilabs
Annica Lusth	Verksamhetschef, Vårdcentralen Höör
Björn Widlund	Verksamhetschef, Vårdcentralen Sjöbo och Vårdcentralen Tomelilla
Christin Tornvall	Verksamhetschef, Vårdcentralen Vellinge

Bilaga 2 – Revisionsfrågorna

1. Vilka ledtider uppnås för respektive diagnos och hur uppnås ledtidsmålen - dels samlat och dels för olika delprocesser?
2. Är ledtiden rätt utifrån patientens perspektiv och gällande ledtidsmål?
3. Hur sker prioritering mellan svåra och mindre svåra fall?
4. Vilka blir konsekvenserna för patienterna och för vården om ledtiderna är för långa?
5. Hur skulle väntetider och köer, totalt inom Region Skåne och för respektive diagnos, se ut om rätt ledtider kunde uppfyllas?
6. Hur upplever patienten "vägen genom vården"?
7. Vilka eventuella "flaskhalsar" finns i systemet?

Bilaga 3 – Metod

Dokumentgranskning

Helseplan har tagit del av relevanta mål- och styrdokument som avser Region Skånes verksamhet. Underlag har hämtats från RCC och inkluderat bland annat vårdprogram och leddismått. Rekommendationerna från SKL:s nationella självskadeprojekt har bidragit till analysen kring självskadebeteende.

Intervjuer

Djupintervjuer har genomförts enligt en i förväg fastställd intervjumall. Totalt 30 intervjuer har genomförts. Intervjuerna har haft en geografisk spridning i Region Skåne. De har genomförts med respondenter i olika funktioner och nivåer. Helseplan har också sökt det regionövergripande perspektivet genom intervjuer med personer i övergripande planering/uppfnljningsfunktion samt politikernivån. Förteckning över intervjuade personer återfinns i bilaga 1.

Journalgranskning

Helseplan har genomfört en journalgranskning av 50 journaler från respektive diagnosgrupp/process. Urvalet har varit jämnt fördelat över Skåne och det är de berörda verksamheterna själva som har gjort det slutgiltiga urvalet.

Urvalskriterierna för journaler som har ingått i någon av de två cancerprocesserna har varit följande:

- För prostatacancer och bröstcancer skall gälla att vårdärendena har innefattat momenten diagnostik, behandling och start av förekommande efterbehandling.
- Kontakten med vården skall ha inletts juli 2014 eller senare.
- Patienten skall ha behandlats vid respektive sjukhus.
- Minst en av patienterna skall ha haft sin första vårdkontakt via primärvården vid respektive sjukhus.

Urvalskriterierna för journaler som har ingått i självskadeprocessen har varit följande:

- Patient skall ingå i den nationella självskadesatsningen. Det finns inget tydligt diagnoskriterium utan journalen skulle innehålla en självskadehandling. För en del av patienterna från barn- och ungdomspsykiatrien skall diagnosen depression eller ångest vara satt.
- Ledtidens startpunkt är när vårdpersonal för första gången i journalen beskriver nyckelord som självskadebeteende eller de aktiviteter som SKL inkluderar i sina rekommendationer inom ramen för nationella självskadeprojektet.
 - ”beteenden riktade direkt mot den egna personen (som att skära sig, hoppa från hög höjd, överdosera läkemedel eller droger, ta droger i självskadande syfte eller svälja föremål som inte är ämnade för detta) såväl som indirekta och subtila beteenden som sexuell självexploatering eller att försumma sina fysiska eller känslomässiga behov i självskadande syfte.” (Nationella självskadeprojektet (2015) Rekommendationer för insatser vid självskadebeteende, sidan 35)
- Ledtidens stopptid är då när behandling av typen DBT, MBT och så vidare startar.

Samtliga processer som studerats visar att ett flertal patienter även har besökt privata kliniker. Komplet underlag finns oftast när det gäller cancerprocesserna men för patienter med självskadebeteende kan journalen vara ofullständig när dessa periodvis har behandlats privat. Detta har liten inverkan på journalgranskningen som helhet då det är möjligt att dra slutsatser kring vilka insatser som patienten har genomgått i den anamnes som regelbundet återges i journalerna.

Webbenkät

Helseplan har genomfört en webbenkät. Enkätens utformning grundar sig i frågeställningarna till journalgranskningen men även dokumentgranskning och intervjuer har bidragit med underlag. Enkäten är helt webbaserad och nås via en särskild länk. En enkät per process har genomförts.

Webbenkäten har distribuerats via patientföreningar. Detta säkerställer att patienter som har genomfört enkäten har varit relevanta för ändamålet och att förtroendet för att besvara enkäten har varit högt. Patientföreningarna har varit mycket hjälpsamma och lagt med information i nyhetsbrev eller på Facebook.

Webbenkäten har introducerats av tydlig information på första sidan där syfte framgår samt kontaktpersoner till Helseplan. Här fanns också instruktioner för genomförande av enkäten. Webbenkäten för bröstcancerprocessen bestod av 21 frågor, prostatacancerprocessen av 20 frågor och självskadebeteendeprocessen av 14 frågor. Enkäten var en blandning av flervalsfrågor och fritextsvar. I en del av flervalsfrågorna var det möjligt att välja mer än ett svarsalternativ.

Svarsfrekvensen på webbenkäterna har skilt sig mellan de olika processerna och redovisas i bilaga 7. Samtliga enkäter har en bred spridning bland behandlande eller opererande enheter och med grund i det icke statistiskt säkerställda underlaget kommer inte enskilda resultat per enhet att presenteras.

Bilaga 4 – Revisionskriterier

Med revisionskriterier avses de bedömningskriterier som utgör grunden för revisionens analyser och slutsatser. Revisionskriterierna i detta uppdrag är bland annat:

- Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)
- Patientsäkerhetslagen (2010:659)
- Patientlagen (2014:821)

Övriga dokument som studerats är bland annat:

- Delar i en helhet. Regional cancerplan, RCC Syd 2015 – 2018
- Diagnosspecifika kvalitetsindikatorer och mål inom cancervården 2013 respektive 2014, RCC Syd
- Standardiserade vårdförlopp för bröstcancer och prostatacancer, RCC Syd
- Vårdprogram för bröstcancer och prostatacancer, RCC Syd
- Cancer 2015 - uppdrag, mål och nuläge för bröstcancer och prostatacancer, Region Skåne
- RCC Syds funktionsbeskrivning för koordinatörer till standardiserade vårdförlopp. RCC Syd
- Kortare väntetider i cancervården – en överenskommelse mellan staten och Sveriges kommuner och landsting 2015
- Första linjen för barn och ungas psykiska hälsa – framväxt, beskrivning av nuläget och vägen framåt, Psykisk hälsa barn och unga
- Patientsäkerhetsberättelser för 2013 och 2014
- Rekommendationer för insatser vid självskadebeteende, SKL:s nationella självskadeprojekt, 2015
- Tidigare granskningar och yttranden om ledtider i vårdkedjan 2014 respektive 2012

I övrigt följer Helseplan SKYREV:s riktlinjer för god redovisningssed.

Bilaga 5 – Sammanställning av journalgranskning

Bröstcancer

Nedan sammanfattas resultatet av journalgranskningen. Totalt 50 journaler granskades vilket är samma antal som 2014 och halverat antal jämfört med 2012. Samma granskningsmall har använts med undantag av ett fåtal språkliga förändringar. Frågan om medianålder har lagts till för att förvissa sig om vilken åldersgrupp som främst åsyftas i journalerna. I det fall granskningen skall följas upp ånyo i framtiden kan det finnas grund för att se över granskningsmallen med utgångspunkt i det standardiserade vårdförloppet för bröstcancer som införs.

Till skillnad från 2014 men i likhet med 2012 krävdes inget godkännande av S-KVB (Samrådsgrupp för kvalitetsregister, vårddatabaser och biobanker) för att genomföra journalgranskningen.

Ett antal sammanfattande faktorer är tydliga i journalgranskningen:

- Primärvården blir allt viktigare som källa för upptäckt av bröstcancer samtidigt som de flesta fall upptäcks via mammografiscreening.
- Information som förmedlas till patienten vid läkarbesök och kontakt är inte tillräckligt dokumenterade. I journalerna kan läsas att det pågår vårdplanering men ingen konkret anteckning finns om att sådan har utförts. Samma gäller för om patienten har erhållit en kontaktsjuksköterska.
- Vad gäller ny medicinsk bedömning och information om vårdgarantier och vårdval så är förhoppningen att detta diskuteras med patienten men inte dokumenteras. Journalgranskningen visar att nästan ingen av patienterna erbjöds ovanstående vilket strider mot patientlagen.
- Samtliga patienter diskuterade på en multidisciplinärkonferens (MDT). Följsamheten har därmed stigit ytterligare.
- Samordningen med andra cancerprocesser eller andra sjukvårdsåtaganden är oftast mycket god. Detta redovisas inte i nedanstående tabell men det är tydligt i journalerna att patienter med flera parallella sjukdomsprocesser och vårdepisoder får ett gott omhändertagande. När det brister så är det för att de olika förloppen är lika prioriterade och när det handlar om sjukskrivning eller relationer med kommunal vård och omsorg.

