

Uppföljning och analys av överenskommelsen om ökad tillgänglighet 2020

Regionernas inrapportering av data till den
nationella väntetidsdatabasen för den
specialiserade vården

Delrapport juni 2021

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovsmannens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. Publikationen kan också tas fram i alternativt format på begäran. Frågor om alternativa format skickas till alternativaformat@socialstyrelsen.se

Artikelnummer 2021-6-7431

Publicerad www.socialstyrelsen.se, juni 2021

Förord

I juni 2020 fick Socialstyrelsen i uppdrag att stödja regionernas hantering av uppdämda vårdbehov samt följa och analysera väntetider inom hälso- och sjukvården.

Denna rapport är den andra och sista delredovisningen av den del av uppdraget som handlar om att följa och analysera överenskommelsen *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2020*, inklusive dess tilläggsöverenskommelse. Uppföljningen och analysen har handlat om regionernas inrapportering av väntetidsdata till den nationella väntetidsdatabasen och beaktat regionernas följsamhet till framtagna riktlinjer och mallar.

Fokus i denna delrapport ligger på inrapportering av den specialiserade vårdens väntetidsdata i enlighet med den nya uppföljningsmodellen, från dess införande i oktober 2020 till och med januari 2021. I december 2020 publicerade Socialstyrelsen motsvarande delrapport för uppföljning av regionernas inrapportering av primärvårdsdata till den nationella väntetidsdatabasen.

Rapporten riktar sig till regering, regioner och verksamheter för att användas i arbetet med att förbättra tillgängligheten i hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen vill tacka Sveriges Kommuner och Regioner samt regionerna och de personer som på olika sätt bidragit till arbetet.

Ansvarig projektledare är Sevim Barbasso Helmers. Christian Lovering, statistiker, har också medverkat i arbetet. Ansvarig enhetschef är Lena Hellberg.

Olivia Wigzell
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Rapportens disposition	8
1. Uppdraget att följa överenskommelsen om ökad tillgänglighet 2020	9
Statens styrning för ökad tillgänglighet	9
2. Metod för analys av inrapporteringen	11
Två huvudfrågeställningar	11
Kvantitativ och kvalitativ metod	11
Begränsningar i metoden	12
3. Framväxt och möjligheter med väntetidsdatabasen för den specialiserade vården	14
Väntetidsdatabasen har vuxit fram under 2000-talet	14
Krav på inrapporteringen till väntetidsdatabasen	15
Processen för implementering och inrapportering till väntetidsdatabasen	17
Tillgång till data och resultat	18
Användning av data från den nya modellen är i tidigt skede	18
4. Uppföljning och analys av inrapporteringen	20
Vilka variabler rapporteras in för vilken andel av alla vårdkontakter? ..	20
Hur stor andel av vårdkontakterna rapporteras in?	35
Vilka skillnader ses mellan regionerna i metod för rapportering och klassificering av data kopplade till vårdgarantin?	39
Hur påverkar inrapporteringen möjligheterna till uppföljning?	48
5. Sammanfattning av utvecklingsmöjligheter	50
Registrering och inrapportering av data	50
Kvalitetssäkring	51
Jämförbarhet	51
Uppföljning av tillgänglighet	52
Juridik	52
6. Möjliga vägar framåt	53
Referenser	55
Bilaga 1. Intervjufrågor	57
Bilaga 2. Krav för inrapportering	59
Bilaga 3. Uppföljning av tillgänglighet	63
Bilaga 4. Tabeller med statistik över inrapportering	64
Bilaga 5. Aggregerade medicinska verksamhetsområden	66

Sammanfattning

Detta är en delrapport inom Socialstyrelsens pågående regeringsuppdrag att stödja regionernas hantering av uppdämda vårdbehov samt följa och analysera väntetider i hälso- och sjukvården. Delrapporten beskriver uppföljning och analys av regionernas inrapportering av data enligt den nya uppföljningsmodellen av tillgänglighet inom den specialiserade hälso- och sjukvården utifrån överenskommelsen *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2020* med tilläggsöverenskommelse.

Uppföljningen baseras på en analys av i vilken mån den data som regionerna rapporterat in för oktober 2020 till och med januari 2021 följer de krav som specificerats inom överenskommelsen och i riktlinjerna från Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). I arbetet ingår intervjuer med företrädare från samtliga regioner och en jämförande analys med patientregistret vid Socialstyrelsen. Den sistnämnda jämförelsen syftar till att bidra till en förståelse av vilken andel av vårdkontaktarna som rapporteras in enligt den nya uppföljningsmodellen.

Sammanfattningsvis visar analysen att regionernas inrapportering av de variabler som klassas som obligatoriska är god men att den är mer bristfällig och varierande för övriga variabler. Resultatet bör dock ses i ljuset av att modellen är nyligen implementerad och att implementeringen dessutom skett under en pågående pandemi. Inrapporteringsskillnader bidrar till en begränsad jämförbarhet mellan regioner, och påverkar möjligheten att använda data för nationell uppföljning på ett optimalt sätt.

Väntetidsdatabasen är emellertid i dagsläget den datakälla som används för nationell uppföljning av vårdgarantins tidsgränser.

För att uppnå full effekt av den nya modellens potential för uppföljning av tillgänglighet inom den specialiserade vården, har utvecklingsmöjligheter identifierats avseende registrering och inrapportering av data, kvalitetssäkring, jämförbarhet, uppföljning av tillgänglighet samt juridik. För möjliga vägar framåt behövs följande övergripande koordinerade åtgärder av regeringen, SKR och regionerna:

- Klargör den juridiska frågan om hantering av personuppgifter i den nationella väntetidsdatabasen.
- Fortsätt uppföljningen av vårdgarantin utifrån data som inrapporteras till väntetidsdatabasen, enligt nya modellen för den specialiserade vården.
- Säkerställ att följsamhet och jämförbarhet av inrapporteringen för den specialiserade vården fortsätter att utvecklas för att möjliggöra än mer rättvisande jämförelser mellan regioner och förbättrad uppföljning av tillgänglighet, inklusive väntetider.
- Fortsätt att utveckla hur utdata kan tillgängliggöras för varje region och nationellt genom vantetider.se.
- Verka för att data som rapporteras in till väntetidsdatabasen kommer till bred användning för förbättringsarbete inom hälso- och sjukvården.

Rapportens disposition

I rapportens första kapitel beskrivs uppdragets bakgrund och syfte. Dessutom ges en översikt av överenskommelserna om ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården.

I det andra kapitlet redovisas de huvudsakliga frågeställningarna för rapporten. Kapitlet innehåller även en specificering och beskrivning av de metoder som använts samt begränsningar för analysen.

I det tredje kapitlet presenteras en bakgrund om väntetidsdatabasen och hur den har utvecklats över tid fram till i dag. Här presenteras också en översikt över tillgången till, och användning av, inrapporterade data i enlighet med den nya uppföljningsmodellen för den specialiserade vården. Där presenteras också kraven på rapportering till den nationella väntetidsdatabasen enligt överenskommelsen *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2020* samt den nya modellen för nationell uppföljning av tillgänglighet inom specialiserad vård. Därefter redogörs för hur processen för inrapportering går till, hur tillgången på data ser ut samt hur data används i dag.

I det fjärde kapitlet presenteras resultaten och analysen av regionernas följsamhet till kraven på inrapportering. I detta kapitel analyseras de variabler som regionerna ska rapportera in för vårdkontakter. Vi jämför även totalt antal inrapporterade vårdkontakter till väntetidsdatabasen respektive patientregistret. Kapitlet beskriver även hur skillnader i inrapportering kan påverka jämförelsen vad gäller måluppfyllelse av vårdgarantin samt hur inrapporteringens kvalitet påverkar möjligheterna till uppföljning.

I det femte kapitlet beskrivs de sammanfattande utvecklingsmöjligheterna som framkommit utifrån de samlade analysresultaten.

I det sjätte kapitlet beskrivs möjliga vägar framåt för regeringen, Sveriges Kommuner och regioner och de enskilda regionerna utifrån de utvecklingsmöjligheter som beskrivits i femte kapitlet.

1. Uppdraget att följa överenskommelsen om ökad tillgänglighet 2020

Socialstyrelsen fick den 25 juni 2020 i uppdrag av regeringen att stödja regionernas hantering av uppdämda vårdbehov samt följa och analysera väntetider inom hälso- och sjukvården med fokus på konsekvenser av covid-19 (S2020/05634/FS – delvis).

I regeringsuppdraget anges bland annat att regeringen ser ett behov av att följa och analysera överenskommelsen *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2020*, inklusive dess tilläggsöverenskommelse (med samma namn). Denna rapport utgör den andra och sista delrapporteringen av uppdraget som handlar om att följa och analysera regionernas inrapportering till den nationella väntetidsdatabasen. Fokus för denna rapport är inrapporteringen av data från den specialiserade vården enligt den nya modell som infördes i oktober 2020. I december 2020 publicerade Socialstyrelsen motsvarande delrapport för uppföljning av regionernas inrapportering av primärvårdsdata till den nationella väntetidsdatabasen [1].

Analysen i denna delrapport har särskilt beaktat regionernas följsamhet till framtagna riktlinjer och mallar i enlighet med överenskommelsen *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2020*, inklusive tilläggsöverenskommelsen [2, 3]. Analysen inkluderar också följsamhet till de anvisningar som Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) arbetar fram som underlag för regionernas rapportering till väntetidsdatabasen.

Statens styrning för ökad tillgänglighet

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, ska hälso- och sjukvård bedrivas så att kraven på god vård uppfylls. Ett av kriterierna för god vård är att hälso- och sjukvården ska vara lätt tillgänglig (5 kap. 1 § HSL). Motsvarande bestämmelser återfinns även i 2 kap. 1 – 2 § i patientlagen (2014:821). Att vården är lätt tillgänglig innebär bland annat att den är lätt att komma i kontakt med och ges i rimlig tid utifrån behov.

