

Krav på resultatredovisning eller utvecklingsstöd med tålamod?

- en resa i spåren efter projektet Väntetider i vården

Inledning

”Patientens ställning inom den svenska hälso- och sjukvården ska stärkas genom att öka vårdens tillgänglighet och patienternas inflytande och delaktighet”¹

Projektet Väntetider i vården (ViV) har pågått sedan hösten 1998. Dess övergripande syfte är att utveckla och implementera en nationell uppföljning för kontinuerlig redovisning och analys av väntetider inom hälso- och sjukvården. Projektet har sitt ursprung i 1998-års Dagmaröverenskommelse mellan staten och Landstingsförbundet om ersättningar för att öka vårdens tillgänglighet och patienternas inflytande och delaktighet.

Projektets insatser har genomförts inom tre områden, så kallade huvudaktiviteter:

- mätning och redovisning av väntetider till databaser publicerade på Internet,
- utveckling av rekommendationer för administration av väntelistor och
- kunskapsupbyggnad i form av delstudier vad gäller väntetidernas omfattning, orsaker och konsekvenser.

Projektet leds av en styrgrupp som rapporterar till Socialdepartementet och Hälso- och sjukvårdsberedningen på Landstingsförbundet. Ett sekretariat administrerar mätningarna och genomför olika delstudier. Till förfogande finns också ett nationellt nätverk med en representant från varje landsting/region. Från detta nätverk har en arbetsgrupp bildats för löpande rådgivning och stöd i projektets olika aktiviteter.

Rapporteringen till de nationella databaserna är webbaserad och sker med hjälp av cirka 1 800 enskilda rapportörer från sjukhus och primärvårdsmottagningar. Två expertgrupper i ortopedisk vård och primärvård finns som stöd i arbetet.

Följande rapport är en av delrapporterna från projektets utvärdering. Rapporten bygger på gruppintervjuer och individuella intervjuer genomförda av Berlith Persson, hälso- och sjukvårdsstrateg i Region Skåne mellan november 2003 och februari 2004. Berlith har också svarat för sammanställning och analys av materialet. Metodstöd i arbetet har varit fil.dr Victoria Wibeck, Linköpings universitet.

¹ Patienten har rätt. Underlag till Hälso- och sjukvårdsutredningen 2000. SOU 1997:154

Innehållsförteckning

Sammanfattande resultat	4
Reflektioner från en resa	6
Syfte och metod	8
Genomförande och analys	9
Resultat	10
<i>En nationell uppföljning av väntetider.....</i>	10
<i>Ett ökat tempo i förändringsarbetet....</i>	16
<i>Variationer i indikationer för vård och behandling...</i>	17
Källor och referenser	21
Länkar	22
Bilaga 1 – Intervjudeltagare	23
Bilaga 2 – Urval av belysande citat	24

Sammanfattande resultat

På uppdrag av styrgruppen för projekt Väntetider i Vården har en intervjustudie genomförts som en del av projektets utvärderingsprocess. Intervjuerna har genomförts som kvalitativa gruppintervjuer, fokusgrupper², kompletterade med individuella intervjuer med nyckelpersoner inom hälso- och sjukvårdens aktuella utvecklings- områden. Ett tjugotal geografiskt spridda grupper med sammanlagt 140 personer från olika organisationer, nivåer och projekt har deltagit. En semistrukturerad intervjuguide, baserad på projektets ursprungliga styrdokument har följts. Huvudteman för denna intervjuguide var:

- *Ska väntetider i vården mätas? Vad, hur och av vem?*
- *Hur bör resultaten kommuniceras?*
- *Förslag till utveckling och förbättring?*

Efter datainsamling med hjälp av bandinspelningar har materialet skrivits ut av samtalsledaren, bearbetats genom sekvensindelning av förekommande samtalsteman och analyserats till resultat i form av återkommande trender och tendenser belysta med citat. Styrgrupp, arbetsgrupp och sekretariat har under analysperioden deltagit i s.k. datasessioner för att ge möjligheter till en bred analys och bearbetning av materialet.

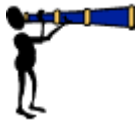
Resultaten från intervjuerna kan sammanfattas i *tre övergripande teman/påstående* kompletterade med ett antal *rekommendationer och förbättringsområden från intervjuerna*. Det första området avser främst synpunkter på hur projekt Väntetider i Vården bör förvaltas och utvecklas och de två senare vilka förutsättningar, som bör beaktas för att tillgängligheten generellt inom den svenska hälso- och sjukvården ska utvecklas positivt.

Fem intressentperspektiv har framkommit utifrån deltagarnas bakgrund och roller³ och har valts som ram för analys och presentation av materialet: *Administration, Befolkning, Patient, Vårdgivare och ViV-aktiv* (aktiv medverkan inom projektet). Valet av perspektiv har sin grund i urvalet av respondenter och den kontext som framträder i samtalen genom ord, fraser, berättelser och uttryckta känslor från gruppens vardag.

En genomgående tendens under intervjuerna, som framgår tydligt i citaten, var att deltagarna hade ett stort behov av att även få diskutera olika modeller för hur hälso- och sjukvården bör ledas, styras och följas upp. Projektets arbetsmodell, med krav på regelbunden uppföljning och inrapportering till en nationell databas, användes som exempel i argumenten för eller emot olika synsätt. Beroende på intressentperspektiv fanns hela skalan av åsikter representerade från ”dags för skarpt läge att kräva en öppen resultatredovisning”, tydligast uttryckt av respondenter med befolknings- och patientperspektiv till att ”utveckling skapas bäst genom att ledningen tålmodigt stödjer ett systematiskt lärande och förbättringsarbete hos vårdgivarna”. Den senare varianten var främst representerad hos intressenter från vårdgivarna samt administratörer med roller inom metodutveckling för kvalitets- och verksamhetsutveckling.

² Att arbeta med fokusgrupper innebär att en grupp människor under en begränsad tid diskuterar ett givet ämne. Gruppen leds av en moderator och ämnet initieras av ett stimulusmaterial och/eller av moderatorns inledning vid fokusgruppsessionen. Wibeck V, ”Fokusgrupper”, Studentlitteratur, 2000.

³ Intervjudeltagare - se Bilaga 1 samt Urval av betydande citat – se Bilaga 2



Projekt Väntetider i Vården – hur går vi vidare?

- ***En nationell uppföljning av väntetider inom svensk hälso- och sjukvård är fortsatt en viktig del av kvalitets- och säkerhetsarbetet.***

För tidigt att avveckla projektet...

Projektets uppdrag bör fortsätta, men inriktning och arbetsformer bör utvecklas i enlighet med uppkomna förslag från samtliga genomförda utvärderingar. Bl.a. bör ett nära samarbete skapas med andra pågående kvalitetsuppföljningar.

Vad är viktigt att följa upp...?

De bakomliggande strategierna för urvalet av sjukdomsgrupper och behandlingar för väntetidsmätning bör tydliggöras. Riskerna med att fokusera på ett begränsat urval av diagnoser och därmed undanta andra gruppers behov av uppmärksamhet, tillgänglighet eller valfrihet diskuterades av deltagarna.

Från passiva väntelistor till en aktiv individuell vårdplanering...

Uttrycken "väntetider" och "väntelistor" innebär en passiv väntan, utan innehåll, för patienterna och dessutom alltför ofta en väntan utan en fungerande kommunikation med vårdgivaren. Ett fortsatt arbete med att skapa förutsättningar för individuella vårdplaner utifrån medicinska måldatum och metoder för att kartlägga ledtider bör därför prioriteras. Detta tillsammans med rutiner för en kontinuerlig kommunikation med de patienter som finns på enhetens "planeringslistor", eller i system för aktuella "vårdåtagande", underlättar en effektiv styrning av verksamheten och förbättrar tillgängligheten för patienterna.

Förutsättningar för ett framgångsrikt arbete för en förbättrad tillgänglighet:

- ***Ett ökat tempo i förändringsarbetet mot en mera flödesorienterad vård är nödvändigt för att underlätta tillgänglighetsarbetet.***

Samordnad utveckling

En bättre samordning, såväl nationellt som lokalt av pågående uppföljnings- och utvecklingsprocesser måste åstadkommas.

- ***Variationerna i indikationer för vård och behandling, administration av köer samt en bristande uppföljning av följsamheten till nationella överenskommelser riskerar befolkningens tillgång till en valfri och jämlik vård.***

Vad ska behandlas...?

Ett intensifierat samarbete måste åstadkommas mellan vårdens aktörer för att uppnå nationella överenskommelser med konsensus kring indikationer för vård, behandling och uppföljning.

En mera jämlik vård genom en oberoende granskning

En fristående, nationell uppföljning med incitament för effektivitets- och kvalitetsförbättringar efterlyses samt en lätt tillgänglig information kring hälso- och sjukvårdens utbud, kvalitet och resultat.

Reflektioner från en resa

Att under två månader resa runt och träffa ett brett urval av personer som leder, administrerar, utvecklar, utför eller nyttjar hälso- och sjukvården i Sverige och samtala kring begreppet ”väntetider” har varit spännande. Att dessutom göra det med hjälp av den stora frihetsgrad för diskussionerna, som en kvalitativ metod ger, var lite som att ”hoppa utan skyddsnet”.

Uppdraget var att försöka ge en aktuell bild av förekommande synpunkter på projekt Väntetider i Vården hos olika grupper, men deltagarna var även debattsugna på problemområden i projektets gränsland. Rätt snart övergick därför samtalen till frågor som kretsade kring tänkbara strategier för att förbereda vårdens transformering till ett ”modernt tjänsteföretag och en medföljande förskjutning av patientens position till kund”.⁴ En kund med rättigheter till information, egen aktivitet och egna val, där undersökningar under senare år har visat på ett ökat missnöje, som i hög grad hänger samman med en bristande tillgänglighet. Tillgänglighet, som i en rad undersökningar har visat sig värderas som en framträdande kvalitetsfaktor hos befolkningen.⁵

Det blev därför många timmars bandinspelning av problem och möjligheter kring ”Väntetider i Vården”, men även kring det som idag är utmaningarna, om man tror på ett fortsatt solidariskt sammansatt hälso- och sjukvårdssystem. Resultatredovisningen har dock i denna första analys av materialet koncentrerats på uppföljningen av projektet, men även presenterat de förutsättningar som diskuterades som nödvändiga för en positiv utveckling av hälso- och sjukvårdens strukturella och organisatoriska problem.

I citaten och kommentarerna går åsikterna ofta helt isär. Så var även fallet i många av diskussionerna, dels beroende på den breda rekryteringen, där roller och intressentperspektiv av naturliga skäl är olika och dels på en skiftande bakgrundskunskap och erfarenhet av projektets aktiviteter.

Dessutom framkom även betydande meningsskiljaktigheter kring vårdens ”nuläge” inom grupperna. Det förmedlades positiva känslor och framtidstro med kommentarer som:

- *Uthållighet i förbättringsarbetet är viktigt. De utvecklingsbenägna blir fler och fler. Ett paradigmskifte är på väg!*
- *Vi är på väg nu och får inte ge upp, bara politikerna har mod att ställa krav.*
- *Vårt nya IT-system kommer att lösa många av de problem vi haft med att kvalitetssäkra data.*
- *Lösningen är att ge tydliga mål och krav kopplat till uppföljnings- och utvecklingsstöd.*

⁴ Nordgren L.2003. Från patient till kund. Intåget av marknadstänkande i sjukvården och förskjutningen av patientens position. Avhandling. Lund. Inst. of Economic Research.

⁵ Hälso- och sjukvårdsrapport 2001. Socialstyrelsen

Många "goda exempel" från vårdgivare med en genomtänkt strategi och en systematisk plan för sitt förbättringsarbete beskrivs i samtalen, men tyvärr alltför ofta upplevda som "öar" skapade av eldsjälar. Öar som borde "utmärkas" tydligare på kartan över "Hälso- och sjukvårds-Sverige", visas upp, belönas och ges möjligheter till ett intensivt "brobygge" till kartans mera "vita fläckar".

Pessimism och irritation uttrycktes även i intervjuerna, framförallt från hårt pressade vårdgivare, som inte sett möjligheterna i ett förändringsarbete och från uppgivna projektsamordnare, som inte får stöd från sin ledning. Otålighet framkom från många politiker och administratörer, som kände att utvecklingsprocesserna tar alltför lång tid. Även bland patienterna fanns tecken på en begynnande misstro och misstänksamhet kring att det inte alltid står rätt till, inte med den vårdprofessionella skickligheten, men väl med arbetets ledning, organisation och planering.

- *Vem styr och leder egentligen vården*
- *Vad får vi för pengarna, det verkar inte vara någon ordning och reda inom sjukvården*
- *Är det inte dags att "dra upp ridån för sjukvårdsgalan"?*
- *Var finns belöningen för oss som bryr sig om detta med att förbättra våra arbetsprocesser?*

Dessa synpunkter är utmaningar att hörsamma för alla berörda i ett fortsatt lednings- utvecklings- och uppföljningsarbete. Ett arbete där många efterlyser en tydligare koppling mellan strategier för prioriterade nationella satsningsområden med tydligare uttalade mål och en systematisk uppföljning.

Ett stort tack till de personer och grupper, som med kort varsel, delade med sig av sin tid och sina tankar genom att låta sig intervjuas för denna uppföljning. En eloge också till projektledning och sekretariatet för projekt Väntetider i Vården, som visat mod och beredvillighet att på detta sätt ta emot synpunkter på sitt arbete. Ett initiativ i en anda av öppenhet inför utvärdering och resultat som efterlyses i intervjuerna.

Helsingborg maj 2004
Berlith Persson

Syfte och metod

Projektet Väntetider i vården är inne i en fas där det är dags att ta fram ett förslag till en långsiktig lösning av uppdraget att följa väntetider och tillgänglighet inom hälso- och sjukvården eftersom projektet i sin nuvarande form ska upphöra vid årsskiftet 2004/2005. Styrgruppen har därför gett projektledningen i uppgift att ta fram utvärderingsmaterial i syfte att ha ett brett underlag för vidare diskussion och planering.