Sammanställning av granskning av 50 journaler för bröstcancer 2015 År 2015 i jämförelse med 50 journaler 2014 och 100 journaler 2012

	2015	2014	2012
Patientens ålder			
Medelålder	62 år	63 år	65 år
Åldersspann	34-93 år	31-93 år	39-96 år
Medianålder	59 år	-	-
1. Vårdärendet började vid			
Primärvården	38%	24%	17%
Företagshälsövården	0%	0%	0%
Bröstcentrum (screening)	48%	66%	61%
Annan specialistklinik	10%	10%	21%
Ingen uppgift	4%	0%	0%

2. Vårdärendet började via				
Egenremiss	2%	6%	16%	Majoriteten av vårdärendena har påbörjats genom screening.
Professionell remiss	94%	94%	82%	
Ingen uppgift	4%	0%	2%	
3. Finns en dokumenterad vårdplan för vårdepisoden?				
Ja	26%	86%	69%	
Nej / Ingen uppgift	74%	14%	31%	
4. Finns det dokumenterad bokinnsinformation?				
Ja	78%	66%	48%	
Nej	22%	34%	52%	
5. Innefattar journalen notering om patientupplevd kvalitet?				
Ja	24%	0%	20%	
Nej	76%	100%	80%	
6. Finns dokumentation om att patienten erhållit en angiven kontaktperson (kontaktsjuksköterska)?				
Ja	4%	4%	5%	I de flesta fall visar journalen att patienten har en kontaktsjuksköterska men dokumentationen kring delgivning saknas i nästan alla fall.
Nej	96%	96%	95%	
7. Har patienten erbjudits en ny medicinsk bedömning?				
Ja	0%	2%	0%	
Nej / Ingen uppgift	100%	98%	100%	
8. Finns dokumentation om att patienten har fått information om gällande vårdgarantier och möjligheter för vårdval?				
Ja	2%	0%	0%	
Nej	98%	100%	100%	
9. Bygger patientens vårdepisod på fastställda vårdprogram?				
Ja	76%	90%	91%	I de fall vårdepisoden inte följer vårdprogram har patienten avböjt behandling.
Nej	24%	10%	9%	
10. Åtgärder vid första besöket?				
Allmän hälsoundersökning?	54%	8%	20%	Det är oftast oklart vad som är första besöket och vilka åtfärder som genomförs. Tydligt är att det vid första besöket oftast genomförs palpation och att patienten kan remitteras för vidare provtagningar.
Blodprover?	0%	0%	32%	
Mammografi?	4%	96%	62%	
EKG?	0%	0%	9%	
MR?	2%	0%	13%	
CT?	0%	0%	66%	
Isotopröntgen/scintigrafi?	0%	0%	26%	
Ultraljud?	0%	88%	17%	
Biopsi?	2%	98%	65%	
Annan undersökning?	54%	0%	6%	
Ingen uppgift	40%	0%	2%	
11. Ledtider från första besöket till andra besöket?				
0-3 dagar	0%	8%	14%	Det har varit oklart vilket besök som är det första då inte alla patienter har anteckningar om cytologiproov. Ledtiden
4-7 dagar	0%	24%	22%	
8-30 dagar	8%	68%	48%	

> 30 dagar	0%	0%	7%	har därför bedömts utifrån andra parametrar än i tidigare granskningar.
Ingen uppgift	92%	0%	9%	

12. Åtgärder vid andra besöket?

Allmän hälsoundersökning?	92%	72%	45%	Det är oftast oklart vad som är andra besöket och vilka åtfärder som genomförs. Oftast utgörs andra besöket av besked, vidareremitteringar för provtagningar och vårdplanering.
Blodprover?	0%	0%	6%	
Mammografi?	0%	4%	4%	
EKG?	0%	16%	16%	
MR?	0%	2%	2%	
CT?	0%	2%	17%	
Isotopröntgen/scintigrafi?	0%	6%	16%	
Ultraljud?	2%	16%	23%	
Biopsi?	0%	12%	22%	
Annan undersökning?	100%	6%	0%	
Ingen uppgift	0%	0%	2%	

13. Vilken ledtid har uppstått mellan beställning och svar på blodprover?

0-3 dagar	0%	4%	6%	Begränsad spårbarhet i likhet med 2014 och 2012.
4-7 dagar	0%	0%	14%	
8-30 dagar	0%	0%	11%	
> 30 dagar	0%	2%	0%	
Ingen uppgift	100%	94%	69%	

14. Vilken ledtid har uppstått mellan beställning och svar på mammografi?

0-3 dagar	0%	4%	8%	Vissa patienter genomgår fler än en mammografiundersökning. I den här ledtiden redovisas enbart den första mammografiundersökningen.
4-7 dagar	18%	20%	39%	
8-30 dagar	46%	42%	6%	
> 30 dagar	28%	14%	0%	
Ingen uppgift	8%	20%	48%	

15. Vilken ledtid har uppstått mellan beställning och svar på EKG?

0-3 dagar	0%	10%	10%	Begränsad spårbarhet i likhet med 2014 och 2012.
4-7 dagar	0%	6%	10%	
8-30 dagar	0%	2%	8%	
> 30 dagar	0%	0%	0%	
Ingen uppgift	100%	82%	72%	

16. Vilken ledtid har uppstått mellan beställning och svar på isotopröntgen?

0-3 dagar	0%	0%	0%	Begränsad spårbarhet i likhet med 2012.
4-7 dagar	4%	0%	12%	
8-30 dagar	6%	6%	15%	
> 30 dagar	0%	0%	7%	
Ingen uppgift	90%	94%	66%	

17. Vilken ledtid har uppstått mellan beställning och svar på MR?

0-3 dagar	0%	0%	3%	Begränsad spårbarhet i likhet med 2012.
4-7 dagar	0%	0%	3%	
8-30 dagar	0%	0%	12%	
> 30 dagar	0%	0%	7%	
Ingen uppgift	100%	100%	75%	

18. Vilken ledtid har uppstått mellan beställning och svar på CT?

0-3 dagar	0%	0%	12%	Begränsad spårbarhet i likhet med 2012.
4-7 dagar	2%	0%	15%	De ledtider som är tydliga är långa.
8-30 dagar	8%	6%	36%	
> 30 dagar	2%	0%	21%	
Ingen uppgift	88%	94%	15%	

19. Vilken ledtid har uppstått mellan beställning och svar på ultraljud?

0-3 dagar	6%	2%	10%	Begränsad spårbarhet i likhet med 2012.
4-7 dagar	8%	10%	9%	De ledtider som är tydliga är långa.
8-30 dagar	34%	34%	15%	
> 30 dagar	26%	0%	0%	
Ingen uppgift	26%	54%	67%	

20. Vilken ledtid har uppstått mellan beställning och svar på biopsi/vävnadsprov?

0-3 dagar	4%	50%	12%	Begränsad spårbarhet i likhet med 2012.
4-7 dagar	6%	44%	13%	De ledtider som är tydliga är långa.
8-30 dagar	12%	4%	36%	
> 30 dagar	24%	0%	1%	
Ingen uppgift	54%	2%	39%	

21. Finns dokumentation kring att multidisciplinär konferens (MDT) har genomförts och dess resultat?

Ja	100%	98%	72%	Tydlig skillnad mot 2014 och 2012 med 100 procent följsamhet.
Nej / Ingen uppgift	0%	2%	28%	

22. Vilka flaskhalsar kan ses enligt journalen?

Fritextsvar
Få flaskhalsar noteras. En förnyad mammografi förekommer i 10 procent av fallen. Biverkningar som medförde längre vård och krävde ytterligare resurser förekom i 6 procent av fallen. Remissvar från stödfunktion erhöles inte inom önskad tidsram samt förnyad MDT på patientens begäran förkom i var 4 procent av fallen.

23. Noterade negativa konsekvenser för patienten och för vården?

Fritextsvar
I 66 procent av journalerna kunde inga negativa konsekvenser utläsas. Förnyad mammografi som kräver ytterligare vårdresurser förekom i 10 procent av fallen och förnyad MDT på patientens begäran i 4 procent av fallen. Biverkningar för patienten som medförde till ökad lidande förekom i 6 procent av fallen. De konsekvenser som har dokumenterats som har störst inverkan på individuella patienter är att patienten slussas fram och tillbaka mellan olika vårdgivare samt att det finns bristande rutiner inom primärvården.

Prostatacancer

Nedan sammanfattas resultatet av journalgranskningen. Totalt 50 journaler granskades vilket är samma antal som 2014 och halverat antal jämfört med 2012. Samma granskningsmall har använts med undantag för ett fåtal språkliga förändringar. Frågan om medianålder har lagts till för att förvissa sig om vilken åldersgrupp som främst åsyftas i journalerna. I det fall granskningen skall följas upp ånyo i framtiden kan det finnas grund för att se över granskningsmallen med utgångspunkt i det standardiserade vårdförloppet för prostatacancer som har införts.

Till skillnad från 2014 men i likhet med 2012 krävdes inget godkännande av S-KVB (Samrådsgrupp för kvalitetsregister, vårddatabaser och biobanker) för att genomföra journalgranskningen.

Ett antal sammanfattande faktorer är tydliga i journalgranskningen:

- Företagshälsovården kan komma att spela en avgörande roll för tidig upptäckt av prostatacancer.
- Information som förmedlas till patienten vid läkarbesök och kontakt är inte tillräckligt dokumenterade. I journalerna kan läsas det pågår vårdplanering men ingen konkret anteckning finns om att sådan har utförts. Vad gäller ny medicinsk bedömning och information om vårdgarantier och vårdval så är förhoppningen att detta diskuteras med patienten men inte dokumenteras. Journalgranskningen visar att nästan ingen av patienterna erbjöds ovanstående vilket strider mot patientlagen.
- Hälften av patienterna erhöll en kontaktsjuksköterska men i journalerna kan läsas att fler har tillgång till en fast vårdkontakt. Det är brist på dokumentation i de flesta fall.
- På de multidisciplinärkonferenserna (MDT) diskuteras framför allt patienterna med högriskcancer. Detta gör att följsamheten är lägre än tidigare år.
- Samordningen med andra cancerprocesser eller andra sjukvårdsåtaganden är oftast mycket god. Detta redovisas inte i nedanstående tabell men det är tydligt i journalerna att patienter med flera parallella sjukdomsprocesser och vårdepisoder får ett gott omhändertagande. När det brister så är det för att det de olika förloppen är lika prioriterade och när det handlar om sjukskrivning eller relationer med kommunal vård och omsorg.