Långa väntetider har varit ett problem under lång tid i svensk hälso- och sjukvård [4, 5, 6, 7] och staten arbetar sedan flera decennier med olika former av styrning för förbättrad tillgänglighet inom hälso- och sjukvården. Det har bland annat skett genom förändrad lagstiftning, stärkt nationell uppföljning av väntetider samt styrning genom överenskommelser mellan regeringen och regionerna – först genom Landstingsförbundet, sedan genom Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och numera genom Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). Inspektionen för vård och omsorg (IVO) fick dessutom i oktober 2020 i uppdrag av regeringen att lämna förslag på hur myndigheten kan utveckla sin tillsyn kopplat till de patientsäkerhetsrisker som bristande tillgänglighet i vården medför [8].

Två centrala delar av den statliga styrningen är dels den nationella vårdgarantin som anger tidsgränser för hur länge en patient behöva vänta på vård, dels ekonomiska incitament för regionerna att efterleva de numera förordningsreglerade tidsgränserna i vårdgarantin.

Överenskommelser 2019 och 2020

Staten och SKR slöt i juni 2019 överenskommelsen *En ny, uppdaterad kömiljard 2019* (dnr S2019/02871/FS). Utöver vårdgarantin innebar överenskommelsen att regionerna tillsammans med SKR skulle implementera en modell för utvecklad uppföljning av specialiserad vård i linje med den tidigare implementeringen av en ny uppföljningsmodell för primärvården från januari 2019. Senast den 1 april 2020 skulle regionerna dessutom redovisa alla vårdkontakter i den specialiserade vården, inklusive besök, återbesök, utredningar, operationer, behandlingar och åtgärder.

Överenskommelsen följdes i december 2019 av överenskommelsen *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2020* (dnr S2019/05300/FS), vilken består av två områden:

- Det första området innefattar prestationskrav kopplade till regionernas väntetider och uppfyllnadsgrad av vårdgarantin inom primärvården, den specialiserade vården samt barn- och ungdomspsykiatri (BUP). Prestationskraven i denna uppdaterade kömiljard avser kortare väntetiderna i regionerna sedan 2019 och inkluderar fler delar av vårdkedjan än den tidigare kömiljarden.
- Det andra området avser prestationskrav gällande strategiskt förbättringsarbete och förbättrad väntetidsstatistik. Området syftar till att regionerna ska bedriva ett strategiskt tillgänglighetsarbete och förbättra sin väntetidsstatistik [9].

Till följd av covid-19-pandemin gjorde staten och SKR i april 2020 ett tillägg till överenskommelsen *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2020*.

Tilläggsöverenskommelsen innebär bland annat att regionerna fick förlängd tidsfrist till oktober 2020 för att börja rapportera alla vårdkontakter, inklusive BUP, till den nationella väntetidsdatabasen i linje med den nya uppföljningsmodellen för den specialiserade vården. Dessutom ströks prestationskraven från den tidigare överenskommelsen [10].

För en närmare beskrivning av statens styrning för ökad tillgänglighet, vårdgarantin och överenskommelserna, se den föregående rapporten *Uppföljning och analys av överenskommelsen om ökad tillgänglighet 2020: Regionernas inrapportering av primärvårdsdata till den nationella väntetidsdatabasen* [1].

2. Metod för analys av inrapporteringen

Denna delrapport är avgränsad till inrapporteringen av den specialiserade vårdens data till den nationella väntetidsdatabasen. Vid tiden för datauttagen i januari respektive mars 2021 fanns inrapporterade data från den specialiserade vården enligt den nya uppföljningsmodellen för oktober 2020 – januari 2021.

Analysen har genomförts med stöd av Lumell Associates. Hela arbetet har bedrivits i nära dialog med företrädare för Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) som arbetar med väntetidsdatabasen, och SKR tillhandahöll data för ändamålet i januari och mars 2021.

Två huvudfrågeställningar

Denna uppföljning och analys av regionernas inrapportering till väntetidsdatabasen för den specialiserade vården har tagit sin utgångspunkt i följande två huvudfrågeställningar:

1. **Hur är regionernas följsamhet till kraven på inrapportering?**
Denna frågeställning syftar på regionernas följsamhet till kraven på inrapportering till den nationella väntetidsdatabasen. Detta innebär en analys av vilka variabler som rapporteras in för vilken andel av de inrapporterade vårdkontaktarna. Därefter analyseras den nationella väntetidsdatabasens täckningsgrad genom en jämförelse med det nationella patientregistret. Vidare analyseras skillnader mellan regionerna vad gäller klassificering och inrapportering av data, exempelvis för vårdgarantikontakter. Avslutningsvis ges sammanfattande analyser kring jämförbarheten i data samt hur inrapporteringens kvalitet påverkar möjligheten att använda data för uppföljning.
2. **Vilka är utvecklingsmöjligheterna och de möjliga vägarna framåt?**
Denna frågeställning syftar på vilka utvecklingsmöjligheter och möjliga vägar framåt gällande inrapporteringen som är av betydelse för kvaliteten på data i väntetidsdatabasen baserat på analyser från föregående frågeställning.

Kvantitativ och kvalitativ metod

För att besvara frågeställningarna kombinerades två kvantitativa metoder och en kvalitativ metod för datainsamling:

1. **Kvantitativ metod för att analysera i vilken grad inrapporteringen av data skett i linje med de krav som ställs i överenskommelsen.**
Analyserna genomfördes utifrån en granskningsmall, som utvecklats efter kraven i överenskommelsen mellan staten och SKR samt de

riktlinjer som utvecklats av SKR för inrapporteringen. Ansvariga för väntetidsdatabasen vid SKR bistod med metodstöd vid datauttag och tolkning av resultaten.

2. **Kvantitativ metod för att fördjupa förståelsen för täckningsgraden för de specialiserade vårddata som rapporteras in till väntetidsdatabasen.** Trots att det är ett krav att samtliga besök ska rapporteras in till väntetidsdatabasen saknas i dag en etablerad metod för att avgöra hur stor andel som de facto rapporteras in. Därför jämfördes inrapporteringen med aggregerade data från patientregistret hos Socialstyrelsen. Registret innehåller dock endast uppgifter om genomförda vårdkontakter som har involverat läkarbesök och jämförelsen omfattar således endast denna typ av vårdkontakter. Jämförelsen rör endast därtill den specialiserade öppenvården. Ansvariga för patientregistret bistod med metodstöd vid datauttag och tolkning av resultaten.
3. **Kvalitativ metod för att fördjupa förståelsen för inrapporteringen samt hur data används för att följa tillgänglighet.** Den kvalitativa metoden baserades på intervjuer dels med företrädare från samtliga regioner med kunskap om inrapporteringen, dels med företrädare från SKR som arbetar med den nationella väntetidsdatabasen. Regionerna valde själva ut intervjurespondenter. Initiala intervjuer med samtliga regioner genomfördes i februari 2021. Under andra halvan av mars 2021 genomfördes uppföljande intervjuer med tio regioner som valdes ut baserat på inrapporteringsgradens resultat i förhållande till rikets snitt för ett antal aspekter. I intervjuerna deltog en till fem personer från respektive region, med olika kompetens och erfarenhet; vissa respondenter hade en strategisk roll, andra var verksamhetsföreträdare och ytterligare andra statistiker, databashanterare eller systemansvariga. Intervjuerna genomfördes semistrukturerat utifrån ett gemensamt frågeformulär (se bilaga 1).

Begränsningar i metoden

Under arbetets gång har följande sex områden för begränsningar identifierats:

1. Svansfrekvens benämns som ett av fyra kriterier i överenskommelsen om ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2020 (se faktaruta i kapitel 3). Svansfrekvens är ett binärt utformat mått som utgår från huruvida det rapporteras in data till den nationella väntetidsdatabasen för ett visst vårdutbud. Om rapportering av vårdkontakter, oavsett kvantitet, för ett vårdutbud har gjorts, anses det finnas en uppfylld svansfrekvens för det vårdutbudet. En summering av svansfrekvensen för samtliga vårdutbud i en region utgör därefter en regions svansfrekvens.

I analysen har begreppet svansfrekvens inte utvärderats eftersom det är ett mått som inte längre är i praktiskt bruk vad gäller den nationella väntetidsdatabasen. Vi har i stället delanalyserat väntetidsdatabasens täckningsgrad, vilket ger en bättre förståelse för i vilken mån

vårdkontakter som utförts på verksamhetsnivå också rapporterats in till väntetidsdatabasen i enlighet med modellens instruktioner.

2. Utifrån regionernas inrapportering till väntetidsdatabasen är det inte möjligt att analysera exakt hur stor andel av data gällande vårdkontakterna som har rapporterats in, det vill säga täckningsgraden. När det gäller analysen av primärvårdens inrapporterade data i föregående rapport gjordes en jämförelse med den statistik för helårsverksamhet som SKR tillhandahåller [1]. Detta kunde inte upprepas för den specialiserade vården eftersom SKR:s verksamhetsstatistik enbart är tillgängligt för helår och statistik för oktober 2020–januari 2021 finns ännu inte tillgänglig.

Här har i stället en jämförelse av antalet genomförda vårdkontakter med läkare inom specialiserad öppenvård gjorts med patientregistret vid Socialstyrelsen, för att öka förståelsen av vilken andel genomförda vårdkontakter med läkare som har rapporterats in till den nationella väntetidsdatabasen. Avgränsningen till genomförda vårdkontakter med läkare gjordes, eftersom det enbart är detta som finns i patientregistret.

Utöver det kunde inte slutenvården jämföras, eftersom väntetidsdatabasen endast tar emot vissa, men inte alla, vårdkontakter inom den slutna vården. En ytterligare begränsning är att när data inrapporteras första gången kan det av olika skäl saknas information. Enligt föreskriften för inrapportering till patientregistret ska varje månads data kompletteras under två ytterligare, påföljande månader. Detta berör inrapporteringen till patientregistret för december 2020 och januari 2021.

För att ytterligare bidra till förståelsen av andelen av totala vårdkontakter som rapporterats in har även en jämförelse mellan antalet genomförda och väntande vårdkontakter per 1 000 invånare per region genomförts.