Under 2002 har en webbenkät (TEMO) i form av en sk ”pop-up”-undersökning, riktad till besökare till databasens hemsida och en intervjustudie⁶ med verksamhetsföreträdare vid elva specialistkliniker genomförts. Under 2003 har kvalitetssäkringsmönster och principer för rapportering av väntetidsdata studerats⁷. Till dessa rapporter har nu denna intervjustudie lagts. Projektets styrgrupp kommer under våren/sommaren 2004 att ta fram en handlingsplan, på basis av dessa revisioner, för hur projektets erfarenheter på bästa sätt ska förvaltas och utvecklas efter årsskiftet 2005.

Intervjuerna har genomförts med hjälp av kvalitativa gruppintervjuer, fokusgrupper samt kompletterande individuella intervjuer med nyckelpersoner inom hälso- och sjukvårdens aktuella utvecklingsområden. En kvalitativ studie innebär möjligheter att på djupet studera uppfattningar, föreställningar, värderingar och attityder. Deltagarna sätter själva ord på sina upplevelser, tankar och känslor, utan att den som initierat studien har formulerat styrda frågor, vilket skapar möjligheter till att relativt förutsättningslöst utforska ett ämne. Enda styrningen består av en övergripande intervjuguide, samt en kort inledning av moderatorn (samtalsledaren), som har som främsta syfte att stimulera till diskussion kring ämnet.

Gruppdeltagarna uppskattar att få diskutera ett ämne tämligen fritt under en informell samtalsform vilket gör metoden dynamisk och spännande. Intervjuerna ger ett rikt material som spelas in på band, skrivs ut, kodas och analyseras med avseende på återkommande teman, mönster och tendenser.⁸

Kvalitativa data ger möjlighet till att få en förståelse för inte bara *vad* man säger om ett ämne utan även *hur* och *varför* man säger som man gör. Däremot lämpar sig inte kvalitativa data för statistiskt generaliserbara slutsatser. Detta kan emellertid bli aktuellt för en uppföljande studie, genom att framträdande och/eller kontroversiella teman i intervjuerna läggs till grund för en enkät med frågeformulär, som bearbetas med hjälp av kvantitativ metod.

⁶ Verksamhetsföreträdarens synpunkter på ”Väntetider i Vården”, Ernst & Young, Anna Roland och Ulf-Johan Olson

⁷ Rapportören i centrum. Kvalitetssäkringsmönster och principer för rapportering av väntetidsdata., Mattias Elg och Bodil Persson, Avd för Kvalitetsteknik, Linköpings Tekniska Högskola.

⁸ För metodologisk fördjupning: ”Interviews. An Introduction to Qualitative Research Interviewing” Steinar Kvale, Thousand Oaks, Sage, 1996.

Genomförande och analys

Ett drygt tjugotal gruppintervjuer med mellan 3 – 15 deltagare och ett tiotal individuella intervjuer har genomförts. Geografisk spridning i landet har eftersträvat liksom en balans i rekryteringen mellan personer från olika nivåer och med olika professioner, roller och intressentperspektiv. En semistrukturerad intervjuguide, baserad på projektets styrdokument, har följts vid samtliga intervjutillfällen.

Urvalet av grupper och individer för intervjuerna medförde att bakgrundskunskapen om projektets uppbyggnad och processer var mycket varierande. Samtliga grupper och deltagare fick därför en inledande presentation som inspiration för att starta samtalet och för att åstadkomma en ”lägsta gemensam kunskapsnivå” kring det gemensamma fokusområdet. Denna bestod av en sammanfattning av projektets bakgrund, syfte, huvudaktiviteter och nuläge. Intervjuerna varade i genomsnitt en timma och spelades in på band.

Instudering, bearbetning och analys av materialet har skett dels på individuell nivå av samtalsledaren och dels på gruppnivå av projektets styrgrupp, sekretariat och arbetsgrupp

Den individuella analysen bestod av att banden avlyssnades, skrevs ut och delades in i samtalssekvenser. Därefter ”reducerades” materialet till koder och teman från återkommande citat, ord, fraser och känslor som uttrycktes i form av argumentation eller berättelser från ”vardagen”.

För att ge projektets styrgrupp, sekretariat och arbetsgrupp möjligheter till delaktighet genom egen instudering och analys av materialet, har två tillfällen för s.k. datasession⁹ givits. En presentation av kommentarer och citat från grundmaterialets första reduktion gavs av samtalsledaren och därefter följde möjligheter till fria associationer och diskussioner mellan deltagarna. Dessa dokumenterades och återfördes till grupperna för vidare reflektion och bearbetning. Gruppernas resultat av analysen är inte avslutad och finns därför ej med i denna rapport.

Syftet med denna arbetsform har varit att skapa förutsättningar för en öppen och bred analys, samt underlätta för styrgrupp och sekretariat att i god tid förbereda processen att forma en handlingsplan för projektets fortsatta förvaltning och utveckling.

⁹ Datasession – ett led i analysprocessen i form av en samling kring materialet för att fritt och förutsättningslöst associera kring och tolka detta för att undvika att en ensam forskare missar intressanta aspekter och analysingångar. (fritt ur Wibeck V. Fokusgrupper.)

Resultat

Resultatredovisningen är tematiskt ordnad. För ytterligare belysning återfinns inom varje avdelning citat från gruppernas diskussioner. Resultaten speglar specifika synpunkter på projektets aktiviteter med dess problem och glädjeämnen, men visar även frekvent återkommande argumentation kring förutsättningarna för ett utvecklingsarbete för en förbättrad tillgänglighet. Det framgår även tydligt att projektet under de år som det har verkat har skapat mycket tankar och känslor kring olika strategier för styrning, ledning, uppföljning och utveckling av den svenska hälso- och sjukvården.

Intervjuguidens samtliga områden har täckts i den mån gruppen har haft några synpunkter på de olika frågeställningarna. Resultaten från intervjuerna kan sammanfattas i följande *tre övergripande teman/påståenden* kompletterade med ett antal *rekommendationer och förbättringsförslag*. Det första temat avser synpunkter på hur projekt Väntetider i Vårdens arbete bör förvaltas och utvecklas och de två senare vilka förutsättningar som generellt bör beaktas, för att tillgängligheten inom den svenska hälso- och sjukvården ska fortsätta att utvecklas positivt.

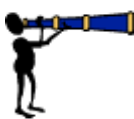
Analys av intervjumaterial från fokusgrupper kan göras utifrån olika aspekter. Inför en första grundläggande analys av detta material har fem *intressentperspektiv* definierats och valts som ram för rapportens presentation. Valet av perspektiv har sin grund i samtalens kontext genom ord, fraser, berättelser och uttryckta känslor från gruppens vardag samt från deltagarnas bakgrund och nuvarande roller.

Perspektiven är: *Administration, Befolkning, Patient, Vårdgivare och ViV-aktiv* (aktiv medverkan inom projektet). Dessa förkortas A, B, P, Vå, ViV i anslutning till citaten.

- **En nationell uppföljning av väntetider inom svensk hälso- och sjukvård är fortsatt en viktig del av kvalitets- och säkerhetsarbetet.**

För tidigt att avveckla projektet

Projektets uppdrag bör fortsätta, men inriktning och arbetsformer bör utvecklas i enlighet med uppkomna förslag från samtliga genomförda utvärderingar. Bl.a. bör ett nära samarbete tillskapas med andra pågående kvalitetsuppföljningar.



- *Att mäta väntetider är nödvändigt; det handlar om att ha koll på läget (Vå)*
- *Mätningar av väntetider leder till en dialog och omprioritering hos våra vårdgivare (B)*
- *Väntetider måste kopplas ihop med andra mått, andra indikatorer (ViV)*
- *Patienterna måste kunna välja kortare väntetider om de finns (A)*
- *Vi måste svänga synsätt från att redovisa prestationer till att redovisa resultat (A)*
- *Väntetider ska presenteras men tillsammans med andra kvalitetsresultat (B)*

- *Projektet får inte leva sitt eget liv utan kopplas till andra uppföljningssystem (A)*
- *ViV - projektet har startat en viktig utveckling och debatt (B)*
- *Viktigt att inte sluta nu utan lyssna till vad patienterna vill (P)*

En förbättrad tillgänglighet och det som benämns ”väntetider” anses av respondenterna vara en högt prioriterad kvalitets-dimension för befolkningens fortsatta tilltro till hälso- och sjukvården. Det är dessutom en grundläggande förutsättning om valfrihet och vårdgarantier ska vara trovärdiga utfästelser för patienterna i vårt land.



- *Jag känner många patienter som haft hjälp av databasen och jag har själv tipsat många om den (Vå)*
- *Tillgängligheten är viktig för befolkningen vilket visas i undersökningarna i Vårdbarometern¹⁰ (B)*
- *En poäng med att mäta är att få lite bättre koll på logistiken i landstingen (B)*
- *Det är positivt att man mäter för oss patienter (P)*
- *Mätningarna är viktiga för patienterna och för en effektiv, rättvis och jämlik vård (A)*
- *Valfrihet utan databas för väntetider är ett tomt begrepp (B)*
- *Att mäta väntetider handlar om patientsäkerhet*
- *”Strul-tider” försämrar läknings- och rehabiliteringsprocessen (A)*
- *Syftet är patientmakt och patientens ställning i vården (B)*
- *Projektet har varit viktigt för medborgare och patienter (Vå)*

¹⁰ Vårdbarometern. För att få svar på strategiskt viktiga frågor har landets landsting och Landstingsförbundet - gemensamt utvecklat Vårdbarometern, en rullande befolkningsundersökning som genomförs över i princip hela landet. www.lf.se

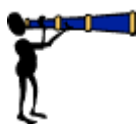
De intervjuade var tämligen överens om att projektet trots vissa metodproblem, har haft stor betydelse för att synliggöra och skapa en ökad medvetenhet kring de bakomliggande orsakerna till väntelistor och kö-problematik. Uppbyggnaden av den nationella databasen anses generellt som ett ambitiöst upplagt arbete, som har genererat viktig kunskap och erfarenhet, vilket bör tas tillvara.



- *Vi var omedvetna och tidigare sätt att mäta väntetiderna skäms man för idag (Vå)*
- *Projektet har gett kraft åt ett nytt sätt att diskutera (ViV)*
- *Utvecklingsaktiviteterna inom projektet borde ha kommunicerats mera, det har mest handlat om databasen (ViV)*
- *Projektet har utvecklats positivt men ifrågasättandet finns kvar (A)*
- *Databasen har startat diskussioner hos oss om administration av väntelistor, indikationer för vård mm (Vå)*
- *Mätningarna leder till att vi på våra uppföljningsmöten med klinikerna som har oacceptabla väntetider, diskuterar om de kan tänka sig att arbeta med Genombrottsmetoden eller i vårt projekt Kvalitetssäkrad väntelista (A)*
- *Detta är inte vetenskap men det behövs inte heller (B)*
- *Detta är ett viktigt instrument för valfriheten som har haft effekt på patientströmmarna, men vi bör som ledning använda detta mer lokalt (B)*

En rad väsentliga synpunkter på förbättringsområden framkommer också. Det gäller val av sjukdomsgrupper/behandlingsmetoder för mätning, urval av parametrar för inrapportering, kvalitetssäkring av data, analys samt presentation (visualisering) av resultaten.

Projektets organisation och struktur i form av ett nationellt omfattande operativt nätverk av samordnare och rapportörer, har av många projektdeltagare upplevts som ett stödjande och stimulerande arbetssätt. Konkreta förslag till förbättringar av projektledning och arbetsmetoder ges, men man påpekar även att mycket av erfarenheterna från projektet kan tjäna som modell för kommande nationella satsningsområden.



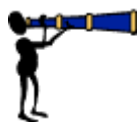
- *Projektets nätverksmöten har varit ett bra stöd för oss på hemmaplan (ViV)*
- *Även om detta inte är det perfekta sättet att mäta så måste vi mäta och förbättra efterhand (B)*
- *Primärvårdsmätningarna har verkligen funnit sin form och blivit ett verktyg för utveckling (A)*
- *Bra med samordnare som haft direktkontakt med klinikerna (ViV)*
- *Förklara nyttan för verksamhetsledningarna; är nyckeln för att öka motivationen (ViV)*
- *Vi måste mäta hela kedjan, även kommunens vård och omsorg (B)*

- *Faktiska väntetiden är viktig, den förväntade är bara en kvalificerad gissning (A)*
- *Vissa operationer syns inte på listan och inte heller vårdutbudet. Man får ringa runt och fråga (P)*
- *Viktigt att arbeta med kvalitetssäkringen av uppgifterna, hos oss har vi 27 rapportörer från 20 områden (ViV)*
- *Man får läsa på olika ställen i projektets dokument för att få en helhet, vilket leder till felfaktorer vid rapporteringen (Vå)*
- *Våra politiker tycker att det är svårt att tolka resultaten. Hade varit bra med en sammanfattning som kunde kommuniceras lokalt.(A)*
- *Förbättra utdata och presentationsverktyg. Det skapar efterfrågan (A)*
- *Utveckla analysverktyg, samverka med Vårdbarometern (ViV)*

Vad är viktigt att följa upp...

Riskerna med att fokusera på ett begränsat urval av diagnoser och därmed undanta andra gruppers behov av uppmärksamhet, tillgänglighet eller valfrihet diskuterades ofta under intervjuerna.

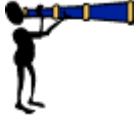
Grupper som nämns vara i riskzon för detta är äldre multisjuka, funktionshindrade och barn. Vikten av uppföljning av tillgänglighet, skillnader i vårdutnyttjande för dessa grupper och ev. skillnader som beror på kön, åldersfördelning och/eller etnicitet diskuterades. De bakomliggande strategierna för urval av sjukdomsgrupper och behandlingar för mätning bör därför diskuteras, tydliggöras och redovisas öppet.