Sammanställning av granskning av 50 journaler för prostatacancer 2015

År 2015 i jämförelse med 50 journaler 2014 och 100 journaler 2012

	2015	2014	2012	
Patientens ålder				
Medelålder	67 år	66 år	69 år	
Åldersspann	51-86 år	46-78 år	48-90 år	
Medianålder	67 år	-	-	
1. Vårdärendet började vid				
Primärvården	66%	72%	65%	Det är tydligt att företagshälsovården kan komma att spela en avgörande roll för tidig upptäckt av prostatacancer.
Företagshälsovården	6%	0%	0%	
Specialistvården	22%	28%	35%	
Ingen uppgift	6%	0%	0%	
2. Vårdärendet började via				
Egenremiss	4%	0%	1%	
Professionell remiss	94%	100%	99%	
Ingen uppgift	2%	0%	0%	

3. Finns en dokumenterad vårdplan för vårdeposden?

Ja	0%	43%	23%
Nej / Ingen uppgift	100%	57%	77%

4. Finns det dokumenterad bokiningsinformation?

Ja	76%	39%	17%
Nej	24%	61%	83%

5. Innefattar journalen notering om patientupplevd kvalitet?

Ja	10%	0%	5%
Nej	90%	100%	95%

6. Finns dokumentation om att patienten erhållit en angiven kontaktperson (kontaktsjuksköterska)?

Ja	50%	51%	10%	I de flesta fall visar journalen att patienten har en kontaktsjuksköterska men dokumentationen kring delgivning saknas i hälften av journalerna.
Nej	50%	49%	90%	

7. Har patienten erbjudits en ny medicinsk bedömning?

Ja	0%	20%	1%
Nej / Ingen uppgift	100%	80%	99%

8. Finns dokumentation om att patienten har fått information om gällande vårdgarantier och möjligheter för vårdval?

Ja	0%	0%	0%
Nej	100%	100%	100%

9. Bygger patientens vårdeposid på fastställda vårdprogram?

Ja	86%	100%	95%	I de fall vårdeposiden inte följer vårdprogram har patienten avböjt behandling.
Nej	14%	0%	5%	

10. Åtgärder vid första besöket?

Allmän hälsoundersökning?	20%	29%	86%	Det är oftast oklart vad som är första besöket och vilka åtfärder som genomförs. Tydligt är att det vid första besöket oftast genomförs palpation och att patienten kan remitteras för vidare provtagningar.
Bloodprover?	0%	5%	31%	
Rektalpalpation?	0%	96%	61%	
PSA-test?	2%	10%	53%	
EKG?	0%	0%	0%	
Röntgen?	0%	0%	4%	
MR?	2%	0%	0%	
CT/pet-CT-röntgen?	0%	4%	4%	
Ultraljud?	0%	98%	49%	
Biopsi?	0%	96%	74%	
Annan undersökning?	90%	10%	16%	
Ingen uppgift	4%	0%	0%	

11. Ledtider från första besöket till andra besöket?

0-3 dagar	2%	0%	0%	Remitteringen via primärvården har långa ledtider.
4-7 dagar	0%	8%	7%	
8-30 dagar	42%	65%	36%	
> 30 dagar	52%	22%	58%	
Ingen uppgift	4%	0%	0%	

12. Åtgärder vid andra besöket?

Allmän hälsoundersökning?	50%	12%	13%	Det är oftast oklart vad som är andra besöket och vilka åtfärder som genomförs. Oftast utgörs andra besöket av palpation och vidareremittering till provtagningar alternativt diagnosbesked.
Blodprover?	0%	2%	20%	
Rektalpalpation?	84%	8%	48%	
PSA-test?	24%	0%	33%	
EKG?	0%	2%	2%	
Röntgen?	0%	0%	14%	
MR?	0%	2%	0%	
CT/pet-CT-röntgen?	0%	24%	5%	
Ultraljud?	74%	4%	54%	
Biopsi?	74%	96%	38%	
Annan undersökning?	96%	10%	43%	
Ingen uppgift	0%	0%	24%	

13. Vilken ledtid har uppstått mellan beställning och svar på blodprover?

0-3 dagar	0%	2%	0%	Begränsad spårbarhet i likhet med 2014 och 2012. Inkluderar inte PSA-test.
4-7 dagar	0%	4%	3%	
8-30 dagar	0%	0%	62%	
> 30 dagar	0%	2%	33%	
Ingen uppgift	100%	92%	1%	

14. Vilken ledtid har uppstått mellan beställning och svar på PSA-test?

0-3 dagar	0%	12%	0%
4-7 dagar	0%	51%	3%
8-30 dagar	0%	20%	51%
> 30 dagar	0%	0%	41%
Ingen uppgift	100%	17%	2%

15. Vilken ledtid har uppstått mellan beställning och svar på EKG?

0-3 dagar	0%	0%	2%	Begränsad spårbarhet i likhet med 2014 och 2012.
4-7 dagar	0%	0%	0%	
8-30 dagar	0%	4%	0%	
> 30 dagar	0%	0%	0%	
Ingen uppgift	100%	96%	98%	

16. Vilken ledtid har uppstått mellan beställning och svar på röntgen?

0-3 dagar	0%	0%	0%	Begränsad spårbarhet i likhet med 2014 och 2012.
4-7 dagar	0%	0%	2%	
8-30 dagar	0%	0%	11%	
> 30 dagar	0%	0%	5%	
Ingen uppgift	100%	100%	82%	

17. Vilken ledtid har uppstått mellan beställning och svar på MR?

0-3 dagar	0%	0%	0%	Begränsad spårbarhet i likhet med 2014 och 2012.
4-7 dagar	0%	0%	0%	
8-30 dagar	6%	0%	0%	
> 30 dagar	14%	0%	0%	
Ingen uppgift	80%	100%	100%	

18. Vilken ledtid har uppstått mellan beställning och svar på CT/pet-CT-röntgen?

0-3 dagar	4%	0%	0%	Begränsad spårbarhet i likhet med 2014 och 2012.
4-7 dagar	0%	2%	0%	

8-30 dagar	12%	18%	11%
> 30 dagar	12%	6%	64%
Ingen uppgift	72%	74%	24%

19. Vilken ledtid har uppstått mellan beställning och svar på ultraljud?

0-3 dagar	2%	0%	0%	Genomförs ofta direkt i samband med läkarbesök.
4-7 dagar	0%	0%	23%	
8-30 dagar	4%	0%	46%	
> 30 dagar	0%	0%	8%	
Ingen uppgift	94%	100%	24%	

20. Vilken ledtid har uppstått mellan beställning och svar på biopsi/vävnadsprov?

0-3 dagar	0%	8%	0%	Begränsad spårbarhet i journalerna.
4-7 dagar	0%	14%	0%	
8-30 dagar	0%	73%	55%	
> 30 dagar	0%	2%	45%	
Ingen uppgift	100%	3%	0%	

21. Finns dokumentation kring att multidisciplinär konferens (MDT) har genomförts och dess resultat?

Ja	24%	57%	76%	Behandlar framför allt patienter med högriskcancer.
Nej / Ingen uppgift	76%	43%	24%	

22. Vilka flaskhalsar kan ses enligt journalen?

Fritextsvar I majoriteten av journalerna syns det inga flaskhalsar. Den tydligaste flaskhalsen rör MDT där patient som bokats in inte diskuterades i 4 procent av fallen.

23. Noterade negativa konsekvenser för patienten och för vården?

Fritextsvar Den mest negativa konsekvensen som förekom var att patienten inte var förberedd på ett cancerbesked. Det har skett i 4 procent av fallen. På individuell patientbasis finns konsekvenser som att patient slutar ingå i hemsjukvården, får biverkningar eller att remissen uteblir så att patient inte kallas i tid. För vården negativa konsekvenser är framför allt bristen på MDT där patient inte tas upp som planerat.

Självskadebeteende

Nedan sammanfattas resultatet av journalgranskningen. Totalt 50 journaler granskades. Granskningsmallen baseras på frågorna som har ställs i processerna för bröst- och prostatacancer och har tagits fram i samband med en psykolog för att aktivt följa patientens flöde.

Ett antal sammanfattande faktorer är tydliga i journalgranskningen:

- Ledtidsanalysen visar att det tar mycket lång tid från att självskada dokumenteras för första gången till att patienten erbjuds en behandling. Mer än hälften av journalerna visar att patienten har fått vänta i mer än 1 år varav drygt 40 procent har väntat i över 1,5 år. När patient väl har blivit erbjuden en behandling är ledtiden till behandlingsstart relativt kort. Majoriteten av patienterna startar sin behandling inom sex månader varav 18 procent inom två månader.
- Patienter som har ett självskadebeteende finns oftast redan i den psykiatriska specialistvården eller kommer in via psykiatriakutmottagningen. Första linjen utgör en viktig ingångsport för barn och ungdomar.
- Många av journalerna innehåller inga uppgifter om patienten har en vårdplan. Endast i drygt 30 procent av journalerna hade detta dokumenterats. Samtidigt dokumenteras inte bokningsinformationen om nästa besök. Enbart drygt 20 procent av patientjournalerna hade tydliga anteckningar om varje kommande besök.
- Patientens uppfattning och upplevelse av vården har dokumenterats i drygt hälften av alla journaler.
- I enbart en handfull journaler finns det anteckningar om att patient har önskat och erhållit en fast vårdkontakt. Samma gäller för att information om vårdgaranti och vårdval har förmedlats till patienten.