3. Analysen av inrapporteringen gäller huruvida specifika variabler har rapporterats in eller inte för respektive vårdkontakt. Resultat avseende variabelernas innehåll, till exempel tillgänglighetsaspekter, har alltså inte analyserats.
4. Analysen av skillnader i inrapportering har kunnat genomföras mellan vårdområden och mellan regioner men inte mellan olika ägarformer (offentlig och privat regi) på grund av ett stort bortfall för variabeln inom vissa regioner.
5. För ett aggregerat medicinskt verksamhetsområde – patologi och cytologi – har inga inrapporterade genomförda vårdkontakter och enbart åtta väntande vårdkontakter kunnat identifierats. Detta område har därför inte analyserats.
6. Intervjupersonerna skiljer sig åt vad gäller roller och erfarenhet, vilket kan innebära att resultaten för respektive region inte ger en komplett bild av hela inrapporteringsprocessen. Intervjuerna ger emellertid en nationell helhetsbild.

3. Framväxt och möjligheter med väntetidsdatabasen för den specialiserade vården

Den nationella väntetidsdatabasen har löpande utvecklats sedan ungefär 20 år tillbaka och det finns fortsatta utvecklingsbehov. Den nuvarande uppföljningen av den specialiserade vården är dock i stort sett automatiserad, och ett arbete pågår med att öka rapporteringsgraden från privata vårdgivare som inte använder samma journalsystem som sina respektive regioner.

Kraven på inrapportering till väntetidsdatabasen specificeras i överenskommelser mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) samt i anvisningar från SKR. För att följa upp tillgänglighet används såväl nationella tjänster och verktyg som regionernas egna it-verktyg. Data från väntetidsdatabasen används i dag inom flera områden, men det finns fortfarande en outnyttjad potential.

Väntetidsdatabasen har vuxit fram under 2000-talet

Varje månad redovisas resultat från regionerna avseende väntetider på webbplatsen *Väntetider i vården* (vantetider.se) och en del indikatorer publiceras även på webbplatsen *Vården i siffror* (vardenisiffror.se), som SKR administrerar.

Arbetet med väntetidsdatabasen inleddes i början av 2000-talet. Inledningsvis mättes väntetiderna för besök och behandlingar i den specialiserade vården som en ögonblicksbild av väntelistan i slutet av varje månad; för primärvården mättes måloppfyllelsen för den dåvarande vårdgarantin två gånger per år.

Men från och med 2010 började även faktiska väntetider för besök och behandlingar i den specialiserade vården att inkluderas, och 2010 utvecklades gemensamma definitioner för avvikelserna *patientvald väntan* och *medicinskt orsakad väntan*. Från och med 2013 inkluderades också väntetider till återbesök för primärvården och den specialiserade vården [6]. I januari 2019 infördes en ny uppföljningsmodell för primärvården [1].

I oktober 2020 infördes en ny uppföljningsmodell för den specialiserade vården. Modellen som är utökad med ytterligare variabler syftar till att skapa bredare möjligheter att följa upp tillgänglighet för alla väntande och genomförda kontakter i den specialiserade vården (digitala och fysiska), inklusive första besök, återbesök, utredningar, operationer, behandlingar och åtgärder. Vidare är tanken att tillgänglighet ska kunna analyseras utifrån till exempel kön och ålder för vårdkontakter inom alla regioner [11]. Delar av slutenvården är emellertid inte inkluderade i den uppföljningen, utan i uppföljningen ingår enbart slutenvården som kan kopplas till vårdgarantin och

tillgänglighet, exempelvis väntan på åtgärd som utförs i den slutna vården. Detta gäller för den slutna somatiska vården likväl som för den slutna psykiatriska vården [12].

Över tid har bland annat Socialstyrelsen och Myndigheten för vård- och omsorgsanalys påtalat nyttan och värdet av den nationella väntetidsdatabasen, men myndigheterna har också påtalat kvalitetsproblem och utvecklingsområden [13, 14, 15, 16]. Det har exempelvis saknats dels extern validering av data, dels validering av täckningsgraden i den specialiserade vården och i primärvården. Utvecklingsområden som har lyfts är bland annat att väntetidsmätningarna bättre bör spegla den samlade tillgängligheten ur ett patientperspektiv och att väntetiderna mer ska kunna analyseras med hänsyn till patienternas behov.

Socialstyrelsen har inom ramen för detta uppdrag också analyserat inrapporteringsgraden av primärvårdsdata till väntetidsdatabasen, vilket redovisades i en delrapport i december 2020 [1]. Resultaten visade på en god inrapportering av obligatoriska variabler men en varierande inrapportering av icke-obligatoriska variabler. Resultaten indikerade även att täckningsgraden varierade mellan regionerna, men det var inte möjligt att fastställa en specifik täckningsgrad. I samma rapport ges en mer fördjupad beskrivning av väntetidsdatabasens utveckling [1].

Krav på inrapporteringen till väntetidsdatabasen

I överenskommelsen *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2020* specificeras kriterierna för inrapportering av specialiserade vårddata,

Kriterier som gäller för inrapporteringen enligt överenskommelsen *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2020*

Följande kriterier gäller för inrapporteringen:

- Svansfrekvensen för rapportering av väntande och faktisk väntetid till den nationella väntetidsdatabasen ska uppgå till minst 95 procent varje månad årets alla månader. *(Relevant för specialiserad vård.)*
- Rapporteringen av faktiska väntetider (genomförda besök, operationer och åtgärder) ska finnas i väntetidsdatabasen senast fem veckor efter den månad som mätperioden avser. *(Relevant för specialiserad vård.)*
- Regionernas rapportering av andelen patientvald väntan ska följa det regelverk som återfinns i hälso- och sjukvårdsförordningen för när en patients väntan ska anses som självvald. *(Relevant för specialiserad vård och för primärvård.)*
- Rapporteringen ska göras enligt de riktlinjer och rutiner som gäller för rapportering till den nationella väntetidsdatabasen. För faktisk väntetid ska samma vårdutbud rapporteras som för väntande. *(Relevant för specialiserad vård och delvis för primärvård.)*

inklusive barn- och ungdomspsykiatri, till den nationella väntetidsdatabasen (se faktaruta) [17].

SKR har tagit fram anvisningar som underlag för regionernas inrapportering till väntetidsdatabasen enligt den nya uppföljningsmodellen för specialiserad vård [12]. För varje vårdkontakt definieras vilka variabler som ska rapporteras in utifrån tre kategorier: 1) obligatoriska variabler för samtliga vårdkontakter, så kallat ovillkorat obligatoriska, 2) variabler som är obligatoriska om de finns tillgängliga, så kallad villkorat obligatoriska samt, 3) frivilliga variabler. Variabler som är villkorat obligatoriska om de är tillgängliga är exempelvis *åtgärd*, som är obligatorisk att rapportera för vårdkontakter där en åtgärd har förekommit vid vårdkontakten men inte annars.

För en del frivilliga och villkorat obligatoriska variabler finns en problematik i inrapporteringen. Exempelvis kan uppgift om *åtgärd* saknas både på grund av bristande inrapportering eller på att åtgärden inte förkommer. I dagsläget går det inte att särskilja en blank inrapportering, där ingen data finns, från en negativ inrapportering, där exempelvis ingen åtgärd genomförts. Det går alltså inte att säga med säkerhet om det är *inrapporteringen* för vissa variabler som saknas eller om *data* faktiskt saknas.

Kategoriseringen skiljer sig också något mellan väntande och genomförda vårdkontakter samt beroende på vilken fas vårdkontakten är en del av. En vårdkontakt kan vara en del av en av fem olika faser:

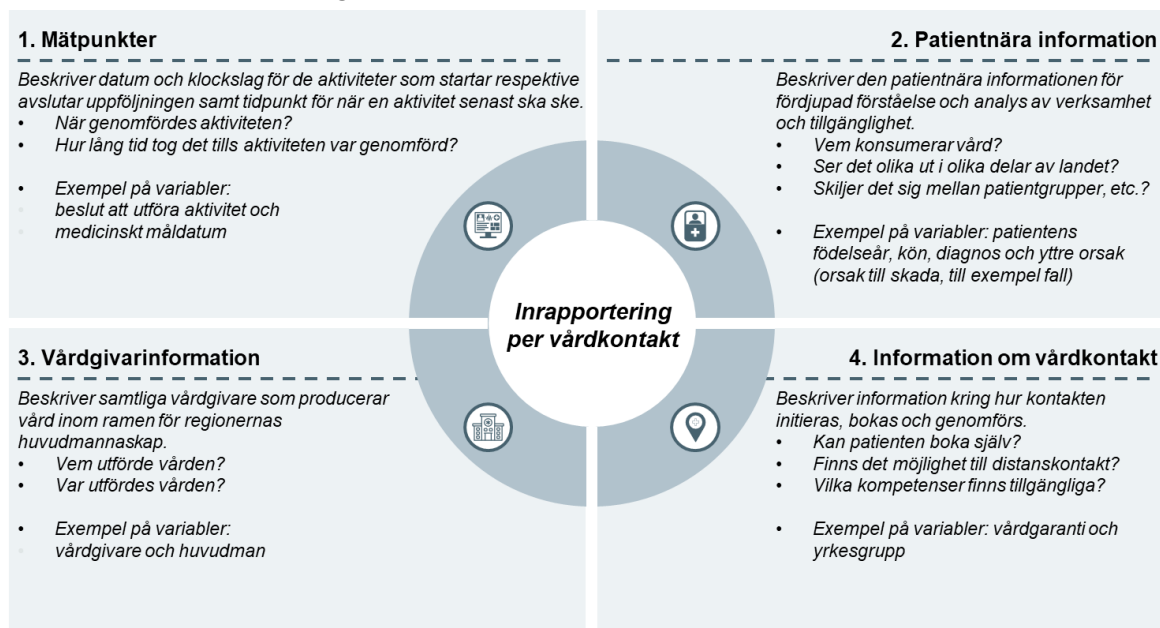
- fas 1 (första kontakt)
- fas 2 (operation/åtgärd)
- fas 3 (undersökning)
- fas 4 (återbesök)
- fas 5 (akut vårdkontakt).