- *Behoven för de kronisk sjuka saknas (P)*
- *Databasen innehåller ju bara lägre prioriterade grupper (Vå)*
- *Att ha väntelistor utan att följa upp att de med störst behov får tillgång till vård kan göra skada. Detta måste balanseras (A)*
- *Frågan om vilka behovsgrupper vi har måste lösas. Vi kan inte ägna oss åt att korta väntetiderna för "tjafs" (A)*
- *Man bör bara följa vissa för nationen strategiska diagnoser (A)*
- *Leder mätningarna till att man knuffar undan dom högprioriterade, så är det värdelöst (A)*
- *Det finns en oro för att funktionshindrade blir lägre prioriterade på väntelistor (P)*
- *Hur väljs åtgärder och behandlingar ut? Verkar att vara lite " hipp som happ", bör förklaras (A)*
- *Inte bara mäta nybesök utan även tillgängligheten för de kroniska patienterna så som med 3T-mätningarna¹¹ (Vå)*

¹¹ 3T = Tredje Tillgängliga Tid. Se www.qulturum.com bra mottagning/slutrappporter

En allmän uppfattning i intervjuerna är således att projektet inte ska "läggas ner". Samtliga huvudaktiviteter bör fortsätta att vidareutvecklas, men efter många år som projekt finns ett behov av någon form av "omstart". Under samtalen uttalades bl.a. nödvändigheten av ett förtydligande av uppdrag och syfte, en översyn av målgrupper samt identifierade framgångsfaktorer och mått för måluppfyllelse.



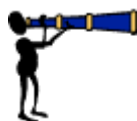
- *Riv inte ner detta som har byggts upp och även lett till annan utveckling (B)*
- *Viktigt att inte lägga detta på en organisation som ej har trovärdighet (P)*
- *Vi måste fortsätta med detta, men validera och kvalitetssäkra data (A)*
- *Vi var så aningslösa men projektet har skapat en medvetenhet kring våra processer (ViV)*
- *Bra att Landstingsförbundet tog initiativet, vi tvingades att börja redovisa (Vå)*
- *Viktigt att följa upp projektets initiala implementering med de nya positiva sakerna (A)*
- *Mäta väntetider, ja, men behöver vi verkligen alla parametrarna?(B)*
- *Resultaten bör analyseras och kommuniceras mera aktivt i media (B)*
- *Det har aldrig varit ett "lärandestyrt" projekt, men man har ju åtgärdat vissa saker så det går kanske att infoga det i ett mera modernt sätt att arbeta (A)*
- *Projektet har försökt få en fullständig bild men det blir för mycket (B)*
- *Projektet får inte leva sitt eget liv längre, utan kopplas till andra uppföljningssystem (A)*
- *Projektets syfte är fortfarande lite diffus, har ändrats efterhand och bör nu tydliggöras (B)*

Från passiva väntelistor till en aktiv individuell vårdplanering

Tid ska ges i nära anslutning till mötet mellan vårdgivare och patient och vårdens inre strukturer och organisation måste anpassas till detta synsätt.

Detta var ett mycket starkt krav från många av de intervjuade framförallt från vårdgivare och tjänstemän, som är aktiva inom verksamhetsnära utvecklingsprojekt kring en flödesorienterad vård. Dessa ifrågasatte ofta och starkt värdet av att över huvud taget fortsätta att mäta och följa ”väntetider”.

Uttrycken ”väntetider” och ”väntelistor” innebär en passiv väntan utan innehåll, för patienterna och dessutom alltför ofta en väntan utan en fungerande kommunikation med vårdgivaren. Ett fortsatt arbete med att skapa förutsättningar för individuella vårdplaner utifrån medicinska måldatum och förbättrade metoder för att kartlägga ledtider bör därför prioriteras. Detta tillsammans med rutiner för en kontinuerlig kommunikation med de patienter som finns på enhetens planeringslistor, underlättar en effektiv styrning av verksamheten och förbättrar därmed tillgängligheten för patienterna.



- *Att mäta väntetider är att befästa att de ska finnas. Varje patient bör istället få en tid direkt utifrån sitt individuella medicinska behov (A)*
- *Bättre att bestämma själv när jag behöver komma till doktorn, inte vänta tills det passar doktorn (P)*
- *Ledtider kopplat till ett förbättrat behandlingsarbete är viktigt att mäta inte bara väntetider (A)*
- *Vi måste komma ifrån begreppet väntelistor till vårdutbud och planeringslistor (A)*
- *Patienten måste få veta när de ska få behandling inte att de är uppsatta på en lista. Tandläkaren har ju en agenda, våra läkare måste schemaläggas med mera framförhållning (B)*
- *Inga väntelistor behövs. Tid ska ges direkt till patienten.(A)*
- *Väntelistorna är inte enhetliga och inte aktuella, de kan t.ex. fortfarande innehålla avlidna patienter (B)*
- *Vi har en dålig bild över de faktiska väntetiderna men de går att få fram det är bara att bestämma sig (A)*
- *Det fanns ”kö-kramare” hos oss, dvs. dom hade patienter på väntelista för en behandling som man inte längre utförde (ViV)*
- *Väntetider är ointressanta utan bearbetning och analys (Vå)*
- *Det finns en massa nys, fusk och manipulation i väntelistorna och de har manipulerats som instrument (A)*
- *Väntetider är ett gammalt begrepp som ska bort och därför ska vi inte bygga upp rutiner kring det (A)*
- *Fel att bygga upp en administration för att förvalta något som inte ska finnas.(A)*
- *Jobba istället med att förbättra tillgängligheten utifrån konkreta mål. Patienten syns inte bakom dessa passiva siffror utan mål (A)*

- *Väntetider i vården – begreppet leder till fel fokus, det är vad som händer när jag blir patient som är viktigt (B)*
- *Väntetider som begrepp är fel, det är vad man gör på klinikerna och hur det görs som är intressant (ViV)*

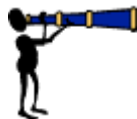
- **Ett ökat tempo i förändringsarbetet mot en mera flödesorienterad vård är nödvändigt för att underlätta tillgänglighetsarbetet.**

Under en del av samtalen lämnades rätt snart diskussionerna kring projektets struktur och process för att övergå i synpunkter och argumentation kring ”vad som bör göras”, för att få en mera genomgripande effekt och framgång med pågående satsningar för en förbättrad tillgänglighet.

Samordnad utveckling

En bred enighet framkommer för behovet av en mera flödesorienterad vård; en vård organiserad efter patientens väg och med ett sammanhållet IT-stöd. Samtidigt beskrivs genom målade berättelser att detta utvecklingsarbete, såväl nationellt som lokalt, alltför ofta sker i parallella spår. Någon gjorde liknelsen med ”symfoniorkestern som saknar dirigent”. Mycket kan åstadkommas genom en bättre samordning, såväl nationellt som lokalt av pågående uppföljnings- och utvecklingsprocesser.

Väntetidsprojektets betydelse som katalysator för en ökad medvetenhet kring patientflöden eller logistiken, och behovet av att organisera vården efter dessa flöden framkommer. Det gäller särskilt arbetet i delprojekten kring gemensamma rutiner för väntelistor, utveckling och implementering av ”Flödesmodellen”¹² och översynen av remisshantering. Dessa aktiviteter ses som viktig fortsatt utveckling jämsides med en tydligare koppling till pågående arbeten kring medicinsk prioritering samt översynen av de nationella kvalitetsregistren.



- *Flödesmodellen har hjälpt oss mycket, vi har börjat att se och diskutera vårt vårdutbud (Vå)*
- *När vi skulle införa Flödesmodellen började vi gå igenom vår väntelista och kommunicera med patienterna. Hälften kunde strykas (Vå)*
- *Vi vill stödja detta arbete från informationsenheterna, men har dåligt stöd från ledningen (A)*
- *Vår utvecklingsenhet har inte varit intresserad av detta projekt (ViV)*
- *Vår revision påpekade att dessa resultat inte används av vår ledning (ViV)*
- *Varför ska ett utvecklingsarbete ta sådan tid; man kan ändra i regelverk men tydligen inte på klinikernas beteende (A)*
- *Vad är det för chefer som inte har koll på vad de har på sin väntelista?(ViV)*
- *Att mäta för hand utan fungerande IT-stöd, så har en del av rapportörerna det idag (Vå)*

¹² Flödesmodellen - ett verktyg för beskrivning och analys av vårdens tillgänglighet.
www.vantetider.se

- *Det blev många aha-upplevelser när vi började mäta, men det blev även försvarsreaktioner (Vå)*
- *Felaktiga remisser gör att patienterna hamnar i fel väntelista (A)*

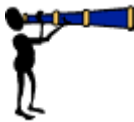
- **Variationerna i indikationer för vård och behandling, administration av köer samt en bristande uppföljning av följsamheten till nationella överenskommelser riskerar befolkningens tillgång till en valfri och jämlik vård.**

Vad ska behandlas...?

Ett intensifierat samarbete måste åstadkommas mellan vårdens aktörer, för att uppnå nationella överenskommelser med konsensus kring indikationer för vård, behandling och metoder för uppföljning¹³.

Grupperna visar i samtalen en rad exempel på hur olika administration av väntelistor och väntetidsrapportering utförs av vårdgivarna, vilket i praktiken försvårar faktiska jämförelser. Detta beror bl.a. på olika sätt att definiera begrepp. Olika medicinska indikationer för behandling, olika prioriteringsprinciper samt olika mätmetoder anses vara bakomliggande orsaker till den bristande tilltro till väntetidsmätningar som finns hos vissa grupper.

Goda exempel på ett systematiskt arbete med dessa problem rapporteras även från vissa landstingsområden och/eller vårdgivare, men i många samtal uttrycks dock en stor otålighet över att detta utvecklingsarbete går alltför långsamt. Alltför ofta vilar ansvaret på "eldsjälar" och projektansvariga som känner att de arbetar utan tydlig ledning, samordning och uppföljning från huvudmännen. På sikt omöjliggör detta en hög kvalitet på väntetidsregistreringen och riskerar en nationellt sett jämlik vård.



- *Projektet har varit en "push" för behovet av att börja studera sitt vårdutbud, sina väntelistor och medicinska indikationer (ViV)*
- *Dessa mätningar bör kopplas till vårdprogram och nationella riktlinjer (B)*
- *Vårdutbudet måste kunna presenteras som "ett paket" (A)*
- *Det är en väldig obalans i väntetiderna nationellt och de olika vårdgarantierna gör att det ser olika ut i landet (B)*
- *Det är ju diskrepansen i det inre flödet mellan klinikerna som är intressant och vi måste även följa detta förlopp (A)*
- *Problemet är bristande konsensus bland läkarna och icke standardiserade väntelistor (B)*
- *Vi har så dålig pejl på våra resultat inom vården (Vå)*
- *Projektet kan inte bara "tuffa på" utan måste jobba vidare med prioriteringar, medicinska måldatum etc.(A).*

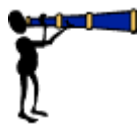
¹³ Socialstyrelsen. Hälso- och sjukvård. Lägesrapport 2003. www.sos.se

- *Varför kan man inte lära av andra och varför ska detta utvecklingsarbete ta sådan tid. Varför så lite vilja till benchmarking?(B)*
- *Att rensa i indikationsställningarna är jätteviktigt (Vå)*
- *Jag har varit väldigt ”anti” detta projekt eftersom ingen kan ge en gemensam definition på nybesök och återbesök (A)*
- *Prioriteringar på väntelistorna har idag tyvärr inte alltid med medicinsk prioritering att göra (B)*

De olika landstingens och regionernas följsamhet till uppdraget och de i styr-dokumenterna nationellt överenskomna målen för projektarbetet, inkluderat kvalitetssäkring av inrapporterade uppgifter till databasen, har varit mycket skiftande. Detta uttrycks i samtalen framförallt av samordnare, rapportörer och administratörer inom projektet, som framför att de inte alltid känner fullt stöd hos ledningen för sitt arbete.

Olika synsätt och attityder till vems ansvar det är och på vilket sätt den svenska hälso- och sjukvården bör ledas, styras, utvärderas och följas upp avspeglar sig i denna varierande följsamhet och även hos olika intressenters sätt att se på projektets metoder. Dessa variationer ges utrymme mycket på grund av en fortsatt traditionell finansiering och uppföljning, med obefintliga eller otillräckliga incitament till enheter som kan visa på effektivitets- och kvalitetsförbättringar.

I intervjuerna framkom att projektet, genom att ställa krav på en regelbunden inrapportering och presentation av resultat, har synliggjort dessa synpunkter. Man diskuterade detta i grupperna under teman som ”detta är ett projekt med uppifrånperspektiv och utan förankring hos vårdprofessionen”, ”för vem mäter vi”, ”vems intressen går Landstingsförbundet” etc.



- *Projektet är ”riggat” med ett uppifrånperspektiv, vi vill ha och ni ska göra... (A)*
- *Detta är ett spel mellan den politiska strukturen och den professionella. De duktiga får ingen belöning och administratörerna är förlorarna (A)*
- *Bristande koppling till förbättringsarbetet och ledningens attityd har varit våra problem (ViV)*
- *Mycket prestige finns när det gäller arbetsformer, alla ska göra om samma fel (B)*
- *Professionen kan inte få fortsätta att diktera villkoren hela tiden själv (A)*
- *Vi vill ha en dialog inte få saker ”tryckt ut” från den nationella nivån (Vå)*
- *Det finns ledningsstrukturer som vill ha väntetider och de bejakas av nuvarande incitament (A)*
- *Vi får högre ersättning för återbesök trots att man vill prioritera ner dem (Vå)*
- *Vi har ett förtroendeproblem mellan politiken och professionen som omöjliggör denna typ av information (B)*

- *De förväntade väntetiderna stämmer inte utan är bara ett sätt för vissa kliniker att marknadsföra sig (A)*
- *Man ser inte nyttan av detta ute på klinikerna (Vå)*
- *Hos oss rapporterar rapportörerna en sak och klinikchefen något annat (ViV)*
- *Våra rapporter är slentrianmässiga, utan kontroll och min chef frågar aldrig efter dem (Vå)*
- *Med läkarnas starkt naturvetenskapliga skolning så slår de genast ner på mätmetoder och databasens funktionalitet men diskuterar inte mål, syfte och utvecklingsmöjligheter (A)*
- *Det behövs ett tydligare stöd från huvudmännen för överenskommelser de faktiskt har gjort (B)*

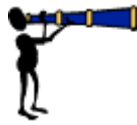
En mera jämlig vård genom en oberoende granskning

I grupperna återkom ofta behovet av en nationell uppföljning och en lätt tillgänglig, samlad information kring hälso- och sjukvårdens utbud, kvalitet och resultat. Resultat som kan kopplas till fungerande incitament för effektivitets- och kvalitetsförbättringar.