Sammanställning av granskning av 50 journaler för självskadebeteende 2015

2015

Patientens ålder

Medelålder	21 år
Åldersspann	10-39 år
Medianålder	19 år

Psykiatrisk institution

Barn- och ungdomspsykiatri	46%
Vuxenpsykiatri	54%

1. Vårdepisod började vid

Primärvården	6%	Det är tydligt att specialistvården är den första vårdinstans som många med psykisk ohälsa möter.
Företagshälsovården	0%	
Skolhälsovården	6%	
Direkt inom specialistvården	60%	
Akutmottagning (psykiatriakutmottagning eller somatisk akutmottagning)	26%	
Ingen uppgift	2%	

2. Finns en dokumenterad vårdplan för vårdepisoden?

Ja	32%	I de flesta fall visar journalen att patienten har en vårdplan men
Nej	16%	

Ingen uppgift 52% dokumentation saknas i hälften av journalerna.

3. Finns det dokumenterad bokningsinformation om nästa besök?

Ja (efter alla besök) 22%
Nej (inte efter alla besök) 78%

4. Innefattar journalen noteringer kring patientupplevd kvalitet under vårdepisoden?

Ja 54%
Nej 46%

5. Om patient önskar fast vårdkontakt, är det dokumenterat att sådan har utsetts?

Ja 6%
Nej 94%

6. Finns dokumentation om att patienten har fått information om gällande vårdgarantier och möjligheter för vårdval?

Ja 14%
Nej 86%

7. Ledtider från vårdens upptäckt av självskada till erbjudande om behandling (strukturerat psykologiskt behandlingsprogram som DBT, MBT, SFT, ERGT, GPM, DBT-A eller MBT-A)?

0-3 mån	10%	Det är tydligt att ledtiden till erbjudande om behandling är för lång när journalgranskningen visar att majoriteten av patienterna väntar i över ett år.
4-6 mån	10%	
7-12 mån	8%	
13-18 mån	10%	
>18 mån	42%	
Ingen uppgift	20%	

8. Ledtider från erbjudande om behandling till behandlingsstart (strukturerat psykologiskt behandlingsprogram som DBT, MBT, SFT, ERGT, GPM, DBT-A eller MBT-A)?

0-2 mån	18%	Journalgranskningen visar att majoriteten av patienterna väntar maximalt fyra månader på att starta sin behandling.
3-4	36%	
5-6	10%	
7-8	4%	
>8 mån	6%	
Ingen uppgift	26%	

Bilaga 6 – Nyckeltalsanalys

Bröstcancer

Det är oklart hur underlaget för uppföljningen av följsamheten av ledtidsmåtten har sett ut i tidigare granskningar. Det är därför inte säkerställt hur jämförbara siffrorna är mellan de olika åren. Underlaget för denna uppföljande nyckeltalsanalys för 2014 bygger på följande parametrar:

- Underlaget avser diagnosår 2014
- Primär operation är planerad
- Anmäld på sjukhusen i Region Skåne

Totalt inkluderar detta 995 patienter som fördelas enligt följande:

- 242 patienter vid Helsingborgs lasarett
- 238 patienter vid Centralsjukhuset Kristianstad
- 301 patienter vid Skånes universitetssjukhus Malmö
- 214 patienter vid Skånes universitetssjukhus Lund

Tabellerna visar också genomsnittet för Skånes samtliga reviderade sjukhus.

Ledtidsmått A

Ledtidsmått A: Sammanlagd tid från remissankomst till sjukhus till besked om fortsatt behandling. Målvärde: Högst 49 dagar för minst 80 % av patienterna. Mätvärdet anger procentandel som uppnår målvärdet.

Variabeln "Datum för 1:a kontakt" har använts som datum för remissankomst till bröstmottagningen där 1:a kontakt avser: remiss från annan vårdgivare, mammografi, sökt själv och uppgift saknas. Variabeln "Datum för 1:a postoperativa PAD-information till patient" har använts som datum för besked om fortsatt behandling.

Exkluderade fall: 1 saknar värde på något av de två datumen vilket gör att underlaget omfattar 994 patienter.

Ledtidsmått A: Sammanlagd tid från remissankomst till sjukhus till besked om fortsatt behandling. Målvärde: Högst 49 dagar för minst 80 % av patienterna. Mätvärdet anger procentandel som uppnår målvärdet.

Sjukhus/Region	2014	2013	2012	2011
Helsingborgs lasarett	60%	63%	74%	56%
Centralsjukhuset Kristianstad	33%	34%	41%	22%
Skånes universitetssjukhus Malmö	50%	51%	46%	41%
Skånes universitetssjukhus Lund	58%	51%	55%	68%
Skåne	50%	50%	53%	47%

Analysen visar att inget av sjukhusen uppnår ledtidsmåttet. Den sammanlagda följsamheten har ökat något över åren men utfallet över åren är mycket ojämnt. Centralsjukhuset Kristianstad uppvisar lägst följsamhet och både Helsingborgs lasarett och Skånes universitetssjukhus Lund har minskat i följsamhet. Skånes universitetssjukhus Malmö är det enda sjukhuset som uppvisar förbättringar.

Ledtidsmått B

Ledtidsmått B: Tid från remissankomst till bröstmottagning eller bröstradiologisk undersökning till patienten får besked om diagnos/vårdplan. Målvärde: Högst 21 dagar för minst 80 % av patienterna. Mätvärdet anger procentandel som uppnår målvärdet.

Variabeln "Datum för 1:a kontakt" har använts som datum för remissankomst till bröstmottagningen eller bröstradiologisk undersökning där 1:a kontakt avser: remiss från annan vårdgivare och mammografi. Variabeln "Datum för vårdplan" har använts som datum för besked om diagnos/vårdplan.

Exkluderade fall: 34 patienter har sökt själv eller saknar uppgifter vilket gör att underlaget omfattar 961 patienter.

Inget av sjukhusen klarar ledtidsmåttet. Tvärtom syns en tydlig försämring över åren för alla sjukhus förutom Centralsjukhuset Kristianstad. Skånes universitetssjukhus Malmö och Skånes universitetssjukhus Lund har gått från att klara målet till att ligga under det med flera procentenheter.

Ledtidsmått B: Tid från remissankomst till bröstmottagning eller bröstradiologisk undersökning till patienten får besked om diagnos/vårdplan. Målvärde: Högst 21 dagar för minst 80 % av patienterna. Mätvärdet anger procentandel som uppnår målvärdet.

Sjukhus/Region	2014	2013*	2012	2011
Helsingborgs lasarett	62%	..**	79%	66%
Centralsjukhuset Kristianstad	52%	..**	50%	31%
Skånes universitetssjukhus Malmö	74%	40%	81%	71%
Skånes universitetssjukhus Lund	73%	71%	92%	91%
Skåne	66%	41%	77%	69%

*Omdefinition av termen remissankomst har skett i det nationella kvalitetsregistret 2013.

** Mätvärden kan inte redovisas på grund av för få inrapporterade patienter.

Ledtidsmått C

Ledtidsmått C: Tid från diagnosbesked/vårdplan till operation/första ingrepp. Målvärde: Högst 14 dagar för minst 80 % av patienterna. Mätvärdet anger procentandel som uppnår målvärdet.

Variabeln "Datum för vårdplan" har använts som datum för besked om diagnos/vårdplan. Variabeln "Operationsdatum (Datum för det 1:a bröstingreppet)" har använts som datum för operation/första ingrepp.

Exkluderade fall: 1 saknar värde på något av de två datumen och 1 har negativ tidsdifferens. Underlaget uppgår därmed till 993 patienter.

Det är tydligt att inget av sjukhusen når ledtidsmåttet. Helsingborgs lasarett är det sjukhus som successivt har förbättrat sig men som trots det ligger markant under målvärdet. I övrigt kan konstateras att Skånes universitetssjukhus Malmö och Skånes universitetssjukhus Lund har förbättrats sedan föregående granskning men att Centralsjukhuset Kristianstad har försämrat sitt värde avsevärt över åren. Det är tydligt att ledtidsmåttet uppfylls ojämnt mellan de olika sjukhusen i Region Skåne.

Ledtidsmått C: Tid från diagnosbesked/vårdplan till operation/första ingrepp. Målvärde: Högst 14 dagar för minst 80 % av patienterna. Mätvärdet anger procentandel som uppnår målvärdet.

Sjukhus/Region	2014	2013	2012	2011
Helsingborgs lasarett	67%	69%	59%	56%
Centralsjukhuset Kristianstad	21%	30%	72%	39%
Skånes universitetssjukhus Malmö	44%	31%	21%	20%
Skånes universitetssjukhus Lund	50%	28%	18%	14%
Skåne	45%	41%	39%	31%

Ledtidsmått D

Ledtidsmått D: Tid från operation till patienten får besked om fortsatt behandling. Målvärde: Högst 14 dagar för minst 80 % av patienterna. Mätvärdet anger procentandel som uppnår målvärdet.