När en vårdkontakt är en del av flera faser finns en klassificeringshierarki, vilket gör att en vårdkontakt enbart rapporteras vara del av en fas. Exempelvis klassificeras ett återbesök där en operation genomförs som tillhörande fasen operation/åtgärd [18]. Akuta vårdkontakter rapporteras enbart som genomförda vårdkontakter eftersom dessa inte är planerade. Samtliga vårdkontakter från den öppna specialiserade vården ska rapporteras in. Från den slutna somatiska och psykiatriska vården ingår enbart vårdkontakter som kan kopplas till vårdgaranti och tillgänglighet, till exempel väntan på åtgärd som utförs i den slutna vården.

Variablerna som ska rapporteras in för varje vårdkontakt kan vidare delas upp i fyra delområden: mätpunkter (start- och slutpunkt för vårdkontakten), patientnära information, vårdgivarinformation och vårdkontaktinformation. Vilka variabler som inkluderas i respektive delområde varierar dock mellan olika faser samt mellan genomförda och väntande vårdkontakter.

I bilaga 2, tabell 2 finns en komplett lista över de variabler som finns för kravställningen enligt modellen. För en översikt, se figur 1.

Figur 1. För den specialiserade vården finns fyra delområden med variabler för inrapportering



Processen för implementering och inrapportering till väntetidsdatabasen

I samtliga regioner sker en automatisk inrapportering av data i enlighet med den nya uppföljningsmodellen för den specialiserade vården. Detta skiljer sig från den tidigare manuella inrapporteringen i den gamla uppföljningsmodellen. Huvudsakligen hämtas uppgifterna nu från journal- och verksamhetssystem i regionerna genom olika integrationslösningar, men i vissa fall förekommer fortfarande manuell inrapportering från privata aktörer.

Trots att modellen tar sin utgångspunkt i variabler som fanns sedan tidigare i regionernas system beskriver flera regioner att det krävts omfattande tekniska integrationsarbeten för att implementera den nya modellen. Flera regioner arbetar även fortsatt med att automatisera inrapportering av data från privata aktörer som inte har samma journalsystem som regionen.

Regionerna beskriver att data kvalitetssäkras löpande av verksamheterna, och i de flesta regioner sker detta också centralt; omfattning och metod skiljer sig dock åt. När data är redo att skickas till SKR skickas den i filer till SKR i enlighet en viss specifikation. Efter att SKR har tagit emot data via produktionsdatabasen *Signe* genomförs en viss bearbetning som fungerar som en begränsad kvalitetssäkring. Exempelvis tas vissa nya variabler fram, till exempel *ägarform*, och viss inrapportering exkluderas, till exempel vårdkontakter utan vårdgaranti i fas 1 och 2. Därefter publiceras data.

Flera regioner påtar att den nya uppföljningsmodellen har inneburit en ökad noggrannhet i registrering och därigenom en ökad datakvalitet. Detta

härleds främst till ökade utbildningsinsatser samt ett nationellt fokus på frågan.

Regionerna beskriver att data kvalitetssäkras löpande av verksamheterna, och i de flesta regioner sker detta också centralt; omfattning och metod skiljer sig dock åt mellan olika regioner.

Tillgång till data och resultat

Regionerna kan få tillgång till de data de rapporterat in för den specialiserade vården genom ett begränsat antal behörigheter till en webapplikation av det nationella it-verktyget Qlikview från SKR. Genom Qlikview kan regionerna kvalitetssäkra sin data på detaljerad nivå och jämföra sig med andra regioner på aggregerad nivå.

Huvudsakligen använder regionerna sina interna analysverktyg för att följa tillgängligheten. I dessa verktyg finns ofta tillgång till löpande uppdaterade data och ibland även fler dimensioner, exempelvis mottagning och ekonomi, än vad som rapporteras in till väntetidsdatabasen. Hur avancerade dessa verktyg är varierar dock. Vissa regioner saknar i dagsläget fullgoda interna verktyg och förlitar sig därför helt på väntetidsdatabasen.

Det pågår ett utvecklingsarbete för att möjliggöra tillgång via ett API (application programming interface), som skulle förenkla kommunikationen mellan den nationella väntetidsdatabasen och regionala analysverktyg.

Alla som önskar, inklusive regionerna själva, kan se regionernas resultat för uppfyllelse av vårdgarantin inom specialiserade vården i enlighet med den nya uppföljningsmodellen på webbplatsen vantetider.se. Där finns resultat för vårdgarantins olika tidsgränser för väntande och genomförda första kontakter, operationer/åtgärder samt undersökningar inom vårdgarantin. Även andelen vårdkontakter som får återbesök inom det medicinska måldatumet är möjligt att följa.

Det går att välja resultat för riket (alla regioner), men även per region, per år och månad, yrkesgrupp, kontaktform, specialitet, vårdutbud, kön, åldersgrupp med mera. För en del val visas inga resultat, som exempelvis när data saknas eller består av färre än 20 vårdkontakter.

För vidarebearbetning av data finns det nedladdningsfunktioner som dock kräver flera val och nedladdningar om man till exempel vill ha resultat för flera kontaktformer, specialiteter, eller vårdutbud. I den nya modellen är specialiteterna och vårdutbuden uppdelade i en högre detaljeringsnivå än i den gamla modellen, vilket skapar många fler delspecialiteter och delvårdutbud som går att följa. Dock behöver användaren kunna tillgodose sig den information som är tillgänglig även på en övergripande nivå.

Användning av data från den nya modellen är i tidigt skede

Data från den uppdaterade modellen har flera användningsområden. Ett sådant är publicering av utvalda väntetidsdata. På vantetider.se finns resultaten tillgängliga för berörda aktörer i regioner, på nationell nivå samt för allmänheten.

Ett ytterligare användningsområde för inrapporteringen är som underlag till ett antal projekt på nationell nivå. Exempelvis framkommer det i intervjuer att inrapporteringen också används som underlag för *Vården i siffror* men även för andra riktade projekt kopplade till uppföljning av covid-19, patientsäkerhet och fallskador.

Ett annat användningsområde är uppföljningen av måluppfyllnad av vårdgarantin i syfte att beräkna prestationsbaserad ersättning enligt överenskommelser mellan SKR och staten. I överenskommelsen mellan SKR och staten om ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2020 ingick prestationsersättning för kortare väntetider inom den specialiserade vården [2]. Prestationsersättningarna togs bort i tilläggsöverenskommelsen senare samma år på grund av den rådande pandemin, men de inkluderades återigen i överenskommelsen 2021 [19].

Ett ytterligare användningsområde för den nya uppföljningsmodellen är att följa tillgänglighet i bredare mening än endast väntetider och måluppfyllnad av vårdgarantin. Exempelvis utökas möjligheterna att följa upp digitala besök, remisser, olika sorters akutbesök, diagnosgrupper, uppdämda vårdbehov samt köns- och åldersgrupper.

I uppföljande intervjuer med regionerna uppger flera regioner att de är medvetna om dessa möjligheter. Däremot är det få regioner som har hunnit komma i gång med att använda tillgänglighetsdata för dessa syften. Nuvarande uppföljning av tillgänglighet i regionerna som nämns under intervjuer avser framför allt analys av måluppfyllnad av vårdgarantin, avvikelserapportering och väntetider. Ett fåtal regioner uppger att analys av tillgänglighet för specifika diagnosgrupper, digitala besök, remissflöden och uppdämda vårdbehov genomförs. Vidare beskriver man att jämförelser med resultat från andra regioner görs, men att det sker som särskilda insatser snarare än systematiskt. Uppföljningen av väntetider och måluppfyllnad sker löpande. Resultaten som tas fram av regionerna används inom verksamheterna, av tjänstepersoner och av politiker. Utvalda resultat presenteras också för allmänheten och media.

4. Uppföljning och analys av inrapporteringen

För att besvara frågeställningen om huruvida regionerna har god följsamhet till kraven på inrapportering till den nationella väntetidsdatabasen har vi definierat fyra delfrågeställningar. De följer nedan och resultaten redovisas därefter i var sitt avsnitt.

1. Vilka variabler rapporteras in för vilken andel av alla vårdkontakter?
2. Hur stor andel av vårdkontakterna rapporteras in?
3. Vilka skillnader ses mellan regionerna i metod för inrapportering och klassificering av data kopplade till vårdgarantin?
4. Hur påverkar inrapporteringens kvalitet möjligheten till uppföljning?

Vilka variabler rapporteras in för vilken andel av alla vårdkontakter?

I detta avsnitt presenteras inledningsvis inrapporteringen per region – först för genomförda och därefter för väntande vårdkontakter. Avslutningsvis presenteras inrapporteringen inom olika aggregerade medicinska vårdområden samt barn- och ungdomspsykiatri, för utvalda variabler.

Resultaten från den kvantitativa analysen kompletteras löpande med insikter från intervjuer med regionerna, för att fördjupa förståelsen kring saknade variabler, låg inrapportering och hur uppföljningsmodellen upplevs av regionerna.

Genomförda vårdkontakter per region

Delområdet mätpunkter

Sex variabler ingår i delområdet mätpunkter för genomförda vårdkontakter (för en närmare beskrivning, se bilaga 2, tabell 2).

I figur 2 nedan visas hur regionernas andel inrapporterade variabler varierar. Två variabler är obligatoriska: *beslut att utföra aktivitet* respektive *start av aktivitet*. Dessa rapporteras in för samtliga inrapporterade vårdkontakter av alla regioner.