Informationen bör sammanställas och kommuniceras av en fristående enhet med inriktningen att skapa öppna kvalitetsredovisningar. Andra länders begynnande arbete med detta tas som exempel.¹⁴ Kommunikationen av denna typ av uppföljningar bör även fortsättningsvis i första hand ske via Internet, dock med en tydlig koppling till övrig hälso- och sjukvårdsinformation och kvalitetsredovisning. Begreppet ”Vårdportal” eller liknelser med Telefonbanken och Text-TV förekom ofta i diskussionerna. En patient uttryckte att ”det är svårt nog att hitta rätt i sjukvårdsdjungeln och sen får vi höra att vi sökt på *fel* nivå...”!

Denna information behövs för medborgare, patienter och närstående som själv vill ta aktiv del i sin vårdplanering och är en nödvändig konsumentupplysning om begrepp såsom valfrihet, vårdkvalitet och vårdgarantier ska bli trovärdiga. Den behövs även för politiker och administratörer som underlag för planering, benchmarking (jämförelser) och förbättringsarbete. Dessutom, och kanske det viktigaste uttrycks ett behov av ett samlat, väl fungerande informations- och beslutsstöd för vårdens yrkesgrupper, patient- och medborgarinformationscentraler och sjukvårdsupplysningen, som kan användas i den direkta, första kontakten mellan vårdgivare och patient.

¹⁴ Ex: Commission for Health Audit and Inspection, www.chi.nhs.uk
 Sosial- og helsedirektoratet www.shdir.no, Nasjonale kvalitetsindikatorer



- *Ställ frågan: Vad behöver vi för information för att stärka patientens ställning i vården? (B)*
- *Vissa har ju inga köer, varför fungerar det där?(P)*
- *Jämställd vård är viktig men det kräver uppföljningar och mätningar (B).*
- *Vi måste jobba med tillgänglighetsmål och tydliga incitament (A)*
- *Dags att öppna alla register inom hälso- och sjukvården. Dags att synliggöra och visa en samlad information om hela vårt åtagande (A)*
- *Idag koordinerar läkarna själv de olika momenten, om patienterna hade haft tillgång till mera information så skulle detta möjliggöra en bättre delaktighet i besluten (P)*
- *Varje mottagning i en stadsdel borde kunna visa på webben hur lång väntetid de har till sin akutmottagning (P)*
- *Vårdpersonalen upplyser inte patienterna om att det finns ställen med kortare väntetid. Jag ringde och frågade sjukvårdsupplysningen (P)*
- *Jobba undan köerna ja, men vad blir det för utfall, hälsovinst, det vet vi inte något om (B)*
- *Vi måste våga skapa och visa "centres of excellence". Det gör man nu i andra länder (B)*
- *Dags för oss finansörer att få veta vad patienterna tycker i varje årsredovisning (B)*
- *Vem ska mäta, är vi mogna att skapa en utomstående myndighet?(A)*
- *Vi samlar kunskap och sen går vi en runda till. Dags för snabbt och mera militant agerande från ledningen (B).*
- *En oberoende kvalitetsgranskning av sjukvården måste utvecklas. Vi vill veta hur våra skattepengar användes (P)*
- *Hur länge ska Kvalitetsregistren vara läkarnas egen lilla lekstuga?(B)*
- *Kraven från medborgarna på en " success-rate" ökar, man lämnar inte längre ut sin kropp åt vad som helst (A)*
- *Öppna upp och mät – "troll spricker i solen" (B)*

Källor och referenser

Kvale S. Interviews. An Introduction to Qualitative Research Interviewing, Thousand Oaks, Sage. 1996.

Landstingsförbundet. Att vänta på vård. En analys av tillgängligheten i svensk hälso- och sjukvård. Stockholm 2003.

Landstingsförbundet. Nationell kartläggning av MRT-undersökning – resurser, verksamhet och väntetider. Stockholm 2003.

Landstingsförbundet. Tillgänglighet en arbetsmiljöfråga? En studie om hur ett förändringsarbete kan påverka arbetsmiljön. Stockholm 2003.

Landstingsförbundet. Väntelistor. Gemensamma rutiner. Stockholm 2002.

Landstingsförbundet. Väntetid till operation. Enkät till tre patientgrupper inom ortopedi. Stockholm 2003.

Landstingsförbundet. Verksamhetsföreträdares syn punkter på ”Väntetider i Vården”. Roland A; Olson U-J; Ernst & Young AB. 2002.

Landstingsförbundet. Rapportören i centrum. Kvalitetssäkringsmönster och principer för rapportering av väntetidsdata. Elg M; Persson B. Linköpings Tekniska Högskola 2003.

Landstingsförbundet. Delrapport – arbetsmaterial från delprojektet – metoder för kvalitetssäkring av väntelistor. Malmborg E. Stockholm 2003.

Landstinget i Gävleborg. Enkät. För inventering av möjlighet att utveckla rapporteringen av ViV i Landstinget Gävleborg. Kontaktperson Eva Strid, Landstingets kansli. 2003.

Löfvendahl S; Hellberg S; Hanning M. Hur tolkades remissen? Läkartidningen, Nr 17, 2002, Vol.99.

Nordgren L. Från patient till kund. Intåget av marknadstänkande i sjukvården och förskjutningen av patientens position. Avhandling. Lund. Inst. of Economic Research. 2003.

Socialstyrelsen. Hälso- och sjukvårdsrapport 2001.

Socialstyrelsen. Hälso- och sjukvård. Lägesrapport 2003.

Västra Götalandsregionen. I väntans tider. En utvärdering av Västra Götalandsregionens kökansli. Kastberg G; Siverbo S. Kommunforskning i Västsverige, U-rapport 68. 2003.

Wibeck V. Fokusgrupper. Om fokuserade gruppintervjuer som undersökningsmetod. Studentlitteratur. Lund 2000.

Länkar

Carelink. Svenskt nätverk för kommunikation i vården: www.carelink.se

Commission for Health Audit and Inspection,,: www.chi.nhs.uk

Flödesmodellen: www.vantetider

HSO Skåne. Handikapporganisationernas Samarbetsorgan: www.skane.hso.se

Hälso- och sjukvård. Lägesrapport 2003. Socialstyrelsen. www.sos.se

Info-Medica. Information om hälso- och sjukvård från Sveriges landsting och Apoteket: www.infomedica.se

InfoVU/Socialstyrelsen - ett projekt för tillförlitlig, användbar och lättillgänglig information om vård och omsorg: www.sos.se/Hs/storproj/inf.htm

Kökansliet. Västra Götalandsregionen: <http://www.vgregion.se/behandlingsgaranti/>

Väntetider i vården: www.vantetider.se

Vårdbarometern: www.lf.se

Qulturum. Landstinget i Jönköpings län: www.qulturum.com

SBU. Statens beredning för medicinsk utvärdering: www.sbu.se

Sosial- og helsedirektoratet: www.shdir.no, Nasjonale kvalitetsindikatorer

Bilaga 1. Intervjudeltagare

Deltagare till individuella intervjuer och gruppintervjuer har rekryterats från följande intressenter, organisationer och/eller projekt:

- Avdelningen för hälso- och sjukvårdens utveckling/ Landstingsförbundet
- Arbetsgrupp för tillgänglighet/Västra Götalandsregionen
- Beställarkontor/ Stockholms Läns Landsting
- Carelink - Svenskt nätverk för kommunikation i vården
- Info-Medica – Information om hälso- och sjukvård från Sveriges landsting och Apoteket
- Informationsdirektörer/ landsting och regioner
- InfoVU-projektet/Socialstyrelsen
- Kanslicheferna för samverkansnämnderna/Landstingsförbundet
- Kökansliet – hjälp till vårdgivare med kortare väntetider / Västra Götalandsregionen
- Landstingsdirektörer. Gruppen för ”Kraftsamlingsområdet Ledning och styrning”
- Landstingsråd och Hälso- och sjukvårdsnämnd/ Västerbottens läns landsting & Region Skåne
- Media, sjukvårdsjournalist
- Projekt ”Flödesmodellen”/ lokal arbetsgrupp
- Patientförening/ HSO Skåne (Handikapporganisationernas Samarbetsorgan)
- Patientgrupper. Region Skåne.
- Patientinformatör, Informationshuset, Universitetssjukhuset MAS
- Projekt Väntetider i vården, expertgrupp, nätverk, rapportörer och samordnare
- SBU - Statens beredning för medicinsk utvärdering
- Sjukvårdsupplysningen/Region Skåne
- Socialdepartementet
- Qulturum/ Landstinget i Jönköpings län
- Vårdgivare från Primärvård/Universitetssjukhus/Privat Närsjukhus och Specialistklinik

Bilaga 2: Urval av belysande citat

Patient- befolkningsperspektiv

Beställarkontor, Hälso- och sjukvårdsnämnd, Kökansli, Landstingsråd, Media, Patienter, Patientnämnd, Sjukvårdsupplysning, Socialdepartementet

- *Värdet av utfallet förutsätter ju kännedom om landstingens mål för tillgängligheten*
- *Det är en väldig obalans i väntetiderna nationellt*
- *Väntelistorna är inte enhetliga, de kan fortfarande innehålla avlidna patienter*
- *Primärvårdsmätningar är svåra...de som behöver komma till får ju tider akut*
- *De olika lokala vårdgarantierna gör att det ser olika ut i landet och det blir svårt att jämföra*
- *Vi har en dålig bild av de faktiska väntetiderna men den går att få fram, det är bara att bestämma sig för det*
- *Vi har sex landsting här i Stockholm och alla mäter på sitt sätt men nu har politikerna fokus på att de ska mäta på samma sätt*
- *Mätningar av väntetider leder till en dialog och även omprioritering hos våra vårdgivare. Vi har en bra kommunikation och man vill inte ligga sämst på listan.*
- *I Stockholm följer vi vår egen uppföljning av väntetiderna och vi har ju i stort sett inga problem med vårdgarantin*
- *Enstaka väntetider finns inom ortopedin och inom vissa områden, kranskärl t.ex. har vi nästan för hög kapacitet*
- *Primärvårdens tillgänglighet måste förbättras*
- *När våra politiker satsade pengar på en kö så visade det sig att kön försvann och pengarna behövde inte användas*
- *Politikerna är idag mest intresserade av telefontillgängligheten i primärvården*
- *Jämlig vård har blivit viktigt idag, tidigare fick tusen blommor blomma*
- *Vi har störst problem med att patienterna går till som vi tycker fel vårdnivå och det blir dyrt*
- *Det är svårt att nå Primärvården i Stockholm men det finns en specialist runt varje hörn*
- *Det är stor skillnad i landet. När jag jobbade i Västra Götaland hade vi långa köer och fick mycket klagomål från befolkningen*
- *Väntetider måste kopplas ihop med andra mått, andra indikatorer men går det att mäta?*
- *Vårdkonsumenten måste ha tillgång till väntetiderna men på den lokala hemsidan. Nationellt blir det för tungrott.*
- *Landstingsförbundets roll är inte att kommunicera med befolkningen utan vara ett stöd för tjänstemännen och politikerna*
- *Vi använder både egna mätningar och den nationella listan i vår dialog. Dialogen är viktigare än själva siffrorna i sig.*
- *Databasen kan vara ett stöd i en framtidsplanering. För att följa om vi har en jämlig vård och vad man ska göra åt det.*
- *Tredje tillgängliga tid kan vara svårt att mäta om man har listning med öppna mottagningar*
- *Politikerna fokuserar första kontakten, har tilltro till att systemet hanterar de individuella fallen klokt och med en snävare behandlingsgaranti med en sträng kontroll så...*
- *Vi följer ju även annan tillgänglighet också...akutmottagningarnas prioriteringar, bröstcancerpatienternas vårdförlopp osv...*
- *Vi släpper vårdgarantin och bedömningar av denna statistik nu under nästa år för att istället arbeta intensivt med kvalitetsprocessmått, medicinska indikatorer etc..*
- *Vårdbarometern är ett bra instrument där vi måste gå vidare och bearbeta resultaten för analys annars kan vi inte göra jämförelser och det är synd*

- ... där de här i Stockholm står och väntar på en remiss medan man uppe i Jämtland får vänta ett halvår, vilket jag tittade på för ett tag sedan. Då är det ju viktigt att se på hela landet för att se obalansen i hur "jämlig vård" bedrivs..
- Oron att grundsjukdomen ska försämrans och att inte få hjälp och kontakt med min etablerade specialist är stor hos oss patienter när man diskuterar primärvård, väntelistor mm.
- Väntetidsdatabasen används nog sällan av våra medlemmar
- Köer finns för att systemet inte kan hantera våra behov
- Patienter är olika och har olika behov av delaktighet
- Ett system måste byggas upp och skötas av dem som ska använda det
- Bygger du upp en databas som inte sköts eller saboteras av vissa grupper så är hela vitsen förstörd.
- Vi patienter vill ha lätt tillgänglig information när vi behöver det
- Korta väntetider är kortare leveranstid och betyder bättre konkurrens och det vill vi mäta.
- Det är positivt för oss att man mäter.
- Bra vård måste beskrivas med flera dimensioner såsom väntetider, medicinsk kompetens, bemötandekompetens, fysisk tillgänglighet, kostnader, skador
- Varje mottagning i olika stadsdelar bör visa på webben hur lång kö det är till deras akutmottagning just nu så att jag kan se det vid behov
- Våra medlemmar är bitvis storkonsumenter av vård och har ofta flera sjukdomar.
- Patienter med kroniska sjukdomar och/eller funktionshinder kan behöva snabb "åtkomst" till vården för en envis förkylning för att inte grundsjukdomen ska påverkas negativt.
- Funktionshindrade och kroniskt sjuka passar sällan in i standardmallar
- Det finns oro för att funktionshindrade blir lägre prioriterade
- Idag koordinerar läkarna själv de olika momenten, om patienterna hade haft tillgång till mera information så skulle detta möjliggöra en bättre delaktighet i besluten.
- För oss som behöver olika behandlingar och olika hjälpmedel behöver vi kunskap om olika väntetider för att kunna bestämma oss för om vi vill resa dit det kan gå snabbare.
- Databaser och den personliga integriteten är en dimension som vi funktionshindrade vill diskutera, inte bromsa men förklara vår oro
- Direkt kommunikation med vårdcentralen/läkaren via mejl hade varit bra
- Varför inte mindre formell kontakt med läkaren via mobilen?
- Våra grupper skulle vara intresserade att följa upp om kroniskt sjuka eller funktionshindrade särbehandlas i köerna
- Uppföljning av vården och prioriteringsdiskussioner är viktigt, men samtidigt svår och oroande, bra om detta projekt arbetade även med detta
- Listorna stämmer inte på hemsidan och vi har inte tillgång till köerna inom primärvården så vi har ingen tilltro till databasen.
- Klinikerna tappade sugen redan från början på ViV, hur man räknade och till vilken nytta detta var
- Ex: En klinik i Lund har 96 veckors väntan? Doktorn har ändå inte berättat att det kan gå snabbare någon annanstans....
- När patienten ringer till sjukhuset så stämmer inte tiderna även om de är nyss uppdaterade! Vi måste gardera oss när patienten frågar.
- Patienter kan sätta upp sig på en massa väntelistor på olika sjukhus....?
- Vissa operationer finns inte i databasen och vårdutbudet syns inte, man får ringa runt och kolla
- Rapporteringen till ViV har förbättrats med hjälp och stöd från samordnarna i landstinget
- Doktorn måste berätta för patienten hur de prioriterar så att de förstår att de inte ska behöva ringa och fråga oss på Sjukvårdsupplysningen.
- Läkarna ringer ibland till oss och frågar om databasen och det är ju bra
- Läns- eller regiongemensamma listor behövs
- Folk har börjat fråga efter om klinikerna är duktiga där och där...