Variabeln "Operationsdatum (Datum för det 1:a bröstingreppet)" har använts som datum för operation. Variabeln "Datum för 1:a postoperativa PAD-information till patient" har använts som datum för besked om fortsatt behandling.

Exkluderade fall: 1 saknar värde på något av de två datumen vilket gör att underlaget omfattar 994 patienter.

Återigen uppnår inget av sjukhusen i Region Skåne målvärdet. Följsamheten till ledtidsmåttet brister särskilt vid Centralsjukhuset Kristianstad och Skånes universitetssjukhus Malmö. Helsingborgs lasarett visar en tydlig försämring över åren.

Ledtidsmått D: Tid från operation till patienten får besked om fortsatt behandling. Målvärde: Högst 14 dagar för minst 80 % av patienterna. Mätvärdet anger procentandel som uppnår målvärdet.

Sjukhus/Region	2014	2013	2012	2011
Helsingborgs lasarett	55%	61%	53%	29%
Centralsjukhuset Kristianstad	41%	38%	29%	30%
Skånes universitetssjukhus Malmö	41%	31%	34%	20%
Skånes universitetssjukhus Lund	43%	48%	42%	55%
Skåne	45%	43%	39%	31%

Ledtidsmått E

Ledtidsmått E: Tid från besked om fortsatt behandling till start av behandling - kemoterapi. Målvärde: Högst 28 dagar för minst 80 % av patienterna. Mätvärdet anger procentandel som uppnår målvärdet.

Mätvärden kan inte redovisas på grund av för få inrapporterade patienter. I likhet med granskningarna 2014 och 2012 är registreringen bristande.

Ledtidsmått F

Ledtidsmått F: Tid från besked om fortsatt behandling till start av behandling – radioterapi. Målvärde: Högst 42 dagar för minst 80 % av patienterna. Mätvärdet anger procentandel som uppnår målvärdet.

Mätvärden kan inte redovisas på grund av för få inrapporterade patienter. I likhet med granskningarna 2014 och 2012 är registreringen bristande.

Prostatacancer

Det är oklart hur underlaget för uppföljningen av följsamheten av ledtidsmåtten har sett ut i tidigare granskningar. Det är därför inte säkerställt hur jämförbara siffrorna är mellan de olika åren i de två tidigare granskningarna. Underlaget för denna uppföljande nyckeltalsanalys för 2014 bygger på följande parametrar:

- Underlaget avser diagnosår 2014
- Anmäld på sjukhusen i Region Skåne

Totalt inkluderar detta 1 152 patienter som fördelas enligt nedan. Patientgruppen vid Helsingborgs lasarett inkluderar patienterna från Landskrona och patientgruppen vid Centralsjukhuset Kristianstad inkluderar patienter från Hässleholm. Patienter med negativa värden eller saknade värden har exkluderats. Ett negativt värde är när starttiden kommer efter sluttiden.

- 427 patienter vid Skånes universitetssjukhus
- 229 patienter vid privata utförare
- 148 patienter vid Helsingborgs lasarett
- 96 patienter vid Ängelholms sjukhus
- 115 patienter vid Lasarettet i Ystad
- 47 patienter vid Centralsjukhuset Kristianstad
- 59 patienter vid Lasarettet Trelleborg
- 31 patienter vid Simrishamns sjukhus

Uppdaterade siffror har också erhållits för tidigare år som bygger på samma urval som för 2014. Även siffror för 2015 kommer att presenteras. Underlaget sträcker sig till och med 10 november 2015. Detta gör att nya tabeller presenteras nedan. Fördelen är att detta möjliggör en noggrann jämförelse över tid.

Antalet anmälda patienter med prostatacancer i Region Skåne fördelat per sjukhus					
Sjukhus/Region	1 jan – 10 nov 2015	2014	2013	2012	2011
Skånes universitetssjukhus	237	427	366	305	376
Privata utförare	108	229	207	217	253
Helsingborgs lasarett	110	148	146	204	192
Ängelholms sjukhus	80	96	126	106	120
Lasarettet i Ystad	123	115	99	91	85
Centralsjukhuset Kristianstad	20	47	75	89	108
Lasarettet Trelleborg	49	59	54	54	41
Simrishamns sjukhus*	9	31	34	43	27
Skåne	736	1 152	1 107	1 109	1 202

* Drivs sedan 1 december 2014 av Praktikertjänst men redovisas separat då det utgör ett sjukhus.

Variabeln "Behandlingsstart" är svårdefinierad. Den definieras som det första datum för prostatektomi, för strålbehandling och för neoadjuvant behandling. Eftersom neoadjuvant behandling inte började samlas in förrän i 2014 års strålblankett visas dataunderlaget före 2014 bara till behandlingsstart för dem som prostatektoimerats. En utmaning är också att det inte finns strålblankett för alla patienter vilket ökar antalet saknade värden.

Tabellerna visar också genomsnittet för Skånes samtliga reviderade sjukhus.

Ledtidsmått A

Ledtidsmått A: Andel patienter som fått besök vid urologmottagning inom 42 dagar från utfärdad remiss. Mål är minst 80 % av patienterna inom 42 dagar. Mätvärdet anger procentandel som uppnår målvärdet.

Alla patienter kommer inte på remiss och de patienter där remissdatum saknats har exkluderats.

Följsamheten skiljer sig mellan de olika sjukhusen. De privata utförarna uppnår målvärdet medan Ängelholms sjukhus, Simrishamns sjukhus samt Centralsjukhuset Kristianstad visar delvis mycket låg följsamhet. Skånes universitetssjukhus har över tid försämrat sitt utfall och uppnår numera inte målvärdet. Det regionala genomsnittet för 2014 ligger på 63 procent. Följsamheten kommer troligtvis inte att uppnås för något sjukhus under 2015.

Ledtidsmått A: Andel patienter som fått besök vid urologmottagning inom 42 dagar från utfärdad remiss. Mål är minst 80 % av patienterna inom 42 dagar. Mätvärdet anger procentandel som uppnår målvärdet.

Sjukhus/Region	1 jan – 10 nov 2015	2014	2013	2012	2011
Skånes universitetssjukhus	58%	67%	72%	82%	75%
Privata utförare	58%	81%	82%	81%	72%
Helsingborgs lasarett	49%	58%	83%	82%	66%
Ängelholms sjukhus	32%	34%	58%	71%	66%
Lasarettet i Ystad	63%	51%	67%	70%	52%
Centralsjukhuset Kristianstad	20%	48%	54%	56%	65%
Lasarettet Trelleborg	67%	69%	49%	41%	46%
Simrishamns sjukhus*	17%	42%	85%	25%	46%
Skåne	53%	63%	71%	73%	67%

* Drivs sedan 1 december 2014 av Praktikertjänst men redovisas separat då det utgör ett sjukhus.

Ledtidsmått B

Ledtidsmått B: Andel patienter som fått diagnosbesked inom 18 dagar från biopsitagning. Mål är

minst 80 % av patienterna inom 18 dagar. Mätvärdet anger procentandel som uppnår målvärdet.

Inget av sjukhusen klarar målvärdet utan följsamheten är tvärtom mycket låg. Skillnaderna är stora mellan sjukhusen över samtliga år och Helsingborgs lasarett är närmast målvärdet med 71 procent år 2014 medan Simrishamns sjukhus uppvisar lägst siffra med 0 procent år 2014. Det regionala genomsnittet ligger stabilt runt 25 procent över tid.

Ledtidsmått B: Andel patienter som fått diagnosbesked inom 18 dagar från biopsitagning. Mål är minst 80 % av patienterna inom 18 dagar. Mätvärdet anger procentandel som uppnår målvärdet.					
Sjukhus/Region	1 jan – 10 nov 2015	2014	2013	2012	2011
Skånes universitetssjukhus	11%	13%	16%	12%	7%
Privata utförare	23%	21%	19%	15%	18%
Helsingborgs lasarett	69%	71%	66%	60%	51%
Ängelholms sjukhus	53%	48%	45%	58%	56%
Lasarettet i Ystad	19%	22%	17%	7%	5%
Centralsjukhuset Kristianstad	30%	9%	19%	17%	21%
Lasarettet Trelleborg	9%	20%	12%	11%	8%
Simrishamns sjukhus*	0%	0%	7%	5%	7%
Skåne	28%	26%	26%	25%	22%

Tabellen ovan visar andelen patienter som uppnår målvärdet. "0%" anger att ingen av patienterna har uppnått ledtidsmåttet inom gränsen för målvärdet.

* Drivs sedan 1 december 2014 av Praktikertjänst men redovisas separat då det utgör ett sjukhus.

Ledtidsmått C

Ledtidsmått C: Andel patienter med hög risk eller intermediär risk som påbörjat behandling inom 42 dagar från diagnosbesked inklusive eventuell "second opinion". Mål är minst 80 % av patienterna inom 42 dagar. Mätvärdet anger procentandel som uppnår målvärdet.

Följsamheten är mycket låg över tid och för alla sjukhus. Höjningen under 2014 beror på att start av neoadjuvant behandling inte började samlas in förrän i 2014 års strålblankett. Även de stora sjukhusen och de privata utförarna har mycket svårt att uppnå målvärdet.

Ledtidsmått C: Andel patienter med hög risk eller intermediär risk som påbörjat behandling inom 42 dagar från diagnosbesked inklusive eventuell "second opinion". Mål är minst 80 % av patienterna inom 42 dagar. Mätvärdet anger procentandel som uppnår målvärdet.