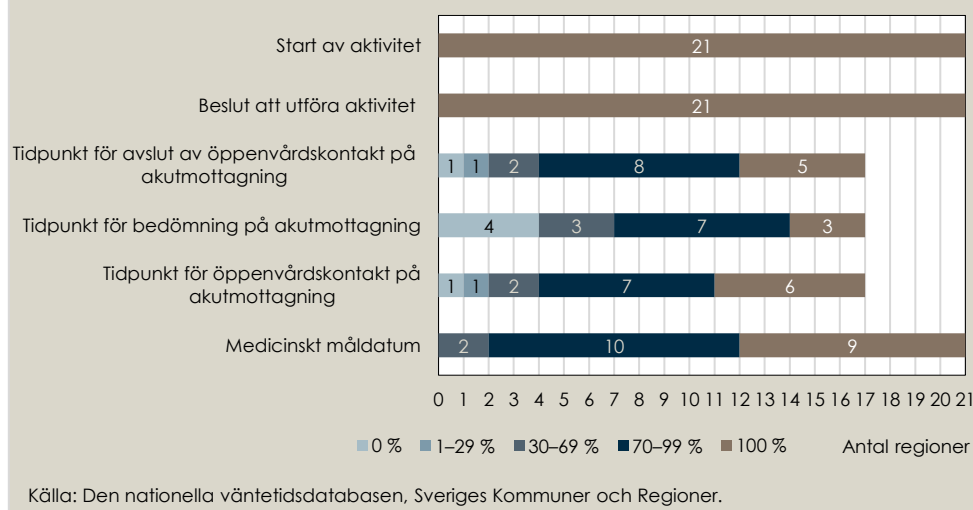
En variabel, *medicinskt måldatum*, är obligatorisk vid återbesök, men för övriga vårdkontakter ska den enbart rapporteras in om variabeln finns registrerad för vårdkontakten. Variabeln rapporteras in för samtliga återbesök av alla regioner (figur 2). Tolv regioner rapporterar inte in variabeln för övriga genomförda vårdkontakter utöver återbesök.

Tre variabler avser öppenvårdskontakt på akutmottagning (fas 5). De är obligatoriska om det finns två eller flera specialiteter samlokaliserade vid akutmottagningen. De tre variablerna är *tidpunkt för öppenvårdskontakt på akutmottagning* (när öppenvårdskontakten påbörjades), *tidpunkt för bedömning på akutmottagning* (när första beslutsgrundande bedömning görs)

och *tidpunkt för avslut av öppenvårdskontakt på akutmottagning* (när öppenvårdskontakten avslutades). Mellan tio och tretton regioner rapporterar dessa variabler för 70 procent eller fler av de inkluderade öppenvårdskontaktarna på akutmottagning (figur 2). Fyra regioner rapporterar inte in några akuta vårdkontakter alls, trots att det är ett krav.

I en uppföljande diskussion med utvalda regioner framkom att det inte var känt för tre av dem att inrapporteringen inte fungerade och att en region, Region Kronoberg, enligt Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) har fattat ett internt beslut om att inte rapportera in variabler för akuta vårdkontakter.

Figur 2. Regionernas inrapportering av sex variabler för genomförda vårdkontakter inom delområdet mätpunkter, oktober 2020–januari 2021



Delområdet patientnära information

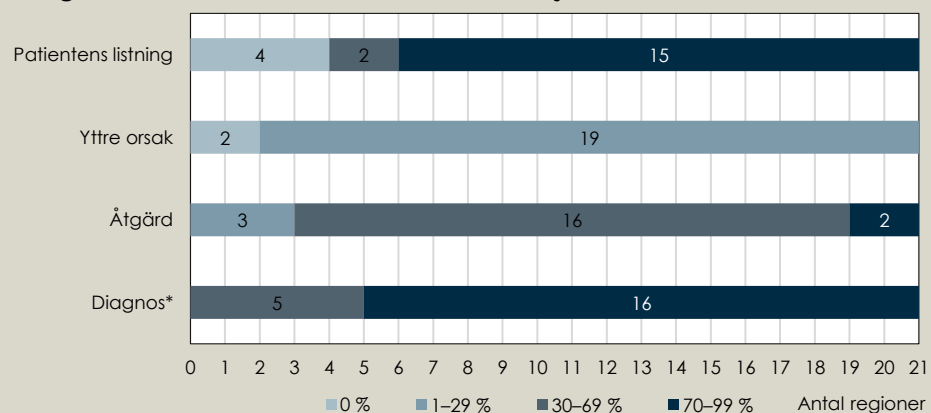
Åtta variabler ingår i området patientnära information för genomförda vårdkontakter (för en närmare beskrivning, se bilaga 2, Tabell 2).

Tre variabler är obligatoriska: *patientens födelseår*, *patientens kön* och *folkbokföringskommun*. Dessa rapporteras in för samtliga inrapporterade vårdkontakter av nitton regioner. Två regioner, Västra Götalandsregionen och Region Stockholm, rapporterar in fiktiva värden på grund av en pågående diskussion med SKR om hantering av personuppgifter.

Fem variabler är obligatoriska om variabeln finns registrerad för vårdkontakten: *patientens listning*, *diagnos*, *typ av diagnos* (inte inkluderat i datauttaget), *yttre orsak* (enbart för vissa diagnoser) och *åtgärd*. Variablerna *patientens listning* och *diagnos* rapporteras in för färre än 70 procent av de inkluderade vårdkontaktarna av sex respektive fem regioner (figur 3). Variabeln *åtgärd* rapporteras in för färre än 70 procent av de inkluderade vårdkontaktarna av nitton regioner. Åtgärder genomförs inte alltid vid en vårdkontakt, vilket förklarar varför ingen region har åtgärdsinrapportering för samtliga vårdkontakter.

I uppföljande intervjuer beskriver regionerna hur en förbättrad inrapportering av patientnära information ännu inte hunnit prioriteras. För att förbättra inrapporteringen av diagnos och åtgärd kommer det att behövas en ökad registreringsgrad av professionen, menar regionerna.

Figur 3. Regionernas inrapportering av fem variabler som är obligatoriska vid förekomst, oktober 2020–januari 2021



* Variabeln typ av diagnos har inte ingått i det datauttag som tagits emot.
Källa: Den nationella väntetidsdatabasen, Sveriges Kommuner och Regioner.

Delområdet vårdgivarinformation

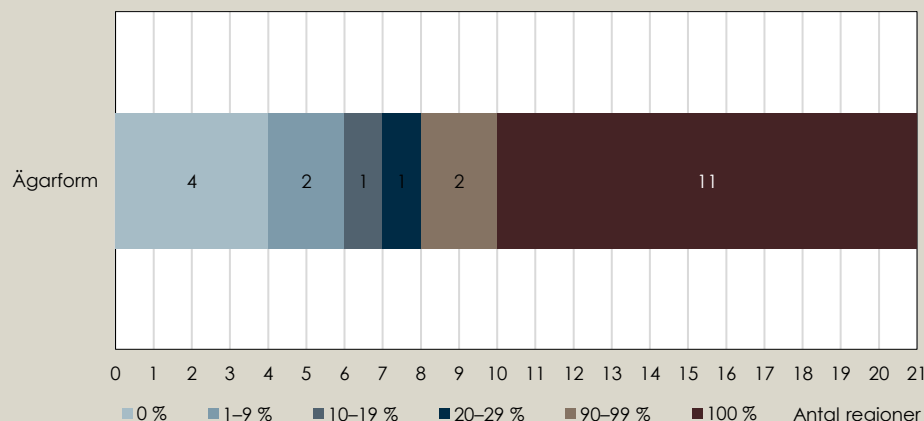
Sju variabler ingår i området vårdgivarinformation för genomförda vårdkontakter (för en närmare beskrivning, se bilaga 2, Tabell 2).

Fem av variablerna är obligatoriska: *huvudman*, *vårdgivare*, *vårdenhet 1 (sjukhus)*, *vårdenhet 1 (namn)* och *vårdenhet 2 (klinik)*. Variablerna rapporteras in fullt ut av samtliga regioner.

Två variabler är frivilliga att rapportera in: *vårdenhet 3 (vårdande enhet)* och *ägarform*. *Vårdenhet 3 (vårdande enhet)* rapporteras i dag inte in av någon region. *Ägarform* rapporteras in separat utifrån den publika HSA-katalogen hos Inera. Den publika HSA-katalogen är en elektronisk katalog som innehåller kvalitetsgranskade uppgifter om organisationer och personer inom vård och omsorg i Sverige. Om HSA-katalogen är uppdaterad rapporteras variabeln utan svårigheter.

För tio regioner rapporteras inte variabeln *ägarform* in för samtliga genomförda vårdkontakter (figur 4). Anledningen till att variabeln inte rapporteras in är att dessa regioner saknar fullt uppdaterade HSA-kataloger på vårdgivarnivå. Flera av dessa regioner uppger i uppföljande diskussioner att de inte varit medvetna om att deras HSA-katalog inte har varit fullt uppdaterad. Det har även lyfts frågetecken om huruvida den nationella väntetidsdatabasen alltid lyckas hämta in informationen från Inera på ett fullgott sätt.

Figur 4. Frekvens av variabeln ägarform för genomförda vårdkontakter, oktober 2020–januari 2021



Källa: Den nationella väntetidsdatabasen, Sveriges Kommuner och Regioner.

Delområdet information om vårdkontakt

Sexton variabler finns inom delområdet vårdkontaktinformation för genomförda vårdkontakter (för en närmare beskrivning, se bilaga 2, Tabell 2).

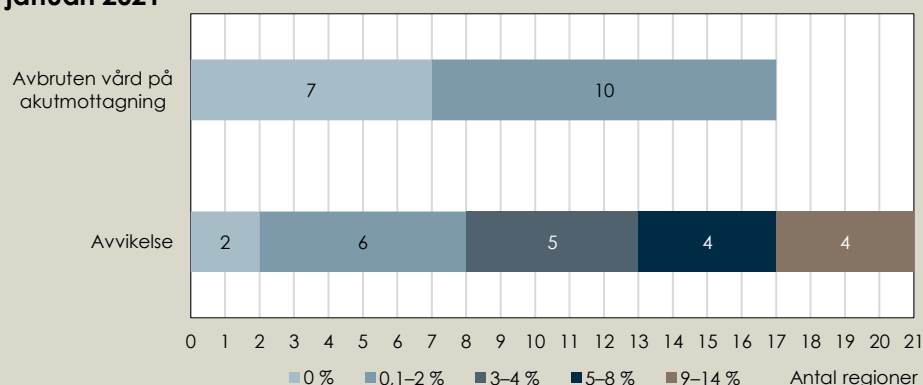
De nio obligatoriska variablerna är *vårdkontakts-id*, *vårdgaranti*, *fas*, *medicinskt verksamhetsområde*, *aktivitet*, *bokningssätt*, *vårdkontakt*, *yrkesgrupp* och *akutverksamhet*. Samtliga regioner rapporterar in dessa obligatoriska variabler för samtliga vårdkontakter.

