

Manual för översyn av rutiner för väntande patienter

Arbetet kan indelas i tre etapper:

1. **En identifiering av inom verksamheten förekommande "listor"** för väntande patienter och de eventuella "långväntare" som finns på dessa listor.
2. **En fullständig kartläggning, genomgång och städning** av listorna
3. **Ett handlingsprogram** för att säkerställa en framtida kvalitetssäkrad åtgärdsplanering

Etapp 1 – Identifiering av inom verksamheten förekommande listor för väntande patienter

Det handlar om *samtliga patienter* oavsett om de själva valt att vänta eller om väntetiden beror på verksamheten. Det gäller även samtliga undersökningar och behandlingar och inte enbart de grupper som för närvarande rapporteras till den nationella databasen "Väntetider i Vården".




Att göra:

Åtgärd/sign:

Identifiera <i>alla förekommande "väntelistor"</i> som finns inom verksamheten. Det kan gälla sådana som hanterar kontakter, undersökningar och behandlingar.	
Identifiera och kontakta <i>ansvariga för respektive listor</i> – medicinskt ansvar såväl som administrativt.	
Tag fram siffror för <i>antal patienter som väntat mer än 12 månader</i> på en första vårdkontakt inom verksamheten respektive antal som har väntat mer än 12 månader på en undersökning eller behandling.	

Etapp 2 – Kartläggning och genomgång

Samtliga vänte-, planerings- och bevakningslistor identifieras, kontrolleras och rensas från inaktuella poster, t ex patienter som redan är omhändertagna inom egen eller annan verksamhet, avlidna etc... I detta fall handlar det om samtliga patienter dvs. nybesök, återbesök, kontroller, undersökningar, behandling, uppföljning osv.

Att göra:	Åtgärd/sign:
Identifiera och kontakta <i>ansvariga</i> för respektive lista, medicinskt ansvar såväl som administrativt, för genomgång och kartläggning av den aktuella listan	
Vad används den aktuella listan till? Syfte? Om det finns flera olika <i>användningsområden</i> för en och samma lista bör detta beskrivas.	
Identifiera om det finns patienter på listorna som <i>inte längre är aktuella</i> och av vilka orsaker.	
Finns det patienter på listan som <i>skulle ha varit kallade</i> enligt medicinskt måldatum eller motsvarande?	
Varför har i så fall inte patienterna blivit kallade enligt planering? Handlingsplan för hantering av dessa patienter tas fram.	
Hur ser den <i>interna strukturen</i> ut för respektive lista – finns det något kodverk som används, t ex diagnoser, vårdgivare eller andra lokala kodverk som t ex koder för remisspatienter, kontrollpatienter, återbesökspatienter, kallas-med-kort-varsel mm.	
Identifiera och beskriv de <i>regelverk</i> som finns för hantering av de aktuella listorna: <ul style="list-style-type: none"> indikationer för uppsättning på listan? riktlinjer för prioritering? regler för kommunikation med patient och inremitterande vårdgivare?	
Vilken typ av <i>datorstöd</i> används för respektive lista?	

När verksamheten har identifierat och kartlagt sina väntelistor och gjort de "rensningar" som varit möjliga kan det kvarstå patienter som inte kommer att kunna omhändertas inom ramen för den vårdgarantin. Det är viktigt att man identifierar och beskriver dessa problem samt ger förslag på hur problemen skall kunna lösas på kort sikt för de aktuella patienterna och hur verksamheten planerar för att en liknande situation inte ska uppstå i framtiden.

Etapp 3 – Handlingsprogram för en framtida kvalitetssäkrad åtgärdsplanering

Ett mål för framtiden är att det inte skall finnas några "passiva" väntelistor utan att alla patienter kan planeras och bokas in direkt. Av olika anledningar så kommer verksamheter dock under en period framöver att behöva någon form av "planeringslistor". Det är då viktigt att det finns *en handlingsplan* för den egna verksamhetens "planeringslista". Denna skall vara aktuell och ha ett inbyggt *signalsystem* för t ex utgångna måldatum, avlidna patienter etc. Den typ av rensning som idag förekommer på många kliniker, en gång om året eller motsvarande, skall inte behövas i framtiden – listorna skall vara föremål för *aktiv, systematisk och kontinuerlig kvalitetssäkring!*

Att göra:

Åtgärd/sign:

<p><i>Ansvariga samt ställföreträdare</i> skall utses (medicinskt såväl som administrativt), ansvaret skall vara tydligt beskrivet och förankrat i verksamheten.</p>	
<p>Regelverk för listan skall upprättas:</p> <ul style="list-style-type: none">✚ Vilken typ av patienter skall planeringslistan vara till för?✚ Vilka indikationer gäller för uppsättning på planeringslistan?✚ Hur sker prioritering av patienterna – är den lika för alla vårdgivare internt inom verksamheten och regionen? Principer för "turordningen" på kliniken skall tas fram och vara väl kända.	
<p>Den interna strukturen för planeringslistan skall utformas i syfte att underlätta det arbete som trots allt krävs för att hantera listan. Det kan t ex vara en indelning av patienterna med hjälp av:</p> <ul style="list-style-type: none">✚ Diagnos✚ Planerad undersökning eller behandling✚ Prioritering (medicinska måldatum)✚ Plats för undersökningen, behandlingen✚ osv..	
<p>Rutiner för kommunikation med patient och inremitterande vårdgivare m.fl. skall finnas och vara väl dokumenterade (ex. genom standardbrev i det patientadministrativa systemet.)</p>	