- *Våra patienter blir så nöjda när vi har kunnat hjälpa dom vidare*
- *Var finns vilket utbud? Vi ser klinikerna men inte vad de gör. Spaltas upp på annat sätt på hemsidan utifrån utbudet, inte bara som nu bara veckorna för väntetid*
- *Patienten accepterar ganska lång väntetid på sitt hemsjukhus*
- *Sjukhusen har börjat hänvisa till oss i brev till patienterna när de skriver till patienten om att deras väntetider har ökat. Patienten ringer till oss, uppger sitt personnummer och undrar när och var de ska behandlas. Man skyfflar iväg patienterna och tar inte ansvar för dem!*
- *Sjukvårdsupplysningen är i behov av bra kontakter med vårdgivarna, vi har alldeles för få kontakter, ofta tagna på eget initiativ och det försvårar för patienterna och för oss*
- *Det är vilseledande också om man har valt X-kliniken som har kort väntetid till specialist, men sen inte har möjlighet att behandla mig. Det blir två köer och ännu längre väntan.*
- *Det finns ingen samlad patientinformation och ingen instans som kan hjälpa till att "tolka" den*
- *Patienterna, särskilt de äldre, vill fortfarande bli behandlad "hemma" och inte resa så mycket*
- *Bra att mäta för att få igång förbättringar*
- *En karta och kompass behövs för att hitta i "sjukvårdsdjungeln"*
- *Befolkningen vill idag veta vart pengarna går, redovisa vad ni gör för pengarna säger de och det är en bra trend*
- *Hemsidan är bra och har mycket information, men det tar en stund och lära sig att förstå den*
- *Doktorn ska upplysa om eller se till att någon annan på kliniken gör det*
- *I alla brev till patienterna bör hemsidan till Väntetider i Vården nämnas*
- *Jobba undan köerna ja, det är ju viktigt, men vad blir det för utfall, resultat av behandlingarna? Det vet vi inget om!*
- *Köer och väntetider är faktiskt inte självklara begrepp som måste finnas*
- *Vi vet att de kliniker som skriker högt får mest*
- *Det finns många bevis på att väntelistor inte revideras medvetet*
- *Patienter sätts upp på väntelistor för säkerhets skull, kriterier måste finnas!*
- *Varför lär man inte mera av varandra? Varför ska detta utvecklingsarbete ta så lång tid?*
- *Administration av köer tar tid från personalen och skapar en dålig arbetsmiljö*
- *Att mäta väntetider är ett sätt att tvinga folk inom vården till att arbeta med kvalitetsfrågor*
- *Väntetider ska presenteras men parallellt med kvalitetsresultat*
- *Bättre att bestämma själv när jag behöver komma, inte vänta tills det passar doktorn*
- *Vi måste ha en sjukvård med organisationer som fungerar och inte automatiskt ge mer pengar till dem som har köer*
- *Syftet med mätningarna är patientmakt och patientens ställning i vården*
- *Jag har velat ta beslut om deltagande i alla kvalitetsregister, men fick inga sådana förslag från tjänstemännen på fyra år för att inte läkarna kunde tala sig samman!*
- *Gemensamma kriterier för vård är oerhört viktigt*
- *Diskussionerna kring prioriteringar i Östergötland är viktiga*
- *Gemensamma indikationer är ett måste men inte så lätt*
- *Vissa har ju inga köer – varför fungerar det där?*
- *Behövs alla återbesök?*
- *Mycket prestige när det gäller arbetsformer – alla ska göra om samma fel!*
- *Läkare behöver ibland vara patienter för att förstå*
- *Långsiktig planering inom specialistvården måste finnas*
- *Medicinska kriterier ligger bakom alla återbesöknja.....! Skratt....mja...*
- *Tandläkaren kan möta mig med sin agenda – varför kan inte Vårdcentralen.*
- *Läkaren bestämmer och kan du inte då så...*
- *Det krävs en helt annan mental inställning hos professionen*
- *Vi måste ställa krav på och redovisa kvaliteten offentligt*
- *Var börjar kön? Det vet vi inte!*
- *Inre väntetider – flöden är viktiga!*
- *Väntande äldre patienter går inte att jämföra med yngre.*
- *Kanske som när man ringer till telefonbanken, enklare än att ta sig in på datorn*

- *Två års väntan när man är 92 år....t.ex. Kan inte vara lika för alla. Måste individualiseras!*
- *Incitamentstrukturen är fel. Även den nationella taxan prioriterar att alla patienter måste in om till läkaren även om det var en uppgift för sjukgymnasten*
- *Skilj på akut och elektiv vård för att förbättra genomströmningen*
- *Ett långsiktigt kvalitetsarbete ger resultat.*
- *Flerdimensionell uppföljning behövs för att se helheten*
- *Vi måste ta reda på varför köer uppstår t.ex. med hjälp av Flödesmodellen, det får inte bara rulla på så här..troll spricker i solen....och man måste göra någonting!*
- *Vem ska mäta? Finansiären borde ha en myndighet, men är vi mogna, vet ej?*
- *Låt projektet pågå några år till, låt utvecklingen fortsätta*
- *Rensa i köerna*
- *Skapa "centres of excellence", visa upp dem som kan!*
- *Ortopedin är föredömen, de har jobbat med sina kvalitetsparametrar.*
- *I Spanien är man tuffare – finansiären vill veta vad patienterna tycker i varje årsredovisning och det publiceras*
- *Oberoende kvalitetsgranskning av sjukvården bör utvecklas*
- *Vi granskar privatvården mer än oss själva*
- *Den förväntade väntetiden skapar mkt negativ debatt*
- *De äldre har inte denna chans till info när det ligger på Internet*
- *Man väntar och väntar och tror att man var prioriterad, men man sätts upp på väntelista utan att man säger öppet till patienten att det inte är aktuellt nu utan att man får återkomma senare om smärtan blir värre eller....*
- *Blandningen av akut och planerad omöjliggör planering. Omstrukturering av vården behövs.*
- *Landstingsförbundet har annat att syssla med än driften av en databas*
- *90-percentilen i mätningarna säger mkt mer om hur många som behandlats än den förväntade, även för patienter som söker. Förtydliga detta!*
- *Fria vårdvalet kräver denna information/konsumentupplysning från de olika sjukhusen*
- *Databasen är bra och kan användas som bakgrund för politisk planering och verksamhetsplanen*
- *Jag vill veta när...när remissen har gått iväg på det som ska göras med mig, inte den "längsta väntetiden"..*
- *Bygg in detta i nåt medicinskt kvalitetssystem*
- *Kan Info Medica kanske "förmedla" detta, dock ej utvecklingen*
- *Vad trodde vi att vi skulle vinna på att mäta väntetiderna, vem skulle vinna, jag tror inte patienterna har vunnit så mycket på det, utan administrationen har vunnit på det genom att jämföra och ett subresultat kan vara att det har skapat utveckling*
- *Från början var det väldigt förvirrande vad man skulle mäta men det har blivit bättre*
- *En sporre kan vara att patienterna söker någon annanstans och tar pengarna med sig men är det bra för patientnyttan, lång resa, långt till anhöriga....vore det inte bättre att lägga resurserna på att alla landsting kan göra något åt sina väntetider*
- *Fria vårdvalet är orättvist över landet även om vi ju har valt att bo här i Norrland. Sjukvård på lika villkor är det inte!*
- *Doktorerna skulle bli mer tilltalade om detta byggdes in i ett kvalitetssystem som de jobbade med*
- *Vårdbarometern har vi stor tillit till men vi använder inte resultaten till analys*
- *Vad säger allmänheten egentligen om detta? Svårt för mig som politiker att kommunicera dessa väntetider på ett bra sätt!*
- *Vi använder oss inte av proffsig kommunikation inom vården, inte heller i detta projekt*
- *Vår statliga TV borde informera mer konkret om sjukvården, kanske på text TV, Anslagstavlan el. dyl.*
- *Jag vill som politiker veta "hur många har fått vård inom 3 månader" men om de sen är de rätt bedömda? Det vet jag inte! Vi måste se över hur remisserna och de medicinska indikatorerna ser ut.*
- *Varför ska Kvalitetsregistren vara doktorernas egna "lilla lekstuga"?*
- *Vi kanske ska ha en fristående enhet som samlar in all data som både politiker eller patienter behöver söka*

- Kanske lägga denna info på en "medborgarterminal" eller på Apoteket eller i väntrummet på sjukhuset. Lätt tillgängligt!
- Gemensam schemaläggning för all personal inkl. läkarna och med längre framförhållning
- När jag talar med patienterna på telefon så förstår jag inte utifrån deras berättelser varför de inte är prioriterade, så jag säger åt dom att gå tillbaka till doktorn och fråga
- Informationen på webbsidan är intressant för media, viss benchmarking för klinikerna, men inte så mkt för en enskild patient. Möjligen de resursstarka.
- När man får ett medicinskt problem så ska man få besked om när man får behandling och att det är inom rimlig tid
- Detta är ju bara ett försteg till den slutliga målsättningen: Information om den individuella väntetiden, ett försteg för att visa på problemen hos dem som har långa väntetider
- Sjukvårdens flöden måste förbättras generellt
- Väntetidsdatabasen är ju inget direkt beslutsstöd idag för läkaren men kunde utvecklas till ett sådant
- Väntetider är det som medborgarna tar upp som ett problem och det man mäter det gör man något åt. Det är därför viktigt att fortsätta med mätningarna.
- Ordning och reda inom sjukvården och tillgänglig info vart man kan hjälpa patienten behövs. Klara besked till patienterna på frågan "när ska jag behandlas"!
- Vården måste ta ett större ansvar i direktkontakten eller via ett kökansli dvs. säga "detta är vårt ansvar" inte kräva starka patienter.
- Läkaren behöver ett beslutstöd som möjliggör en direkt bokning "där och då" tillsammans med patienten!
- Att vården börjar fungera som ett normalt tjänsteföretag annars kan vi inte fortsätta ha ett offentligt åtagande för vården.
- Skapa en vård som är mera responsiv mot sin kund
- Projektets olika faser har visat att det finns en massa bakomliggande problem
- Steg 1: Påvisa problemområden. Klinikerna blir uppmärksamma på vad de gör, sina medicinska indikationer etc....Få igång förbättringar av flöden
- Steg 2. Ge tider direkt till patienten
- Den enskilde läkaren har ett ansvar för att stötta den enskilde patienten i detta. Den enskilde patienten ska inte själv behöva strida för detta eller deras anhöriga.
- Utveckla gränssnittet och beslutsstöd för att möjliggöra detta
- Väntetidsdatabasen visar inte vilka som har jobbat med sin tillgänglighet
- Efter 4-5 år har det faktiskt inte hänt mycket och någon utökad nationell garanti är landstingen inte redo för utan att få nya resurser...
- Vårdgivarnas oförmåga att ta till sig problemen så som övrig tjänstesektor och industrin är tvingade till, är ett problem
- Än så länge så förstår inte allmänheten att behandlingsresultat och kvalitet är olika
- Vi måste satsa på familjeläkaren som "guide" och sjukvårdsmäklare och inte bara skapa webbsidor för patienterna
- I budgettider är det dags att se efter vilka vårdproducenter som arbetar effektivt
- Inriktning att börja redovisa öppet inte bara väntetider utan andra resultat
- Se på det som händer i Storbritannien som arbetar med incitament kopplat till arbetsätt och förbättringar, mer öppen redovisning etc...
- Sjukvården måste anpassas sig till en ökad tjänsteservice
- Socialstyrelsen ska ju göra uppföljning av hur sjukvården fungerar men...
- Den planerade nationella sjukvårdsupplysningen ska även informera kring administrativa frågor och bli en samlad första kontaktpunkt
- Den framtida medborgaren kommer inte att acceptera att betala en hög skatt om inte vården lever upp till moderna krav, god tillgänglighet, bra kvalitet och på patientens villkor annars kommer parallella system att uppkomma.