Tre variabler är obligatoriska om variabeln finns registrerad för vårdkontakten: *avvikelse*, *avbruten vård på akutmottagning* och *remittenttyp*. Variablerna *avvikelse* och *avbruten vård på akutmottagning* har låg inrapporteringsgrad, vilket delvis kan förklaras av att de enbart förekommer för en minoritet av vårdkontakterna (figur 5). Variabeln *avvikelse* inkluderar här all inrapportering av avvikelser till den nationella väntetidsdatabasen, inklusive inrapportering för patientvald väntan under 90 dagar. I det nationella it-verktyget och på vantetider.se exkluderas patientvald väntan under 90 dagar, och siffrorna i denna rapport kan därför skilja sig från de siffror som finns att tillgå genom dessa verktyg.

I intervjuerna uppger en av de regioner som inte rapporterar in några avvikelser att det är ett medvetet val. Regionen har i stället valt att arbeta med att förbättra sina patientinteraktioner för att minska att avvikelser uppstår, och som en följd av detta har man anpassat sin interna registrering och sitt interna arbetssätt.

Som tidigare nämnts rapporterar fyra regioner inte in akuta vårdkontakter. Utöver dessa fyra regioner är det ytterligare sju regioner som inte rapporterar in variabeln *avbruten vård på akutmottagning*. Resterande tio regioner rapporterar in variabeln för ett mindre antal akuta vårdkontakter (figur 5).

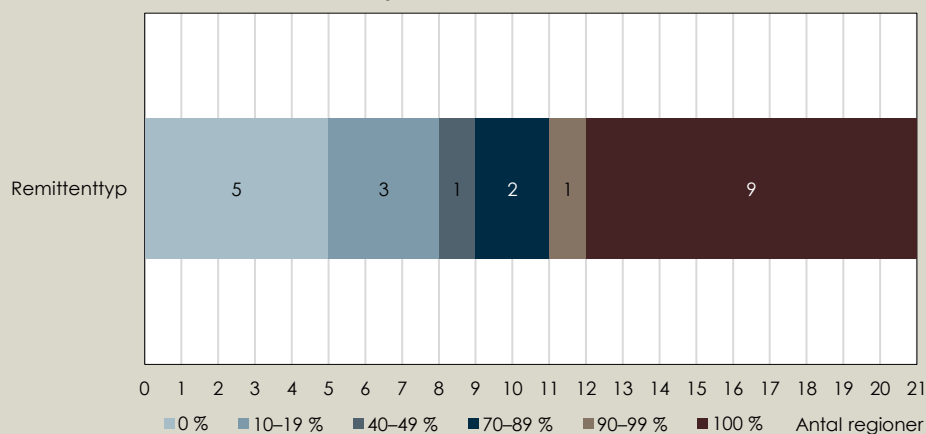
Figur 5. Regionernas inrapportering av avbruten vård på akutmottagning och avvikelse för genomförda vårdkontakter, oktober 2020–januari 2021



Not: Inkluderar samtliga rapporterade avvikelser, inklusive patientvård väntan under 90 dagar
Källa: Den nationella väntetidsdatabasen, Sveriges Kommuner och Regioner.

För variabeln *remittenttyp* finns en varierande grad av inrapportering (figur 6). Fem regioner rapporterar inte in variabeln alls medan nio rapporterar in den för samtliga vårdkontakter. En region med lägre grad av inrapportering för variabeln *remittenttyp* uppger att det beror på att man inte har remisskrav för samtliga vårdkontakter. Variabeln rapporteras därför enbart in för vårdkontakter som är första kontakt eller som ska ha behandling. Andra regioner påpekar i uppföljande intervjuer att de ännu inte prioriterat att förbättra denna del av inrapporteringen.

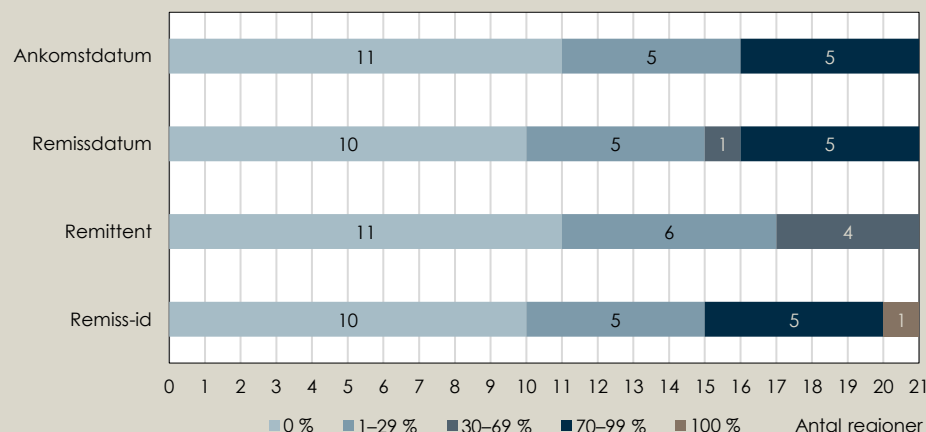
Figur 6. Regionernas inrapportering av remittenttyp för genomförda vårdkontakter, oktober 2020–januari 2021



Källa: Den nationella väntetidsdatabasen, Sveriges Kommuner och Regioner.

De fyra resterande variabelerna är frivilliga för regionerna att rapportera in. De är *remiss-id*, *remittent*, *remissdatum* och *ankomstdatum* (för remiss). För dessa variabler finns variationer i inrapporteringsgrad (figur 7). Ungefär hälften av regionerna rapporterar inte in dem alls medan vissa regioner gör det för ett större antal vårdkontakter.

Figur 7. Regionernas inrapportering av fyra frivilliga variabler för genomförda vårdkontakter, oktober 2020–januari 2021



Källa: Den nationella väntetidsdatabasen, Sveriges Kommuner och Regioner.

Väntande vårdkontakter per region

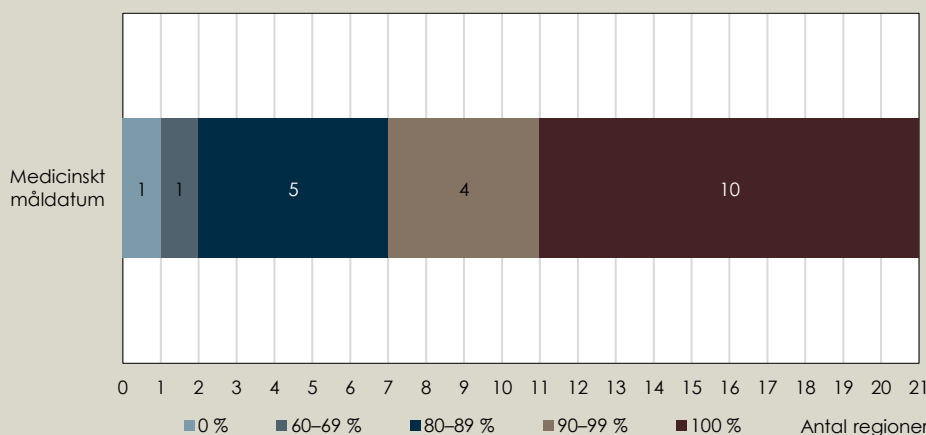
Delområdet mätpunkter

Två variabler finns i delområdet mätpunkter för väntande vårdkontakter (för en närmare beskrivning, se bilaga 2, Tabell 2).

En variabel är obligatorisk: *beslut att utföra aktivitet*. Denna rapporteras in för samtliga inrapporterade vårdkontakter från samtliga regioner.

En variabel, *medicinskt måldatum*, är obligatorisk vid återbesök och obligatorisk för övriga faser om variabeln finns registrerad för vårdkontakten. Variabeln rapporteras in för samtliga återbesök av alla regioner förutom en (figur 8). Rapporteringsgraden för variabeln varierar dock mellan regionerna för övriga väntande vårdkontakter, där tio av tjugoen regioner rapporterar in variabeln för samtliga av sina väntande vårdkontakter medan övriga elva inte gör det. En region rapporterar inte in variabeln alls.

Figur 8. Regionernas inrapportering av medicinskt måldatum, oktober 2020–januari 2021



Källa: Den nationella väntetidsdatabasen, Sveriges Kommuner och Regioner.

Vissa regioner uppger i intervjuer att man inte har den specifika variabeln *medicinskt måldatum* i sina egna system. I stället använder regionerna sig av de bästa tillgängliga liknande mått, till exempel det första bokningsdatumet för nästa besök. I vissa andra fall fyller regionerna i det medicinska måldatumet i efterhand, efter att återbesöket redan har genomförts. En region förklarar att man har gjort en förstudie för hur en korrekt inrapportering ska möjliggöras framöver.

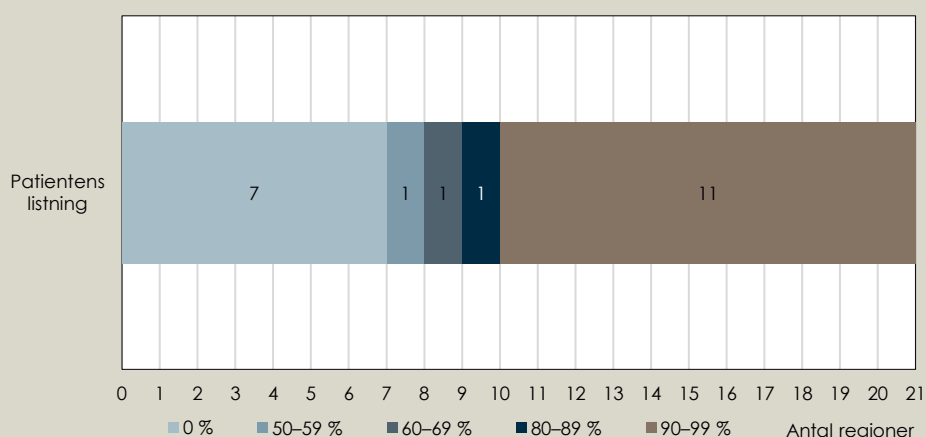
Delområdet patientnära information

Fyra variabler finns inom området patientnära information för väntande vårdkontakter (för en närmare beskrivning, se bilaga 2, Tabell 2).