Sjukhus/Region	1 jan – 10 nov 2015	2014	2013	2012	2011
Skånes universitetssjukhus	25%	20%	5%	0%	7%
Privata utförare	0%	11%	0%	0%	0%
Helsingborgs lasarett	0%	19%	0%	0%	0%
Ängelholms sjukhus	20%	15%	0%	0%	0%
Lasarettet i Ystad	25%	8%	0%	0%	0%
Centralsjukhuset Kristianstad	100%**	11%	0%	0%	0%
Lasarettet Trelleborg	-	10%	0%	0%	0%
Simrishamns sjukhus*	0%	0%	0%	0%	0%
Skåne	16%	15%	2%	0%	1%

Tabellen ovan visar andelen patienter som uppnår målvärdet. "-" anger att det inte finns någon data att redovisa. Med andra ord har ingen patient inom denna kategori vårdats på Lasarettet i Trelleborg 1 januari – 10 november 2015. "0%" anger att ingen av patienterna har uppnått ledtidsmåttet inom gränsen för målvärdet.

* Drivs sedan 1 december 2014 av Praktikertjänst men redovisas separat då det utgör ett sjukhus.

** Centralsjukhuset Kristianstad avviker genom att hittills uppvisa en följsamhet på 100 procent. Detta beror på att Kristianstad under 2015 enbart har haft en enda patient inom denna kategori och att denna patientprocess har uppfyllt ledtiden.

Ledtidsmått D

Ledtidsmått D: Tid från diagnosbesked till behandlingsstart för patienter med låg risk. Mål är 70 dagar för minst 80 % av patienterna. Mätvärdet anger procentandel som uppnår målvärdet.

Analysen visar att följsamheten är mycket låg. Genomsnittet i Skåne ligger på 19 procent för 2014. Detta trots att ledtidsmåttet är satt till generösa 70 dagar och att antalet patienter är lågt. Under 2015 har ingen patient som faller inom ramen för ledtidsmåttet diagnosticerats.

Ledtidsmått D: Tid från diagnosbesked till behandlingsstart för patienter med låg risk. Mål är 70 dagar för minst 80 % av patienterna. Mätvärdet anger procentandel som uppnår målvärdet.

Sjukhus/Region	1 jan – 10 nov 2015	2014	2013	2012	2011
Skånes universitetssjukhus	-	23%	0%	0%	0%
Privata utförare	-	17%	0%	13%	0%
Helsingborgs lasarett	-	17%	0%	20%	17%
Ängelholms sjukhus	-	0%	0%	0%	-
Lasarettet i Ystad	-	0%	-	0%	-
Centralsjukhuset Kristianstad	-	50%	-	0%	0%
Lasarettet Trelleborg	-	0%	-	-	-
Simrishamns sjukhus*	-	0%	-	0%	-
Skåne	-	19%	0%	8%	8%

Tabellen ovan visar andelen patienter som uppnår målvärdet. ”-” anger att det inte finns någon data att redovisa. Med andra ord har ingen patient inom denna kategori vårdats på Lasarettet i Trelleborg 1 januari – 10 november 2015. ”0%” anger att ingen av patienterna har uppnått ledtidsmåttet inom gränsen för målvärdet.

* Drivs sedan 1 december 2014 av Praktikertjänst men redovisas separat då det utgör ett sjukhus.

Medicinsk service

Det är oklart hur underlaget för uppföljningen av följsamheten av ledtidsmåtten har sett ut i tidigare granskningar. Det är därför inte säkerställt hur jämförbara siffrorna är mellan de olika åren.

De privata aktörerna i Skåne har inte rapporterat in data för 2014 och kan därmed inte inkluderas.

Tabellerna visar också genomsnittet för Skånes samtliga reviderade sjukhus.

Magnetresonansundersökning

Målet för magnetresonansundersökning (MR) är att minst 80 % av patienterna får vänta mindre än 30 dagar av det totala antalet remisser. Siffrorna exkluderar kontrollpatienter. Mätvärdet anger procentandel som uppnår målvärdet.

Det är tydligt att sjukhusen över tid inte redovisar jämna eller förbättrade resultat. Det senaste året uppvisar Centralsjukhuset Kristianstad en tydlig förbättring men uppnår inte målvärdet. Lägst följsamhet har Skånevård Sund.

Målet för magnetresonansundersökning (MR) är att minst 80 % av patienterna får vänta mindre än 30 dagar av det totala antalet remisser. Mätvärdet anger procentandel som uppnår målvärdet.				
Sjukhus/Region	2014	2013	2012	2011
Skånevård Sund*	32%	45%	39%	44%
Centralsjukhuset Kristianstad	69%	48%	49%	67%
Skånes universitetssjukhus Malmö	51%	40%	46%	40%
Skånes universitetssjukhus Lund	55%	51%	57%	63%
Skåne	49%	46%	50%	53%

* För 2014 redovisas Helsingborgs lasarett och Ängelholms sjukhus tillsammans under förvaltningen Skånevård Sund. Underlaget för tidigare år har justerats till att omfatta samma område.

Datortomografi

Målet för datortomografi (CT) är att minst 80 % av patienterna får vänta mindre än 30 dagar av det totala antalet remisser. Siffrorna exkluderar kontrollpatienter. Mätvärdet anger procentandel som uppnår målvärdet.

Analysen visar att det har skett en klar förbättring över åren. Centralsjukhuset i Kristianstad uppnår dessutom målvärdet med en följsamhet på 83 procent och Skånes universitetssjukhus Lund är inte långt efter med 78 procent. Det är tydligt att förbättringen har ägt rum framför allt 2014 och 2012.

Målet för datortomografi (CT) är att minst 80 % av patienterna får vänta mindre än 30 dagar av det totala antalet remisser. Mätvärdet anger procentandel som uppnår målvärdet.

Sjukhus/Region	2014	2013	2012	2011
Skånevård Sund*	73%	65%	65%	62%
Centralsjukhuset Kristianstad	83%	61%	60%	62%
Skånes universitetssjukhus Malmö	61%	49%	50%	53%
Skånes universitetssjukhus Lund	78%	69%	71%	70%
Skåne	74%	63%	64%	64%

* För 2014 redovisas Helsingborgs lasarett och Ängelholms sjukhus tillsammans under förvaltningen Skånevård Sund. Underlaget för tidigare år har justerats till att omfatta samma område.

Ultraljudsundersökning

Målet för ultraljudsundersökning är att minst 80 % av patienterna får vänta mindre än 30 dagar av det totala antalet remisser. Siffrorna exkluderar kontrollpatienter. Mätvärdet anger procentandel som uppnår målvärdet.

Följsamheten till målvärdet är lågt i ett övergripande regionalt perspektiv. Det är tydligt att det regionala genomsnittet har legat stabilt de senaste åren. Centralsjukhuset Kristianstad uppnår målvärdet för 2014 efter att tidigare år haft mycket låg följsamhet. Det regionala genomsnittet sänks av Skånes universitetssjukhus Malmö och Skånes universitetssjukhus Lund som både uppvisar mycket låga siffror.

Målet för ultraljudsundersökning är att minst 80 % av patienterna får vänta mindre än 30 dagar av det totala antalet remisser. Mätvärdet anger procentandel som uppnår målvärdet.

Sjukhus/Region	2014	2013	2012	2011
Skånevård Sund*	73%	55%	67%	61%
Centralsjukhuset Kristianstad	80%	56%	58%	70%
Skånes universitetssjukhus Malmö	63%	49%	63%	66%
Skånes universitetssjukhus Lund	51%	64%	64%	59%
Skåne	69%	65%	69%	66%

* För 2014 redovisas Helsingborgs lasarett och Ängelholms sjukhus tillsammans under förvaltningen Skånevård Sund. Underlaget för tidigare år har justerats till att omfatta samma område.

Bilaga 7 – Sammanställning av webbenkät

Bröstcancer

Totalt har 41 personer av 120 personer svarat på enkäten.

Hos nästan lika många respondenter upptäcktes cancer via screening (40 procent) som att de själva upplevde symtom (57 procent). De flesta tog kontakt med sjukvården samma dag eller inom en vecka. Detta har konsekvensen att den första kontakten med vården antingen var bröststenheten vid sjukhuset eller primärvården. Oftast tog det en vecka för respondenten att träffa en läkare.

De vanligaste undersökningarna vid första vårdkontakten inkluderade biopsi (71 procent), mammografi (64 procent), ultraljud (57 procent) samt allmän hälsoundersökning (29 procent).

Respondenterna angav att väntetiden mellan första och andra besöket var 4-7 dagar (48 procent) eller 8-30 dagar (37 procent). Majoriteten av alla respondenter (79 procent) uppger att de tilldelades en kontaktsjuksköterska i samband med diagnosbeskedet.

Merparten av respondenterna (77 procent) angav att de inte blev informerade om möjligheten till en ny medicinsk bedömning.

De flesta respondenterna har inte upplevt lång väntetid till olika undersökningar eller lång väntetid för att erhålla svar från undersökningar. Respondenter som anger sig ha upplevt långa väntetider har framför allt lidit av ökad oro.

Majoriteten av respondenterna (63 procent) anger att helhetsbilden är att de olika väntetiderna inte är onödiga eller långa. Majoriteten (63 procent) anger också att deras vårdepisod har varit välplanerad, att de har fått bra information och känt sig professionellt bemötta.

Följande enkätfrågor ställdes:

1. Jag har vårdats på nedanstående sjukhus:
 - CSK
 - Helsingborg
 - SUS Lund
 - SUS Malmö
 - Vill ej ange

2. Hur upptäcktes din bröstcancer?
 - I samband med en allmän mammografikontroll
 - Att jag själv upplevde symtom och tog kontakt med vården
 - På annat sätt, i så fall vilket?