- *Redan nu kan en aktiv patient sticka ut i Europa och besöka en specialist och skicka in räkningen till landstingen. Finns inga krav på förhandsprövningar som inom Sverige enligt rekommendationen om fritt vårdval.*
- *Den offentliga sjukvården får inte halka efter då är det kört. De måste ta sig an denna utmaning!*
- *Går man för fort fram med en öppen kvalitetsredovisningen så kan det kanske skapa en bild av att kvaliteten har blivit sämre ?*
- *Inte olika system och mätningar landsting för landsting, vi är så små.. Det behövs ett nationellt samarbete för detta*
- *En styrka som Sverige har är kvalitetsregistren som vi ska vara rädd om, så att den kan understödja professionens förbättringsarbete.*
- *Är förbättringskulturen starkare inom Kvalitetsregistren för att professionen äger dem själv och att de inte behöver "tävla"?*
- *Ygg beslutsstödssystem för vården så att familjeläkaren har koll på och kan vara hälso- och sjukvårdsmäklare och denna utveckling går alldeles för långsam. Det är fortfarande bara i 43 % och det är oacceptabelt. Istället bygger vi upp urvattnade informationssystem för patienter och medborgare!*

Administrativt perspektiv

Avd. för verksamhetsutveckling, Carelink, Informationsdirektörer, InfoMedica, Landstingsdirektörsgrupp, Qulturum, Samverkansnämndsgruppen, SBU, Socialstyrelsen/InfoVU, Vårdbarometern

- *Icke standardiserade väntelistor är problemet*
- *Kommunernas vård bör vara med så att hela vårdkedjan syns. Väntetider till särskilt boende, rehabilitering...*
- *Samverka mera med Sjunet, SIS och Carelink för att utveckla standardisering och plattform för infrastruktur*
- *Samordna väntetiderna med översynen av Kvalitetsregistren*
- *Incitament på alla nivåer*
- *Projektet behöver en proaktiv kommunikationsplan*
- *Sprida hemsidan aktivt – samverkan med patientföreningar, massmedia...*
- *Datainsamling regionalt med möjlighet till nationell aggregering*
- *Projektet har för mycket administratörsperspektiv*
- *Olika landsting tycker olika och följsamheten till överenskommelsen är dålig*
- *Skepsis mot statistik finns hos många*
- *Vad ska patienten göra när han/hon ser de här siffrorna?*
- *Projektet är en satellit för sig själv*
- *För mkt strävan efter aggregering idag*
- *Positiv info "var det inte värre väntetider"*
- *Klargöra syftet med mätningarna tydligt*
- *Validera resultaten kontinuerligt*
- *Integrerad i annan information, fler dimensioner*
- *Ärlig och öppen presentation och kommunikation av vården*
- *Bra sökfunktion på webbsidan*
- *Inför högst "3-klick- på- musen-regeln" på hemsidan. Tar för lång tid idag.*
- *Info Medica är en möjlighet!*
- *Vi har dålig pejl på våra resultat inom vården*
- *Många saker inom vården bör mätas men man bör mäta samma sak.*
- *Man måste kunna visa sina väntetider och ha koll på vad som händer i vården*
- *Även om detta inte är det perfekta sättet att mäta så måste man mäta.*
- *Vi har tyvärr ett bristande ledarskap för denna utveckling*
- *Vi måste svänga synsätt från att redovisa prestationer till att redovisa resultat*
- *Väntetiderna inom systemet är väl så viktiga att mäta, det kan t.ex. vara horribla väntetider till röntgen.*
- *Vi måste kunna samordna våra system, mäta liknande saker på samma sätt.*
- *Det är vägen till resultat som är viktig från ax till limpa.*
- *Vårdens resultat ska vara öppna ända ner till kliniknivå, men det är viktigt att man mäter samma saker och har bra administrativa stödsystem*
- *Vi talar om patienten i centrum men har gjort väldigt lite för detta*
- *Kan man ställa om vården att se sig själv som ett serviceorgan då blir det läge att slipa de interna processerna*
- *Internationellt så har man kommit mycket längre med detta tänkande och det är självklart med s.k. "performance indicators"*
- *Patienterna måste kunna välja kortare väntetider om de finns.*
- *Ett tjänsteföretag som vården är måste ha intresse av att visa vad de gör.*
- *Det är helheten som är viktig inte delarna men man måste börja någon stans*
- *Våra verksamhetsberättelser är ju vertikala, men ett patient- eller kundperspektiv är horisontellt*
- *Antalet EKG eller allmän väntetid till EKG är ointressant men tiden från det du har fått smärta, får ett EKG taget och få trombolys är det viktiga*
- *Vi bör göra en halvhalt i studerandet av våra "industriprocesser" och fokusera mera på den tjänsteberoende delen av sjukvården*
- *En väntelista är något man har för att det är bra för en*
- *För vårdens styrfunktioner så måste man ha bättre koll på vad som händer*
- *När man från andra samhällsgrenars administration ser på vården så blir man ganska fundersam och talar ofta förbi varandra. Man har olika synsätt på service.*
- *Resultaten från databasen måste kommuniceras så att man kan "leka" med dem*
- *Webbsidan "Hur mår Sverige" är en bra förebild*

- Alla mätningar måste kopplas till behov dvs. är det de som har störst behov som kommer till vården?
- När man mäter väntetider så förändras de men om det innebär att man knuffar undan de högprioriterade grupperna så är det värdelöst
- Frågan om vilka behovsgrupper vi har och hur vi ska prioritera måste lösas. Vi kan inte ägna oss åt att korta väntetiderna för "tjafs"
- Uppföljning ska vara till stöd både för huvudmännen men även för vårdens brukare
- Vi måste mäta hela kedjan, även kommunens vård och omsorg
- Webbsidorna måste vara användarvänliga, utan att vara snuttifierade och förenklade
- Projektet måste tydligt definiera vad som ska mätas och ta bort allt dubbelarbete
- Mätningarna måste kopplas till resultat och till behov
- Kvalitetssystemen måste "parkeras" någonstans och förutsättningar ges för verksamhetsuppföljning
- Verksamhetsuppföljning ska börja med kontaktorsak, gå vidare över diagnos, vad som händer, åtgärd samt resultat kopplat till kvalitet.
- Kvalitet innebär medicinsk kvalitet (resultat)– patientrelaterad kvalitet (funktion) samt patientens uppfattning om bemötande. Alla är lika viktiga.
- Vi behöver en basstruktur, en prototyp för gemensam information för vård och omsorg.
- InfoVU ska rapportera denna prototyp för information och verksamhetsuppföljning samt en webblösning för vården där all information kan finnas samlad.
- InfoVU ska även leverera en dokumentation och en struktur som visar hela vårdförloppet, dess kvalitet och vad det kostar.
- Vi ska ha en behovsstyrd vård och det innebär öppna prioriteringar.
- Kraven måste ställas ur ett patientperspektiv vilket innebär en omställning alla ser inte sammanhangen och/eller uppmuntras inte till det.
- Uppföljning av kvalitet och resultat bör parkeras i något fristående, men man måste vara tydlig med vad man vill ha.
- Ytterst handlar det om att stärka individens ställning och att förbättra vården och styra den
- Webbsidorna måste vara användarvänliga utan att vara snuttifierade och förenklade
- När vården beställs av någon, ges till någon och konsumeras av någon, betalas av någon och levereras av en tredje så blir det ju ganska svårt att skapa modeller för rimlig efterfrågan.
- Det finns en massa nys, fusk och manipulation i väntelistorna och de har missbrukats som instrument
- Ska man mäta så måste man vara väldigt noga med vad man mäter för det är så himla lätt att fuska med det där
- Väntetider i vården innehåller ju en hel del Prio 2 och 3-patienter – men det är patienter som kan försämrats av att vänta
- Vårdgarantin – vaddå garanti – får man skadestånd?
- Vårdgarantin står ibland i motsats till Prioriteringsordningen
- En poäng med att mäta väntetiderna kan vara att få ett mått på logistiken i landstingen
- Man ska mäta från ax till limpa, från beslut tills det är gjort, och då finns det ju många stationer på vägen där det kan bli "strultider"
- Väntetiderna ska kommuniceras öppet, inget hysch och en hemsida är bra att hänvisa till
- Det finns ingen poäng med att sätta patienter på en väntelista om man inte tror att åkomman ska gå över av sig själv eller att patienten kommer att dö...
- Det finns säkra data som visar att patienter blir sämre av att vänta kommer in i onda cirklar och rehabiliteringsmöjligheterna försämrats
- Har man långa väntetider så kan det vara så att man inte har vågat tala om vilka ambitioner man har i förhållande till resurserna. Man har inte gjort ordentliga prioriteringar.
- Väntetider är ett kvalitetsmått.
- För korta väntetider betyder att man har en överkapacitet och för långa innebär att man först måste se över om indikationerna är rätt
- Man skulle ha Flödesmodellen för alla tider och alla patienter för att identifiera "strultider".

- "Strultider" försämrar dessutom läkningsprocessen och förlänger rehabiliteringstiden
- Att ha väntelistor, utan att följa upp att de med störst behov får tillgång till vården, kan göra skada. Detta måste balanseras hela tiden annars gör väntelistorna mer skada.
- InfoVU projektet ska ju ta fram modeller för en verksamhetsuppföljning där fördröjningar av vård är ett mått på hur bra man har riggat sin vård
- Väntetider är en pusselbit som måste sättas i relation till andra mått i ett kvalitetssystem
- Carelink har en nyckelroll i att sy ihop IT-systemen så att de stödjer varandra
- Uppföljning är ju ett hot så väl för professionen, administratörerna som för politikerna. Plötsligt ska man visa upp vad man gör
- Väntetider i Vården-projektet får inte bli en isolerad grej
- Detta projekt får inte ligga i en egen "liten låda" utan vi måste få alla dessa cirklar att gå ihop. Det är ett Genombrottsprojekt i sig.
- Vårdinformationen till patienterna är alltför splittrad och svår att hitta
- Många prioriterar idag tillgängligheten framför vård till dem som har störst behov och då är man illa ute.
- Det gäller bara att tjata på ..!
- Vi måste använda mått som redan finns, vi borde kunna ha se patienten genom en "streckkod" och följa dess väg genom vården
- Att rensa bland indikationsställningarna är jätteviktigt!
- Vi vill detta på info-sidan men har dåligt stöd från sjukhus- och landstingsledningen
- Väntetider får inte bara visas för oprioriterade patienter
- Mätning kräver rätt indikatorer och bra mått
- Vi har ett förtroendeproblem mellan politiken och professionen som omöjliggör denna typ av information
- Vilken annan organisation gör bara reklam för det sämsta? Nämligen sina väntetider!
- Dags att öppna upp alla register inom hälso- och sjukvården. Dags att synliggöra! Dags att visa en samlad information om hela vårt åtagande inom vården
- Vi måste även fokusera på det som görs, visa på andra typer av resultat
- Våra politiker tycker att det är svårt att tolka resultaten. Bra att sammanfatta lokalt, kommunicera och sedan har en dialog kring resultaten.
- Vi har idag ett dåligt stöd för detta tänkande från vår ledning. Vi försöker från infomationssidan men....nej "
- Professionen kan inte få fortsätta att diktera villkoren hela tiden själv
- Det finns två perspektiv som påverkar denna typ av mätningar, medborgarperspektivet och produktionsperspektivet
- Vi börjar nu att "nagga" inom vården på patientens ställning, valfriheten och garantierna
- Mätningarna bör kopplas ihop med annan patientinformation
- Jag vill börja med en metafor: När Du köper en bil så berättar man inte bara tankvolymen eller när Du får problem med den så säger man inte: Däckbyte kan ske inom 3 veckor, torkarblad däremot inom 5 veckor etc.....det måste finnas information om hela vårt åtagande inom vården.
- Fel fokus – väntetider – det betyder att du förväntas vänta inom vården!
- Mätningarna berör ju en förhållandevis liten del av vården
- Läkarnas schemaläggning med för kort framförhållning är ett stort problem!
- Det gamla anslagssystemet uppmanar till köer. Det måste bort.
- Ambitiöst projekt men begreppet "Väntetider" får fel signaleffekter = mer resurser
- Den onödigt negativa mediabilden kopplas alltid till de "förväntade väntetiderna"
- Vem ska använda denna information och till vad? Måste klargöras tydligt.
- Bra som en del i kvalitetsupplysning ur patientperspektivet för att ge möjlighet att välja, helt enkelt "shoppa runt"
- Det man mäter blir gjort och ger möjligheter till effektivisering
- Måste kopplas till ledning, styrning och incitament
- Väntetider måste kopplas med kvalitet
- Långsiktig planering utifrån patienternas behov måste utvecklas

- *Producenterna skall tillhandahålla denna information!*
- *Tandvården som föredömen – lägger helårsscheman*
- *Tillgänglighet är poängen*
- *Väntetider är ju fel parameter att välja på man ska ju välja på kvalitet*
- *Vi mäter något som vi inte vet vad vi ska använda det till*
- *Webben visar att alla har ungefär samma problem*
- *Nu ger vi vårdgarantipengar till producenterna – köerna kommer att försvinna*
- *Gammalt tänkande kvar i systemet. T.ex. författning att klinikchefen ansvarar för och ska prioritera på väntelistan.*
- *Den nationella rollen är inte att tala om för patienterna var dom ska söka utan skapa förutsättningar för en god hälso- och sjukvård*
- *Man bör följa vissa för nationen strategiska diagnoser inte alla...*
- *Något tillgänglighetsmått bör följas*
- *Norge har nu tagit fram och publicerat kvalitetsdata i form av 5-6 indikatorer/sjukhus*
- *Patienterna måste få veta när de ska få behandling inte bara att de är uppsatta på en lista*
- *Vi måste ha system för att ta hand om dem som inte vill vänta. Hos oss ringer de till vårt kansli så hjälper vi till.*
- *Svenska hälso- och sjukvården är ett slutet system, men nu kommer krav på transparens*
- *Inaktuella väntelistor*
- *Felaktig prioritering med ”gammaldags” väntelistetänkande*
- *Det måste vara ”faktiska väntetider” om jag ska kunna använda siffrorna ur ledningssynpunkt*
- *Valfriheten har ju lett till att kliniker kan tappa sina patienter. Det är ju ett incitament att jobba med sina köer.*
- *Patienterna idag använder webbsidan och letar runt, även äldre är numera aktiva*
- *Tredje tillgängliga tid verkar vara ett bra mått*
- *B och C-aktiviteterna har varit jättebra*
- *Producenterna måste visa sina resultat*
- *Behov av ”körensning” har ju uppkommit ur projektets aktiviteter*
- *Jämför med ändrad styrning av skolan – visa era resultat – kommunen skapar förutsättningar för att tillhandahålla den till medborgarna*
- *Människor klarar att välja*
- *Människor söker och vill ha information*
- *Idag har veckotidningarna ibland kvalitetsredovisningar kring sjukvården....*
- *Vi måste få verksamheten och patienterna att medverka i denna utveckling*
- *Väntetidsinfo och kvalitetsinfo får inte löpa i olika spår*
- *Beställarna använder sig av dessa källor i dialog med verksamheten*
- *Vår tandvård är föredömen på att studera sina resurser och ifrågasätta om patienttid ska användas för t.ex. möten och utbildningar. Skapar detta patientnytta?*
- *Vi måste komma ifrån ”rapporteringshysterin” och bygga system där man kan gå in och hämta det man behöver på t.ex. den nationella nivån*
- *Patientnämndens information bör användas mera systematiskt i kvalitetsarbetet*
- *Patientskaderegistret (LÖF) är ett annat viktigt kvalitetsregister kring våra olycksfall i arbetet*
- *Projektet kan inte bara tuffa på utan jobba vidare med prioriteringar, medicinska indikatorer...etc.*
- *Den nya synen på väntetider får inte konserveras av ett gammalt tänk inom projektet*
- *Projektet har försökt få en fullständig bild av väntetiderna men det blir för mycket*
- *ViV-projektet behöver ”frigöras” på något sätt*
- *Primärvårdsmätningarna har verkligen funnit sin form. Ett bra verktyg för vårdens utveckling.*
- *Hitta några få indikatorer*
- *Väntetidsdata måste föras ihop med andra kvalitetsdata*
- *Val kräver kvalitetsmått*
- *Flera kvalitetskällor såsom ViV, LÖF, Patientnämnderna visas tillsammans....*
- *Vårdgarantin tas bort hos oss för att få igång prioriteringsdiskussioner med läkarna*
- *Från valfrihet till en vårdgaranti med medicinska indikatorer som bygger på prioriteringsarbete*
- *Valfrihet utan att du kan smita före någon som bättre behöver vården*