De tre obligatoriska variablerna är *patientens födelseår*, *patientens kön* och *folkbokföringskommun*. Dessa rapporteras in för samtliga inrapporterade vårdkontakter från nitton regioner. Två regioner rapporterar endast in fiktiva värden för dessa tre variabler, vilket har nämnts tidigare vad gäller genomförda vårdkontakter per region.

Den fjärde variabeln är *patientens listning*. Den är endast obligatorisk om variabeln finns registrerad för vårdkontakten. Variabeln rapporteras in i varierande grad av regionerna (figur 9). I uppföljande intervjuer uppger flera regioner att detta beror på att denna variabel nedprioriterats i utvecklingsarbetet till förmån för andra variabler.

Figur 9. Regionernas inrapportering av patientens listning, oktober 2020–januari 2021



Källa: Den nationella väntetidsdatabasen, Sveriges Kommuner och Regioner.

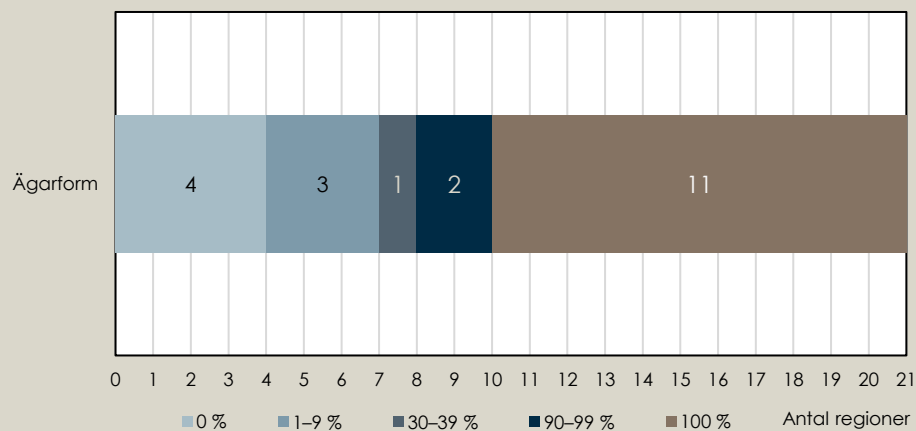
Delområdet vårdgivarinformation

Sju variabler finns inom området vårdgivarinformation för väntande vårdkontakter (för en närmare beskrivning, se bilaga 2, Tabell 2).

Tre variabler är obligatoriska: *huvudman*, *vårdgivare*, och *vårdenhet 2 (klinik)*. De rapporteras in fullt ut av samtliga regioner.

Tre variabler är obligatoriska om variabeln finns registrerad för vårdkontakten: *vårdenhet 1 (sjukhus)*, *vårdenhet 1 (namn)* och *ägarform*. Rapporteringen för variabeln *ägarform* saknas helt eller delvis även för väntande vårdkontakter för regioner som inte uppdaterar sin HSA-katalog på vårdgivarnivå (figur 10).

Figur 10. Andel väntande vårdkontakter med uppgift om ägarform, oktober 2020–januari 2021



Källa: Den nationella väntetidsdatabasen, Sveriges Kommuner och Regioner.

Som nämnts tidigare vad gäller genomförda vårdkontakter, rapporteras variabeln *ägarform* in separat utifrån regionernas HSA-katalog. Det har även lyfts frågetecken om huruvida den nationella väntetidsdatabasen alltid lyckas hämta in informationen från Inera på ett fullgott sätt.

Den sjunde och sista variabeln, *vårdenhet 3 (vårdande enhet)*, är frivillig att rapportera in av regionerna. Ingen region rapporterar in denna variabel i dag.

Delområdet vårdkontaktinformation

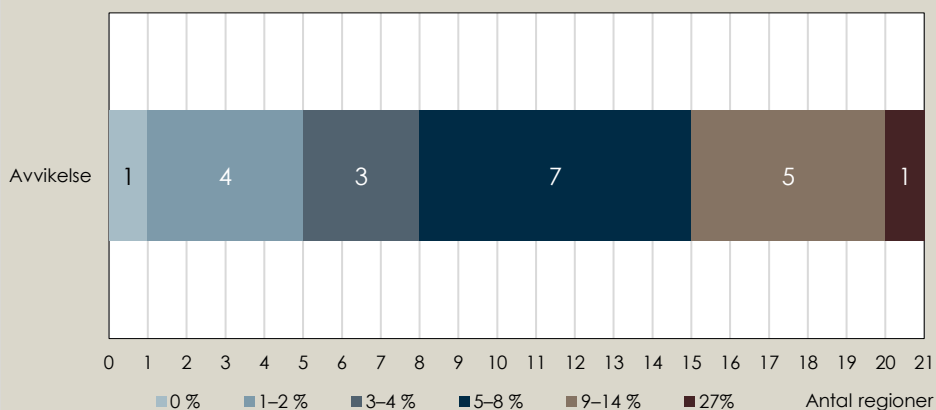
Fjorton variabler finns inom delområdet vårdkontaktinformation för väntande vårdkontakter (för en närmare beskrivning, se bilaga 2, Tabell 2).

De åtta obligatoriska variablerna är *vårdkontakts-id*, *vårdgaranti*, *fas*, *medicinskt verksamhetsområde*, *aktivitet*, *bokningssätt*, *vårdkontakt* och *yrkesgrupp*. Samtliga regioner rapporterar in dessa obligatoriska variabler för samtliga vårdkontakter.

Två variabler är obligatoriska om variabeln finns registrerad för vårdkontakten. Dessa är *avvikelse* och *remittenttyp*. Variabeln *avvikelse* har låg och varierande inrapporteringsgrad. Som tidigare nämnts inkluderar variabeln *avvikelse* all inrapportering av avvikelser till den nationella väntetidsdatabasen, inklusive inrapportering för patientvald väntan under 90 dagar.

Samtliga regioner förutom en rapporterar in avvikelser (figur 11). En region rapporterar in avvikelser för 27 procent av sina vårdkontakter. Denna region uppger i uppföljande intervjuer att man påbörjat ett internt arbete för att adressera detta. En bidragande faktor som regionen lyfter är att väntande återbesök i dagsläget inte kan rapporteras in. Samma region spekulerar även över om verksamheterna använder avvikelseinrapportering för att förbättra den egna måluppfyllnaden av vårdgarantin.

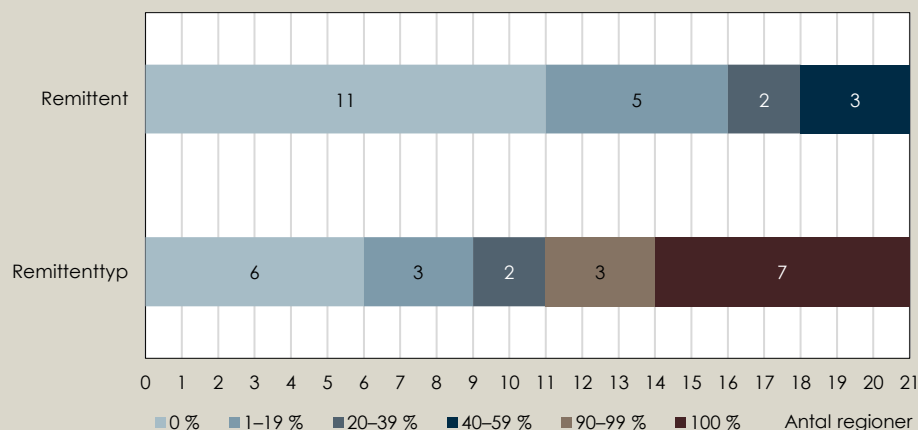
Figur 11. Regionernas inrapportering av avvikelse för väntande vårdkontakter, oktober 2020–januari 2021



Not: Inkluderar samtliga rapporterade avvikelser, inklusive patientvald väntan under 90 dagar
Källa: Den nationella väntetidsdatabasen, Sveriges Kommuner och Regioner.

För variabeln *remittenttyp* finns en varierande grad av inrapportering (figur 12). Sex regioner rapporterar inte in variabeln för väntande vårdkontakter medan sju regioner rapporterar in den för samtliga vårdkontakter. Flera regioner med låg inrapportering förklarar att man ännu inte lyckats ta fram en teknisk lösning som möjliggör fullständig inrapportering.

Figur 12. Regionernas inrapportering av remittenttyp och remittent för väntande vårdkontakter, oktober 2020–januari 2021



Källa: Den nationella väntetidsdatabasen, Sveriges Kommuner och Regioner.

Fyra variabler är frivilliga för regionerna att rapportera in: *remiss-id*, *remittent*, *remissdatum* och *ankomstdatum* (för remiss). Ingen region rapporterar in variablerna *remiss-id*, *remissdatum* eller *ankomstdatum* för väntande vårdkontakter.

För den fjärde variabeln *remittent* varierar det i vilken utsträckning regionerna rapporterar in den (figur 12). Elva regioner rapporterar inte in den för några vårdkontakter medan övriga tio rapporterar in variabeln för mellan 1 och 59 procent av sina väntande vårdkontakter.

Utvalda variabler för genomförda och väntande vårdkontakter per aggregerat medicinskt verksamhetsområde

I följande analys har de medicinska verksamhetsområdena aggregerats för att möjliggöra en översiktlig analys (för en närmare beskrivning, se bilaga 5, Tabell 5 för en lista över hur verksamhetsområdena har klassificerats). I denna analys anges området barn- och ungdomspsykiatri, som omnämns speciellt i överenskommelsen *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2020*, som ett specifikt område. Inrapporteringen kring barn- och ungdomspsykiatri sker på samma sätt som för övriga områden enligt den nya uppföljningsmodellen.