3. När fick du dina symptom/besvär? (Fritextsvar)

4. När tog du den första vårdkontakten?
 - Samma dag
 - Inom en vecka
 - Inom två veckor

- Inom en månad
 - Jag väntade längre än en månad
5. Vilken var din första vårdkontakt i relation till din sjukdom? Dvs, var sökte du/kom du allra först för dina besvär/symptom?
- Vårdcentralen
 - Företagshälsovården
 - Gynekologmottagning
 - Mödravårdscentralen
 - Sjukhusets bröstmottagning/bröstcentrum
 - Annan vårdgivare (vänligen ange vilken):
6. Vilken var din första vårdkontakt efter beskedet från mammografiundersökningen?
- Vårdcentralen
 - Sjukhusets bröstmottagning/bröstcentrum
 - Annan vårdgivare (vänligen ange vilken):
7. Hur lång tid tog det innan du fick en tid hos den första vårdgivaren för att träffa en läkare?
- Samma dag
 - Inom tre dagar
 - Inom en vecka
 - Mer än en vecka
 - Mer än två veckor
8. Fick du dig tilldelad en kontaktsjuksköterska i samband med diagnosbesked och behålla denna kontakt under din sjukdom?
- Ja
 - Nej
9. Vilka undersökningar gjordes i samband med den första vårdkontakten? (Möjlighet att välja mer än ett alternativ)
- Allmän hälso-/kroppsundersökning i relation till mina besvär
 - Blodprover
 - Mammografiundersökning
 - Ultraljud
 - Annan röntgenundersökning
 - EKG
 - Biopsi/vävnadsprov
 - Inga närmre undersökningar
 - Annan undersökning (vänligen ange vilken/vilka):
10. Utifrån den första vårdkontakten, var skedde sedan den efterföljande utredningen?
- Utredningen fortsatte med fler besök hos den första vårdgivaren (t.ex. i vårdcentralens regi)
 - Jag kom direkt till specialistklinik och har fortsatt där sedan dess

- Efter min första vårdkontakt remitterades jag vidare till specialistläkare (vänligen ange vilket sjukhus)
11. Hur lång tid tog det från att du haft ditt första besök (t.ex. inom primärvården) till det att du fick din nästa tid för fortsatt utredning?
- 0-3 dagar
 - 4-7 dagar
 - 8-30 dagar
 - Mer än 30 dagar
12. Om dina första besök inte skett hos specialistläkare, hur lång tid tog det innan du fick träffa en specialistläkare?
- Mitt första besök skedde hos en specialistläkare
 - 0-3 dagar
 - 4-7 dagar
 - 8-30 dagar
 - Mer än 30 dagar
13. Blev du informerad om möjligheten att få en "ny medicinsk bedömning" (dvs möjlighet att diskutera din sjukdom med ytterligare en läkare)?
- Ja
 - Nej
14. Har du generellt upplevt lång väntetid till olika undersökningar?
- Ja
 - Nej
15. CSK - Har du upplevt lång väntetid att få TID TILL någon av nedanstående undersökningar? (Flervalsfråga)
- Jag har inte upplevt lång väntetid att få TID TILL någon av nedanstående undersökningar
 - Blodprover
 - Mammografiundersökning
 - Ultraljud
 - Magnetkameraundersökning/MR
 - Datortomografi/CT-röntgen
 - Annan röntgenundersökning
 - EKG
 - Biopsi/vävnadsprov
 - Annan undersökning (vänligen ange vilken/vilka):
16. Förekom lång väntetid för att få SVAR PÅ olika undersökningar? (Möjlighet att välja mer än ett alternativ)
- Ingen lång väntetid
 - Blodprover
 - Mammografiundersökning

- Ultraljud
- Magnetkameraundersökning/MR
- Datortomografi/CT-röntgen
- Annan röntgenundersökning
- EKG
- Biopsi/vävnadsprov
- Annan undersökning (vänligen ange vilken/vilka):

17. Har du upplevt andra långa och/eller onödiga väntetider i din vårdepisod, t.ex. lång väntan på: (Möjlighet att välja mer än ett alternativ)
- Att få tid till vårdcentral
 - Att få tid till specialistläkare
 - Att få tid hos annan vårdpersonal (t.ex. sjuksköterska, psykolog) för råd och stöd kring din sjukdom
 - Annan väntetid (vänligen specificera):
18. Om du har upplevt långa väntetider i samband med prover och undersökningar och/eller mellan olika vad har det inneburit för dig och din vårdepisod? (Möjlighet att välja mer än ett alternativ)
- Onödigt lång vårdprocess
 - Upprepade om- och avbokningar avseende läkarbesök
 - Förlängd sjukskrivning
 - Ökad oro
 - Jag har blivit sämre och haft mer besvär
 - Andra konsekvenser (vänligen ange vilka):
19. Vilket av nedanstående påståenden beskriver bäst din helhetsbild av de olika väntetiderna i din vårdepisod:
- Upprepat långa väntetider som har lett oro och en allmänt krånglig vårdepisod
 - Några, men relativt få, gånger har det uppstått lång väntan men i stort sett har det fungerat bra utan väntetider som känts onödiga
 - Jag har inte upplevt några onödiga eller långa väntetider
20. Vilket av nedanstående påståenden stämmer bäst in på din samlade upplevelse av tydlighet i planering och information:
- Jag upplever inte att vården har varit välplanerad utan jag har skickats runt mellan olika vårdgivare utan att få bra information
 - I stort har jag upplevt en välplanerad vård där jag fått bra information, men jag har också fått söka efter nödvändig information på egen hand
 - Min vårdepisod har varit välplanerad, jag har fått bra information och känt mig professionellt bemött
21. Vilka störningsmoment och otydligheter har enligt din mening förekommit i din vårdepisod? (Fritextsvar)

Prostatacancer

Totalt har 57 personer av 80 personer svarat på enkäten.

Det framgår tydligt att prostatacancer upptäcks framför allt i samband med allmän kontroll/PSA-test. Patienter som har fått information om att de skulle kunna ha en misstänkt tumör avvaktar med att ta kontakt med sjukvården. Den första vårdkontakten sker oftast först efter mer än en månad. Vårdcentralen eller företagshälsovården är de vanligaste ingångarna.

Vårdcentralen är den instans som oftast delgett patienter besked på den första undersökningen innan vidareremittering har skett. De vanligaste undersökningarna som genomförs är PSA-test (34 procent), rektalpalpation (16 procent), biopsi (16 procent) samt allmän hälsoundersökning (9 procent). Nästan alla respondenter angav att det var 8-30 dagar (53 procent) eller mer än 30 dagar (41 procent) mellan första och andra besöket. Merparten av respondenterna uppger att de inte har fått någon kontaktsjuksköterska.

Hälften av respondenterna erbjöds en ny medicinsk bedömning.

De flest respondenterna har inte upplevt lång väntetid till olika undersökningar. Däremot har patienterna upplevt att det är lång väntetid till specialistläkare. Konsekvenserna blir enligt webbenkäten att patienterna känner en ökad oro och att patienterna upplever att vårdprocessen blir onödigt lång.

Lika många respondenter (25 procent) uppger att de har upplevt långa väntetider som inte har upplevt långa väntetider. Majoriteten (44 procent) anger att deras vårdepisod har varit välplanerad, att de har fått bra information och känt sig professionellt bemötta. Totalt en fjärdedel (25 procent) anger att de har upplevt att vården inte har varit välplanerad och att de har skickats runt mellan olika vårdgivare utan att få bra information.

Följande enkätfrågor ställdes:

1. Jag har vårdats på nedanstående sjukhus:
 - CSK
 - Helsingborg
 - SUS Lund
 - SUS Malmö
 - Ängelholm
 - Vill ej ange

2. Hur upptäcktes din prostatacancer
 - I samband med en allmän kontroll/PSA-test
 - Att jag själv upplevde symptom och tog kontakt med vården
 - På annat sätt, i så fall vilket?

3. När fick du dina symptom/besvär? (Fritextsvar)

4. När tog du den första vårdkontakten
 - Samma dag
 - Inom en vecka
 - Inom två veckor

- Inom en månad
 - Jag väntade längre än en månad
5. Vilken var din första vårdkontakt i relation till din sjukdom? Dvs, var sökte du/kom du allra först för dina besvär/symptom?
- Vårdcentralen
 - Företagshälsovården
 - Sjukhusets öppenvårdsmottagning
 - Annan vårdgivare (vänligen ange vilken):
6. Vilken var din första vårdkontakt efter beskedet från undersökningen?
- Vårdcentralen
 - Sjukhusets öppenvårdsmottagning
 - Annan vårdgivare (vänligen ange vilken):
7. Hur lång tid tog det innan du fick en tid hos den första vårdgivaren för att träffa en läkare?
- Samma dag
 - Inom tre dagar
 - Inom en vecka
 - Mer än en vecka
 - Mer än två veckor
8. Fick du dig tilldelad en kontaktsjuksköterska i samband med diagnosbesked och behålla denna kontakt under din sjukdom?
- Ja
 - Nej
9. Vilka undersökningar gjordes i samband med den första vårdkontakten? (Möjlighet att välja mer än ett alternativ)
- Allmän hälso-/kroppsundersökning i relation till mina besvär
 - Blodprover
 - Rektalpalpation, dvs. undersökt med ett finger i ändtarmen
 - PSA-test
 - Ultraljud
 - Annan röntgenundersökning
 - EKG
 - Biopsi/vävnadsprov
 - Inga närmre undersökningar
 - Annan undersökning (vänligen ange vilken/vilka):
10. Utifrån den första vårdkontakten, var skedde sedan den efterföljande utredningen?
- Utredningen fortsatte med fler besök hos den första vårdgivaren (t.ex. i vårdcentralens regi)
 - Jag kom direkt till specialistklinik och har fortsatt där sedan dess
 - Efter min första vårdkontakt remitterades jag vidare till specialistläkare (vänligen ange

vilket sjukhus samt vilken klinik):