- Vårdgarantin har blivit en klassfråga. Kan utnyttjas av dem som är informerade och aktiva
- Det finns resurser! Vi borde fokusera mera på att förbättra vår effektivitet och våga bestämma oss för vad vi ska finansiera med våra gemensamma resurser och vad folk själv ska betala för.
- Mål & syfte? Projektets resultat?
- Väntetider – ett gammalt begrepp – som ska bort. Bygg inte rutiner kring något som ska bort!
- Medborgar-perspektivet, var finns det i projektet?
- För mycket administration
- Vad ska mätningarna användas till?
- Siffrorna används inte till analys & förbättring
- Passiva siffror utan mål – man ser inte patienterna bakom
- Behoven för de kroniskt sjuka saknas
- Tillgänglighet som begrepp!
- Jobba med att förbättra tillgängligheten utifrån konkreta mål
- Bra på 90-talet men... satsa nu på förbättringsarbete.
- Se helheten och sätta mål.
- Incitament för uppnådda tillgänglighetsmål
- 3 T är ett bättre begrepp
- Ta reda på vad vill patienterna ha för information, ung, gammal
- Fler kvalitetsdimensioner
- Krav på faktiska väntetider
- Fel att bygga upp en administration för att förvalta något som inte ska finnas! Nämligen väntelistor.
- Göra rätt saker i vården, vad har detta lett till? Tveksamt!
- Det finns ledningsstrukturer som vill ha väntetider och bejakas av incitamentstrukturerna.
- Ett spel mellan den politiska strukturen och den professionella strukturen. De duktiga bejakas inte. Administratörerna är förlorarna.
- Förväntade väntetider = fredsavtal mellan politik och profession
- Krav på faktiska väntetider = makt för tjänstemannastrukturen
- Kopplas till övrig kunskap om resultat i vården
- Hela vårdkedjan - servicedimensionen – information om den lokala miljön
- Lf – jobba för våra framtida utmaningar istället – ökningen av andelen kroniskt sjuka.... osv.!
- Delaktighet! – decentralisera databasen?
- Jag tvivlar på om producenterna verkligen vill stärka patientens ställning
- Inga väntelistor behövs – tid ska ges direkt till alla patienter
- Väntelistorna innehåller en massa skit – ej uppdaterade
- Publiceras mera i media
- Viktigt instrument för valfriheten
- Väntetider måste sättas in i ett sammanhang
- Vi bör som ledning använda siffrorna lokalt
- Vi måste fortsätta med detta och validera och kvalitetssäkra data
- Har haft effekt på patientströmmarna
- Valfrihet utan databas för väntetider är ett tomt begrepp
- Öka patientfokus och koppla ihop med resultat och kvalitet – ett knippe med nyckeltal
- Ställ frågan – vad behöver vi för information för att stärka patientens ställning i vården!
- Valfrihet utan databas för väntetider är ett tomt begrepp
- Små sjukhus har blivit upptäckta
- Köer kan ge mera resurser och särbeställningar...
- Främst till för patienterna och allmänheten inte för politiken
- Riv inte ner detta som har byggts upp och lett till annan utveckling men vidareutveckla och förnya
- En nationell databas ska inte samla på allt
- Väntetider för kroniskt sjukas återbesök är fel – de är ju mottagningens kundgrupp som själv ska ringa och få en tid
- Väntetider är ointressanta utan bearbetning och analys
- Våra Bättre Flyt-projekt använder ViV-databasen mycket sällan
- Mätningarna har lett till diskussioner i media och i landstingsledning där professionen inte har varit med och det har lett till konflikter
- Detta är så komplext så man kan inte snickra ihop en nationell modell som alla ska följa slaviskt
- Mät faktiska och aktuella väntetider men skippa de förväntade

- *Ledtider kopplat till ett förbättrat behandlingsarbete är viktigt att mäta, inte bara tillgänglighets- och väntelistor. Det gäller ju vår kärnverksamhet.*
- *Vi behöver ett system som kan tankas av utifrån behov*
- *Flödesmodellen med QlickView är en framgångsfaktor*
- *Projektets mätningar har ju lett till nya friska miljarder till vården från regeringen i form av Tillgänglighetsöverenskommelsen*
- *Ett stabilt system borde vara uppbyggt som ett mångsidigt flödesmodells- och ett ledtidssystem för att förbättra vården och få bort köer.*
- *Varenda liten hälsocentral ska inte själv sitta och jobba med standards, begrepp och termer*
- *När projektet riggades så var det uppifrånperspektivet – vi vill ha och ni ska göra...*
- *Det har aldrig varit ett "lärandestyr" projekt, men man har ju åtgärdat vissa saker efterhand, det kanske går att infoga det i ett mera modernt sätt att arbeta?*
- *Varför är det så svårt för andra att anamma bra exempel? Ögonsjukvården på UMAS berättade för oss men intresset från andra kliniker var svalt.*
- *Blir det för tufft att höra hur andra har lyckats? Skarpt läge med krav på att börja arbeta på ett annat sätt?*
- *Läkarsekreterare blev plötsligt sedda när deras uppgifter som de hade samlat in under flera år plötsligt användes av klinikledningen.*
- *Det är fascinerande med förbättringsarbete...det är så mycket psykologi och så mycket konstigheter.*
- *Remissprojektet inom ViV fick väldigt dåligt gehör på vårt seminarium trots att alla ju grubblar över remisshanteringen*
- *Ska projektet mäta väntetider eller förbättra tillgängligheten...?*
- *Det finns inget tydligt uttryck för hur man ska göra bara att man ska skapa ett mätsystem.*
- *Väntetider är ganska lätt att mäta om man vill driva ett förbättringsarbete men vad mäter väntetidsprojektet?*
- *Om syftet var att patienterna skulle välja mera så har man ju inte nått syftet för det är ju fortfarande få som gör det*
- *Syftet med projektet är diffust, är det för politikerna, allmänheten eller för professionens förbättringsarbete?*
- *Det finns ett stort politiskt intresse av att visa aktuella väntetider*
- *Vi måste få politiken att sätta fokus på förbättringar och göra det tillsammans med dem som kan göra något åt det och inte emot dem.*
- *Vi ska mäta väntetider eftersom man idag inte har koll på läget utan agerar på "myter" hur man tror att det är*
- *Vi ska mäta det som är värdeskapande för dom som ska bedriva ett förbättringsarbete*
- *Att fokusera även på de inre väntetiderna så som i Flödesmodellen är en poäng för att få helheten*
- *Kan man när man äger och driver en databas lägga ut ansvaret för kvaliteten i data på klinikerna??*
- *Ledtider, logistik etc...är en potent variabel att mäta om man vill förbättra vården, oberoende av om det är diabetesvård, hjärtvård eller något annat.*
- *Det är tveksamt om man ska bygga upp ett gigantiskt nationellt system för att folk ska kunna välja. Klinikerna kommer att manipulera sina väntetider eftersom de inte vill ha halva Sverige som presumtiva kunder.*
- *Några anekdoter finns om fler utomlänspatienter men det har ju inte blivit någon större ström av svenskar som åker runt....*
- *Projektet har inte blivit en drivkraft i förändringsarbetet*
- *Projektet mäter inte all hälso- och sjukvård och det har blivit för mycket fokus på dessa grupper som det dessutom är förhållandevis lätt att mäta.*
- *Detta leder till en konflikt ute i verksamheten där man måste göra dagliga medicinska prioriteringar.*
- *Patientens valfrihet kontra nödvändiga prioriteringar är inte utredd.*
- *Det är ett stort frågetecken för mig varför man började mäta "förväntade" väntetider. Det har sabbat mycket och stjälpit mer än det har hjälpt.*
- *Förväntade väntetider måste bort!*
- *Detta projekt liknar KPP (Kostnad-Per-Patient) –projektet som desperat försökt övertyga vårdgivarna i många år om att det behövs*

- *Projektet får inte leva sitt eget liv utan kopplas till andra uppföljningssystem*
 - *Vi måste mäta väntetider. Sveriges Riksdag måste ju ha en bild över läget, men det får inte uppfattas som något som Socialdepartementet har bestämt.*
 - *Ska vi ha en nationell väntetidsdatabas så ska den plocka sina data ur befintliga system*
 - *Väntetider är en kvalitetsdimension och bör kopplas till arbetet som InfoVU-projektet gör*
 - *Koppling bör ske till Flödesmodellen så att klinikerna ser meningsfullheten i att mäta*
 - *Huvudmännen ska äga och förvalta databasen t.ex. inom Carelink, Sjunet, Nyckeltalssamverkan, Info Medica el.dyl.*
 - *Varför tar folk inte till sig guidelines och riktlinjer?*
 - *Man vill ha en dialog, man kan inte "trycka ut" något från en nationell nivå. Kvalitetsregistret har arbetat nära intill en specialitet, förankrat genom en bred diskussion så att variablerna får legitimitet*
- och sen driver verksamheten själv registret och ändå får vi en darrig användning*
 - *Det är fullt legitimt för Regering och Riksdag att tala om vad de vill veta kring vårdens kvalitet men det är huvudmännen själv som ska mäta och följa upp liksom man följer biverkningar, säkerhet och andra kvalitetsdimensioner.*
 - *Faktisk väntetid är viktig att få fram den förväntade är bara en kvalificerad gissning*
 - *Få har kunskap om hur alla dessa mått kan sättas samman till en helhet och analyseras*
 - *De som rapporterar måste få en dialog med de på kliniken som ska använda materialet*
 - *Jag känner en frustration över att det heter Väntetider i Vården, det känns som om man befäster att de ska finnas*
 - *Bristande koppling till förbättringsarbete, för dåliga fakta från början och ledningens attityd har varit problem*

Vårdgivare och/eller aktiva inom ViV-projektet

Vårdgivare från primärvård, privat närsjukhus, universitetssjukhus och specialistklinik.

Projektmedlemmar från nätverk, rapportörer, samordnare samt deltagare i delprojektet Flödesmodellen.

- Primärvårdsmätningarna har blivit bra och har gått in i organisationen bättre än de andra mätningarna
- Måtten måste kopplas till ett förändringsarbete
- Vi är i olika "kultur-läger"- väntetider resp. tillgänglighet och det är sunt att vi börjar titta på detta tillsammans
- Webb sidan måste vara genomtänkt pedagogiskt om den ska kunna användas av patienter och medborgare
- Mätningarna har lett till att vi har sett att det har funnits kompetensbrist inom vissa specialiteter och satsat på nyrekrytering så att det nu har blivit bättre
- När vi ställde samman diagram på väntetiderna inför en dialog med ledningarna så visste de inte att materialet fanns. Man hade dömt ut mätningarna för att "det bara gällde nybesök"
- För patienten räknas hela vårdförloppets väntetider
- Politikerna fokuserar bara på "hur många som står i kön" – vi måste kunna kommunicera även hur mycket som görs och i vilken takt, dvs. en bättre helhet
- Ledningen vill inte knappa fram 60 bilder utan snabbt får en lättläst bild över helheten
- Inom specialiteter som har god tillgänglighet borde det synas vilka patienter som kommer "utifrån" till oss
- 3T-mätningarna är nu i fokus med mål kopplat till dem, stort stöd hos vår ledning som även har skapat förutsättningar, kvalitetspris mm kring dessa mätningar.
- Väntetider i Vården har inte fått samma ledningsstöd, ingen från högsta ledningen har efterfrågat resultaten, utan projektet har drivits av oss samordnare och rapportörer
- 3T och parametrarna i Väntetider i vården kompletterar varandra
- Bristande koppling till förbättringsarbete, för dåliga fakta från början och ledningens attityd har varit problem
- Väntetider som begrepp är helt fel och ska bort. Det är vad man gör på klinikerna och hur det görs som är intressant.
- Väntetider till första vårdkontakten är ett fullständigt feltänk och inte så intressant
- Primärvårdsmätningarna är ju bara två nerslag/år
- Fokus borde inte varit "väntetider i vården" utan istället patientens rätt, bemötande, behandlingsresultat, kundnöjdhet etc..
- Det finns en konflikt mellan producent och patientperspektivet och ViV-projektet har ett producentperspektiv
- Vi måste kunna presentera vårt vårdutbud och vår logistik
- Väntetid till behandling däremot – då är man inne på vårdutbudstänket
- Projektet har varit en "push" för behovet av att studera sitt vårdutbud, sina väntelistor och medicinska indikatorer
- Från begreppet väntelistor till vårdutbud och planeringslistor
- Mäta väntetider men även tydliggöra vad vi vill förändra och hur vi vill använda resultaten för styrning
- Man ska ha full koll på sina processer även om det betyder lite kö ibland.
- Väntetider i Vården – begreppet leder till fel fokus, det är vad som händer när jag blir patient som är det viktigaste.
- Ibland kan en viss väntetid vara bra inför något ingrepp.
- Vårdutbudet måste kunna presenteras som ett "paket"
- Bra att pröva Primärvårdsmätningens mätmetod men telefontillgängligheten måste vara det viktigaste här
- Att beskriva hela vårdutbudet innebär att man startar i Primärvården
- Syftet med Flödesmodellen är ju inte att leverera data till ViV-databasen utan att få koll på läget och arbeta med sina processer
- Kraven från medborgarna på en "success rate" ökar, man lämnar inte längre ut sin kropp åt vad som helst. Som patient vill jag veta vad jag kan förvänta mig för resultat
- Det saknas process-syn inom de flesta verksamheter fortfarande
- Med en stark naturvetenskaplig skolning så börjar man ifrågasätta mätmetoden etc.. man slår ner på databasens funktionalitet och diskuterar inte mål och syfte.
- Svaren på patientfrågorna på nätet är dåliga!