11. Hur lång tid tog det från att du haft ditt första besök (t.ex. inom primärvården) till det att du fick din nästa tid för fortsatt utredning?
 - 0-3 dagar
 - 4-7 dagar
 - 8-30 dagar
 - Mer än 30 dagar

12. Blev du informerad om möjligheten att få en "ny medicinsk bedömning" (dvs möjlighet att diskutera din sjukdom med ytterligare en läkare)?
 - Ja
 - Nej

13. Har du generellt upplevt lång väntetid till olika undersökningar?
 - Ja
 - Nej

14. Har du upplevt lång väntetid att få TID TILL någon av nedanstående undersökningar? (Möjlighet att välja mer än ett alternativ)
 - Jag har inte upplevt lång väntetid att få TID TILL någon av nedanstående undersökningar
 - Blodprover
 - PSA-test
 - Ultraljud
 - Magnetkameraundersökning/MR
 - Datortomografi/CT-röntgen
 - Annan röntgenundersökning
 - EKG
 - Biopsi/vävnadsprov
 - Annan undersökning (vänligen ange vilken/vilka):

15. Förekom lång väntetid för att få SVAR PÅ olika undersökningar? (Möjlighet att välja mer än ett alternativ)
 - Ingen lång väntetid
 - Blodprover
 - PSA-test
 - Ultraljud
 - Magnetkameraundersökning/MR
 - Datortomografi/CT-röntgen
 - Annan röntgenundersökning
 - EKG
 - Biopsi/vävnadsprov
 - Annan undersökning (vänligen ange vilken/vilka):

16. Har du upplevt andra långa och/eller onödiga väntetider i din vårdepisod, t.ex. lång väntan

på: (Möjlighet att välja mer än ett alternativ)

- Att få tid till vårdcentral
- Att få tid till specialistläkare
- Att få tid hos annan vårdpersonal (t.ex. sjuksköterska, psykolog) för råd och stöd kring din sjukdom
- Annan väntetid (vänligen specificera):

17. Om du har upplevt långa väntetider i samband med prover och undersökningar och/eller mellan olika vad har det inneburit för dig och din vårdepisod? (Möjlighet att välja mer än ett alternativ)

- Onödigt lång vårdprocess
- Upprepade om- och avbokningar avseende läkarbesök
- Förlängd sjukskrivning
- Ökad oro
- Jag har blivit sämre och haft mer besvär
- Andra konsekvenser (vänligen ange vilka):

18. Vilket av nedanstående påstående beskriver bäst din helhetsbild av de olika väntetiderna i din vårdepisod:

- Upprepat långa väntetider som har lett till oro och en allmänt krånglig vårdepisod
- Några, men relativt få, gånger har det uppstått lång väntan men i stort sett har det fungerat bra utan väntetider som känts onödiga
- Jag har inte upplevt några onödiga eller långa väntetider

19. Vilket av nedanstående påstående stämmer bäst in på din samlade upplevelsen av tydlighet i planering och information:

- Jag upplever inte att vården har varit välplanerad utan jag har skickats runt mellan olika vårdgivare utan att få bra information
- I stort har jag upplevt en välplanerad vård där jag fått bra information, men jag har också fått söka efter nödvändig information på egen hand
- Min vårdepisod har varit välplanerad, jag har fått bra information och känt mig professionellt bemött

20. Vilka störningsmoment och otydligheter har enligt din mening förekommit i din vårdepisod? (Fritextsvar)

Självskadebeteende

Totalt har 19 personer av 50 personer svarat på enkäten.

Respondenterna uppger att de framför själva sökte vård när de utvecklade ett självskadebeteende. Den första vårdkontakten med psykiatrien togs antingen samma dag eller mer än en månad senare. Den vanligaste kontaktvägen var sjukvårdens slutenvårdsmottagning.

De flesta respondenter uppger att de fick en besökstid med läkare antingen samma dag eller inom två veckor räknat från första vårdkontakt.

Många respondenter uppger att de har önskat sig en fast vårdkontakt men att sjukvården inte har kunnat erbjuda en sådan.

Inga respondenter har erbjudits en ny medicinsk bedömning.

Respondenterna upplever att de har fått uppleva långa väntetider till undersökningar eller till besök hos vårdcentral, specialistläkare eller hos annan vårdpersonal. Detta har enligt enkätundersökningen resulterat i onödigt långa vårdprocesser, patienter upplever att de har blivit sämre och haft mer besvär samt att de har upplevt en ökad oro. Upprepade om- och avbokningar har också förekommit samt förlängd sjukskrivning.

Patienternas egen upplevelse pendlar mellan att ha upplevt långa, onödiga väntetider och att inte ha gjort det.

Följande förklarande instruktion följde med enkäten:

Uppdelningen av psykiatri i Region Skåne har valts utifrån de sex verksamhetsområden som har angetts av verksamheten själv.

Välj den verksamhet som du har vårdats på. I det fall du har vårdats på flera välj den verksamhet som du var inskriven på senast.

VO står för verksamhetsområde.

Följande enkätfrågor ställdes:

1. Jag har vårdats på nedanstående:
 - Division Barn- & ungdomspsykiatri (BUP)
 - VO vuxenpsykiatri Helsingborg
 - VO vuxenpsykiatri Kristianstad
 - VO vuxenpsykiatri Lund
 - VO vuxenpsykiatri Malmö
 - VO vuxenpsykiatri Trelleborg
2. Hur upptäcktes ditt självskadebeteende
 - Att jag själv tog kontakt med vården
 - Det var vården som frågade om jag skadade mig själv
 - På annat sätt, i så fall vilket?
3. När tog du den första vårdkontakten
 - Samma dag

- Inom en vecka
 - Inom två veckor
 - Inom en månad
 - Jag väntade längre än en månad
4. Vilken var din första vårdkontakt som sedan ledde till att du fick hjälp med ditt självskadebeteende? Dvs, var sökte du/kom du allra först för dina besvär/symptom
- Vårdcentralen
 - Företagshälsovården
 - Sjukhusets öppenvårdsmottagning
 - Sjukhusets slutenvårdsmottagning
 - Annan vårdgivare (vänligen ange vilken):
5. Hur lång tid tog det innan du fick en tid hos den första vårdgivaren för att träffa en läkare
- Samma dag
 - Inom tre dagar
 - Inom en vecka
 - Mer än en vecka
 - Mer än två veckor
6. Fick du dig tilldelad en fast vårdkontakt som du träffade under hela vårdförloppet?
- Ja
 - Nej, men jag önskade det
 - Nej, men jag hade inget behov av det
7. Utifrån den första vårdkontakten, var skedde sedan den efterföljande utredningen?
- Utredningen fortsatte med fler besök hos den första vårdgivaren (t.ex. i vårdcentralens regi)
 - Jag kom direkt till specialistklinik och har fortsatt där sedan dess
 - Efter min första vårdkontakt remitterades jag vidare till specialistläkare (vänligen ange vilket sjukhus samt vilken klinik):
8. Blev du informerad om möjligheten att få en "ny medicinsk bedömning" (dvs möjlighet att diskutera din sjukdom med ytterligare en läkare)?
- Ja
 - Nej
9. Har du generellt upplevt lång väntetid till olika undersökningar?
- Ja
 - Nej
10. Har du upplevt andra långa och/eller onödiga väntetider i din vårdepisod, t.ex. lång väntan på: (Flervalsfråga)
- Att få tid till vårdcentral

- Att få tid till specialistläkare
 - Att få tid hos annan vårdpersonal (t.ex. sjuksköterska, psykolog) för råd och stöd kring din sjukdom
 - Annan väntetid (vänligen specificera):
11. Om du har upplevt långa väntetider i samband med prover och undersökningar och/eller mellan olika vad har det inneburit för dig och din vårdepisod? (Möjlighet att välja mer än ett alternativ)
- Onödigt lång vårdprocess
 - Upprepade om- och avbokningar avseende läkarbesök
 - Förlängd sjukskrivning
 - Ökad oro
 - Jag har blivit sämre och haft mer besvär
 - Andra konsekvenser (vänligen ange vilka):
12. Vilket av nedanstående påstående beskriver bäst din helhetsbild av de olika väntetiderna i din vårdepisod:
- Upprepat långa väntetider som har lett till oro och en allmänt krånglig vårdepisod
 - Några, men relativt få, gånger har det uppstått lång väntan men i stort sett har det fungerat bra utan väntetider som känts onödiga
 - Jag har inte upplevt några onödiga eller långa väntetider
13. Vilket av nedanstående påstående stämmer bäst in på din samlade upplevelsen av tydlighet i planering och information:
- Jag upplever inte att vården har varit välplanerad utan jag har skickats runt mellan olika vårdgivare utan att få bra information
 - I stort har jag upplevt en välplanerad vård där jag fått bra information, men jag har också fått söka efter nödvändig information på egen hand
 - Min vårdepisod har varit välplanerad, jag har fått bra information och känt mig professionellt bemött
14. Vilka störningsmoment och otydligheter har enligt din mening förekommit i din vårdepisod? (Fritextsvar)