- *Men intressant är när vi inte får folk att få ändan ur vagnarna, dom sista, då går vi inte ut och säger att patienterna förtjänar ett bättre omhändertagande eller nu måste vi se efter hur vi använder våra resurser.... mm. mm.... här kommer vi med regelboken från Landstingsförbundet*
- *Lf måste bestämma sig – vem är målgruppen?*
- *Olika indikationer inom samma specialitet och ibland på samma klinik..!*
- *Patienterna eller patientföreningarnas behov finns inte med*
- *Vi förutsätter alltför ofta att producenten har befolkningsperspektivet*
- *Många ser inte patientperspektivet utan tror att detta vill förbundet eller politiken ha*
- *Kritiken mot vissa delar i projektet har inte tagits på allvar när vi framfört dem*
- *Jag vill som patient veta hela vårdutbudet och hur snabbt jag kan komma till och flyta igenom processen*
- *Kopplas till vårdprogram*
- *B och C-delen (utvecklingsprojekt) i projektet måste vara ett nationellt arbete såsom med Kvalitetsregistren*
- *Jobba med tillgänglighetsmål och incitament*
- *Den ende intressent jag har personligen erfarenhet av är våra allmänläkare som använder dem för att se var de kan remittera patienterna och det kan ibland vara som att leta efter en nål i en höstack med tanke på att du först ska titta på en behandling och sedan kräver de att man ska komma på ett mottagningsbesök och ja så är man inne i djungeln....*
- *Om man tycker att dessa mål är viktiga, tillgänglighetsmål så bör man säga att de kliniker som uppnår dessa mål får låt säga.....en miljon extra, då skapar man en motor för förändring. Här finns siffror, nu kan ni börja jämföra er, de första 10 som når detta får en miljon extra som ni kan göra vad ni vill med så att det händer något!*
- *Vad vill vi åstadkomma? Det finns mått men inga mål?*
- *Handlar det om att styra flödet? Eller skapa incitament för klinikerna att komma igång med sitt förbättringsarbete, detta måste bli tydligt för att styra målbilden och styra hela projektet.*
- *Kunskapsuppbyggnaden som pågår inom projektet måste drivas vidare i projektform men det är väl så det är tänkt....*
- *Har man som Lf som en sammanhållen organisation tagit på sig detta så måste kommunikationen fungera ut till sjukvårdshuvudmännen och det saknar jag.*
- *Det skulle vara synd att bara droppa 2004 och gick hem för här finns oerhört mkt som är bra! Man måste "rodda om" hela organisationen, arbetsgruppens funktion och nätverkets arbetsformer är tveksamma.*
- *Jag tycker inte det vore fel att avsluta projektet, jag skulle inte gråta om man låter databasen, ha ha, men hålla kvar kontakten med alla projekt som har kommit igång, Flödesprojekt, Bättre Flyt och allt vad det heter ute i landstingen, men i nästa projekt hade det varit mycket bra med en stark patient-motkraft som kunde stå och ropa: Nu glömmer ni oss igen, nu tror ni att vi tycker att det här är viktigt men det är detta vi tycker är viktigt.. men behålla de goda resultat som har åstadkommits, databasen kan vi leva utan, men i nästa projekt, snabb start med ett nytt där man lyfter fram patientfokus!*
- *Vi var omedvetna och tidigare sätt att mäta väntetiderna på skäms man för idag*
- *I början var det kritik på att de kroniskt sjuka patienternas behov inte lyftes fram utan bara nybesöken, men ingen kunde visa på andra sätt att mäta...!*
- *Det fanns "kö-kramare" dvs. dom som hade patienter på sin väntelista som man inte längre behandlade inom specialiteten*
- *Inte lätt att visa på projektets positiva utveckling till en enhet som varit negativ från början*
- *Utvecklingsaktiviteterna inom projektets borde kommuniceras mera, det har mest handlat om databasen*
- *Bra att Landstingsförbundet tog initiativet, vi tvingades att redovisa*
- *Nu ska alla på vårt sjukhus börja mäta 3T – tredje tillgängliga tid*
- *Mätningarna har drivit på att man har sett över sina väntelistor och sina remissflöden*
- *Projektet har gett kraft åt ett nytt sätt att diskutera*
- *Att följa upp projektets initiala implementering med nya positiva saker*
- *Vårt landsting har satt "tillgängligheten" högt*

- Väntetider är viktig för oss som patienter, medborgare och anhöriga. Det visas t.ex. i Vårdbarometern.
- Tillgänglighet är en framgångsfaktor för hälso- och sjukvården
- Det blev många aha-upplevelser när man började mäta men också försvarsreaktioner
- Ett IT-stöd är nödvändigt, våra rapportörer borde få tapperhetsmedalj som de sitter och räknar för hand, först om några år är vårt system fullt utbyggt
- Inte bara mäta nybesök utan även de kroniska patienterna så som med 3T-mätningarna
- Faktisk väntetid är viktig att få fram den förväntade är bara en kvalificerad gissning
- Viktigt att hjälpa verksamheten att förstå vad du ser med t.ex. "andel i % som har fått vård"
- Mäta väntetider är viktigt men behöver vi alla parametrarna för det ursprungliga syftet?
- Hur kan man nyttja detta på klinikerna? Det har varit mycket ifrågasatt.
- Att mäta för hand utan verktyg... så har en del rapportörer det
- Man rapporterar ibland slentrianmässigt utan att kontrollera
- Hos oss rapporterar klinikchefen en sak och rapportörerna något annat!
- Möjligheter /förslag
- Projektet har utvecklats positivt men ifrågasättandet finns kvar
- Projektet har lett till att man har börjat att tänka till...
- Mäta och få utvecklingsstöd samtidigt är en framgångsfaktor
- Detta bör fortsätta och kopplas till utvecklingen av att man öppnar upp kvalitetsregister mm
- Projektets nationella och lokala organisation och seminarier har varit mycket bra och stimulerande
- Vad är det för verksamhetschefer som inte har koll på sina väntetider??
- Vi kanske har satt upp patienten på väntelista av gammal vana?
- Vi har inte kriterium för vad ett nybesök är och jag har hittat 5 olika sätt i databasen trots att det finns ett regelverk
- Prioriteringarna på väntelistan har inte med medicinska prioriteringar att göra
- Man har inte alltid sett nyttan av mätningarna ute på klinikerna
- Vad är det för verksamhetschefer vi har som inte har koll på väntelistan?
- Vi har inte tydliga kriterium för vad som är nybesök och vad som är återbesök. Hur ska vi då kunna jämföra oss i Sverige??
- Det finns 5 olika sätt att redovisa läns-gemensamma listor i databasen trots PM och regelverk från projektet
- Projektet har liksom lite osynligt "svällt" under resans gång...bra att man bryter upp nu och följer upp
- Det har utvecklats positivt även om det var mycket ifrågasatt initialt
- Detta projekt har lett till att väntelistorna har blivit ifrågasatta
- Konsekvenserna av projektet är att mycket har kommit upp till ytan annars hade vi varit kvar i "mörkret"
- Våra "leveranser" till projektet är idag mycket bättre än från början
- Vår projektorganisation har varit ett bra sätt att jobba
- Media bör användas mera i projektet
- Mätningarna har lett till bra och nödvändiga diskussioner om definitioner, prioriteringar etc.....vi var så aningslösa i början
- Vi började med att det var till för patientens val men vem sitter och analyserar allt som rapporteras in
- Prioriteringar idag är mera praktiska än medicinskt grundade och dessutom varierar de mellan kliniker och mellan personer
- Varför ska utvecklingsarbete ta sådan tid? Man kan ändra i regelverk men innan attityder och beteende har ändrats så....
- Nu får vi ett bra patientadministrativt system som underlättar
- Vad vill egentligen patienterna veta?
- Nu när vi får länskliniker med team som åker runt så visar inte antalet behandlade samma sak längre
- Vilka patienter är inne på webbsidan och vad tycker de egentligen
- Förankringen från ledningen för mätningarna och vårt uppdrag var väldigt luddigt från början men har blivit bättre
- ViV-jobbet med väntelistor har inte kopplats ihop med vårt utvecklingsstöd till klinikerna. Detta borde följts upp och diskuterats mera med vår ledning.

- *Vår utvecklingsenhet har inte varit intresserad av detta projekt*
- *Jag var väldigt anti från början för att ingen kunde ge definitioner på nybesök och återbesök*
- *Vår revision visade på att ViV-resultaten inte användes i uppföljningen*
- *Möjligheter/förslag*
- *Vi jobbade med Genombrott på vår klinik, men då behövde vi hjälp från Viv-projektet med bl.a. definitioner*
- *Det har varit bra med samordnare som har haft direktkontakt med klinikerna och rapportörerna*
- *En samordnare behöver vårdbakgrund för att kunna ta diskussionerna med klinikerna och läkarna*
- *Vi gör en sammanställning centralt och där har väntetidsregistreringen lett till våra kö-åtgärder*
- *Landstinget bör fortsätta att ha en central ledning av detta.*
- *Vi mäter en mängd saker men får inte till någon helhetsbild*
- *Verksamhetscheferna tycker inte att detta är tillräckligt vetenskapligt*
- *Mottagningsresultaten var tänkta att användas på hemmaplan för att förbättra tillgängligheten men det har inte gjorts och inte heller följts upp. Styrningen har varit dålig från ledningsnivå*
- *Vi var aningslösa men projektet har skapat en ökad medvetenhet kring våra processer.*
- *Projektets nätverksmöten har varit ett viktigt stöd för oss som sedan ska stötta på hemmaplan, men bör utvecklas till aktiva arbetsmöten med workshops för olika problemställningar.*
- *Hur väljs åtgärder och behandlingar som ska rapporteras egentligen ut. Det verkar vara lite hipp som happ med specialistföreningarna och stämmer inte med vad vi eller verksamheterna tycker.. Pacemaker t.ex. som var en akut åtgärd och inga köer!?*
- *Det är ju trots allt mest Prio 3 och 4-patienter...*
- *Vi har ju även felskrivna remisser som gör att fel patienter hamnar på väntelistan*
- *Vi saknar tydlighet och analys av vad som står på väntelistan. Vi har nya patienter och kroniska som ska ha återbesök blandade.*
- *Vår chef använder inte den nationella databasen för verksamhetsstyrning, det går inte. Den visar bara väntetider till mottagningen generellt...vi måste se på de olika subspecialiteterna och det kan vi med Flödesmodellen*
- *Att mäta väntetider är nödvändigt. Det handlar om att ha koll på läget.*
- *Man måste mäta nationellt för att kunna se indikationerna. De ska vara nationella*
- *Att mäta väntetider och ha koll på sin väntelista handlar om patientsäkerhet*
- *Man skulle mäta hur tillgängligheten ser ut för de olika priogrupperna istället*
- *En väntelista är ju även ett planeringsunderlag för chefen. Vi anpassar mottagningspassen efter den.*
- *Att mäta väntetider är nödvändigt för att bli klar över sitt utbud och kunna prioritera.*
- *Nu får vi tillbaka remisser från Primärvården på våra färdigbehandlade patienter...det är sjukt*
- *Det handlar om att mäta väntetider OCH veta vad som står i väntelistan*
- *Vi följer alla prio-grupperna för sig och ser att vi faktiskt klarar av det mesta men det kommer ju inte ut i pressen.*
- *Flödesmodellen har hjälpt oss mycket och att vi har börjat att diskutera vilka patienter vi ska ha ansvar för hos oss*
- *För patienterna och för politiken är den nationella databasen bra*
- *Vår uppdragsgivare använder den nationella databasen. Jag sammanställer en rapport 3 ggr/år och den diskuteras med verksamhetscheferna*
- *Vi ska starta en ny organisation med områdeschefer som ska ha koll på hur det ser ut inom deras område*
- *De förväntade väntetiderna stämmer inte utan är bara ett sätt att marknadsföra sig*
- *Felaktiga incitament om man bygger upp väntelistor för att få medel*
- *Vi kan ta emot patienter med kort väntetid, men då når vi "taket" för vår beställning första halvåret. Vi har inte uppdraget.*
- *Väntelistesystemet fungerar inte så det går inte att göra jämförelser*
- *Vi är själva boven i dramat, det finns mycket "jantelag" inom vårdprofessionen, många rynkar näsan åt dem som visar sina resultat.*
- *Lotsa patienten rätt från början så att man inte går runt och konsumerar onödig vård*

- *Vi inom vården måste bli bättre på att ta fram och kommunicera våra resultat, vi har börjat, även uppdelat per område, men det är kontroversiellt!*
- *Jämställd vård är viktigt och det kräver uppföljning och mätningar*
- *Telefonbank kan vara ett komplement*
- *Utveckla den faktiska väntetiden den är svårare att manipulera*
- *Incitament som styrinriktning, prioriterade kvalitetsindikatorer i avtalen*
- *Otillräckliga resurser skapar sjukskrivningar*
- *Patienter söker men vi kan inte hjälpa dem och det är mycket frustrerande*
- *Samhället måste se helheten inte bara i sin plånbok. Det kostar att personer går sjukskrivna. Rehab-garantin är en början.*
- *Det är viktigt att komma till ett beslut vad som ska göras med patienten så att de inte ska fortsätta att vandra runt med sin smärta.*
- *Vi får högre ersättning för återbesök trots att man vill prioritera ner det*
- *Våra patienter är mer aktiva idag men det kräver mycket av dem*