Ett aggregerat medicinskt verksamhetsområde, *patologi och cytologi*, har inga inrapporterade genomförda vårdkontakter och enbart åtta väntande vårdkontakter. Detta område exkluderas därför från analysen i detta avsnitt. Även vårdkontakter som klassificeras under verksamhetsområdet *primärvård* exkluderas.

I intervjuerna understryker flera regioner att eventuella skillnader i inrapporteringskvalitet inte nödvändigtvis är kopplade till egenskaper för det specifika medicinska verksamhetsområdet. Snarare är regionföreträdarnas bedömning att chefskapet i respektive verksamhet i högre grad förklarar skillnader mellan vårdområden.

I detta avsnitt ges ingen presentation av samtliga variabler. Fokus ligger i stället på ett urval av variabler med noterbara variationer (för en närmare beskrivning av variabler, se bilaga 2, tabell 2).

Avvikelse

I väntetidsdatabasen kan man följa antalet patienter som själva valt att vänta längre än vårdgarantins tidsgräns på sin vård, vilket kallas *patientvald väntan* (PVV). Man kan även följa så kallad *medicinskt orsakad väntan* (MOV)¹, vilken är en väntan som avgörs av vården och *särskilt orsakad väntan* (SOV)², som används inom barn- och ungdomspsykiatri. Dessa former av väntan går under benämningen *avvikelse*, vilket är en av den variabler man kan följa i väntetidsdatabasen.

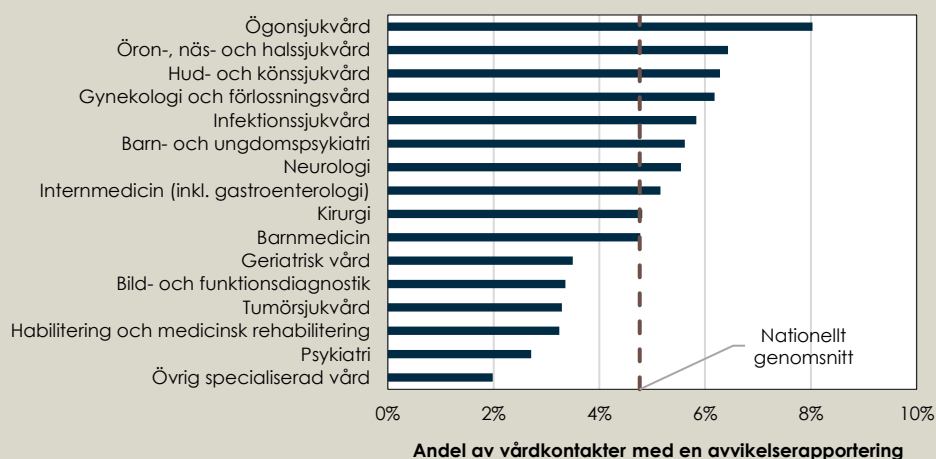
Precis som för regionerna varierar inrapportering av variabeln *avvikelse* utifrån aggregerade medicinska verksamhetsområden (figur 13). Som tidigare nämnts inkluderar variabeln *avvikelse* här all inrapportering av avvikelser till den nationella väntetidsdatabasen, inklusive inrapportering för patientvald väntan under 90 dagar. Cirka 8 procent av de genomförda vårdkontakterna inom ögonsjukvården har en avvikelserapportering, jämfört med 3 procent inom psykiatri och 2 procent inom övrig specialiserad vård. Variabeln *avvikelse* rapporteras in för 6 procent av de genomförda

¹ Medicinskt orsakad väntan (MOV) är när patienten av medicinska skäl inte bör få ett första läkarbesök eller en operation.

² Särskilt orsakad väntan (SOV) används inom barn- och ungdomspsykiatri (BUP) när vården inte kan planera in aktiviteter när relevanta aktörer i vårdkedjan, som till exempel socialtjänst och skola, saknas eller inte kan medverka inom given tid. SOV tillkom egentligen redan 2013 i samband med stimulansmedel för att uppnå väntetider inom 30 dagar inom BUP, men SOV-registrering har inte förekommit före 2021 utan har implementerats i den nya uppföljningsmodellen för specialiserade vården från oktober 2020. SOV förekommer dock endast i ett begränsat antal patienter, några per månad.

vårdkontakterna i barn- och ungdomspsykiatri, vilket är något över genomsnittet.

Figur 13. Andel genomförda vårdkontakter med inrapporterad avvikelse per aggregat medicinskt verksamhetsområde*, oktober 2020–januari 2021



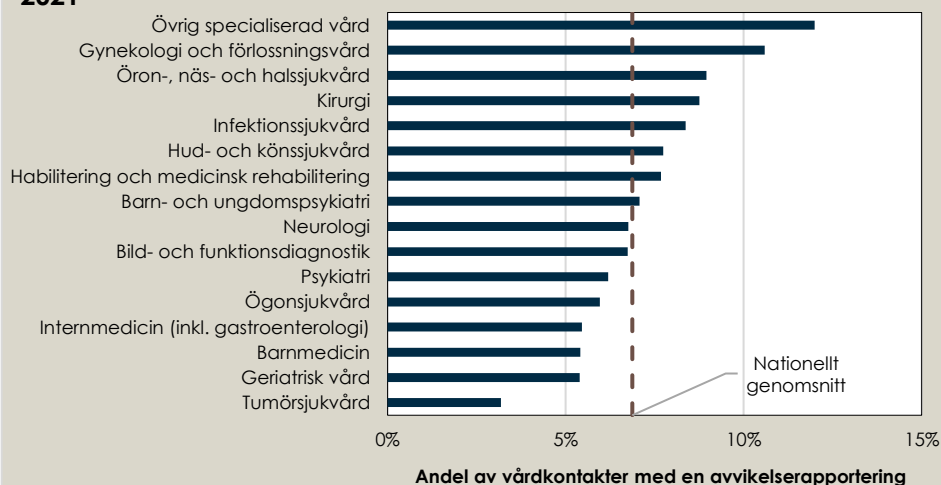
* Det aggregerade medicinska verksamhetsområdet *patologi och cytologi* har inga genomförda vårdkontakter.

Not: Inkluderar samtliga rapporterade avvikelser, inklusive patientvald väntan under 90 dagar

Källa: Den nationella väntetidsdatabasen, Sveriges Kommuner och Regioner.

Det finns variationer även för väntande vårdkontakter (figur 14). Det är dock inte samma områden som har hög respektive låg rapportering. Cirka 12 procent av väntande vårdkontakter inom övrig specialiserad vård har en avvikelserapportering, jämfört med 3 procent inom tumörsjukvården. Variabeln *avvikelse* rapporteras in för 7 procent av de väntande vårdkontakterna i barn- och ungdomspsykiatri, vilket är nära genomsnittet.

Figur 14. Andel väntande vårdkontakter med inrapporterad avvikelse per aggregat medicinskt verksamhetsområde, oktober 2020–januari 2021



Not: Inkluderar samtliga rapporterade avvikelser, inklusive patientvald väntan under 90 dagar.

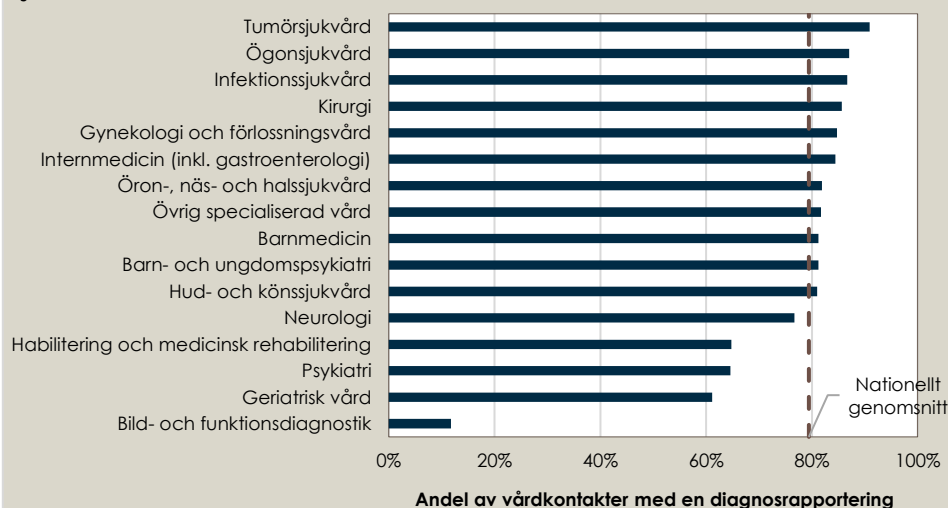
Källa: Den nationella väntetidsdatabasen, Sveriges Kommuner och Regioner.

I uppföljande intervjuer förklarar flera regionföreträdare att det är möjligt att avvikelser av naturliga orsaker varierar mellan olika områden, men att det också är sannolikt att avvikelserapportering är mer etablerad inom vissa områden än inom andra. I Socialstyrelsens analysblad om hur produktion, väntetider, och vårdköer påverkats med anledning av covid-19 [20] har det lyfts att en ökad rapportering av avvikelseformerna *patientvald väntan* och *medicinskt orsakad väntan* har skett under covid-19-pandemin, speciellt under den första vågen men även under den andra vågen. Att patienter väljer att vänta, eller att vården ombokar patientens behandling, kan därför vara kopplat till den ökade risken för covid-19-smitta, men även till den omställning som gjordes under covid-19-pandemin, vilket då i högre grad kan ha påverkat medicinska områden med lägre medicinsk prioritering.

Diagnos

Variabeln *diagnos* rapporteras in i varierande grad för de aggregerade medicinska verksamhetsområdena (figur 15).

Figur 15. Andel genomförda vårdkontakter med inrapporterad diagnos per aggregerat medicinskt verksamhetsområde, oktober 2020–januari 2021



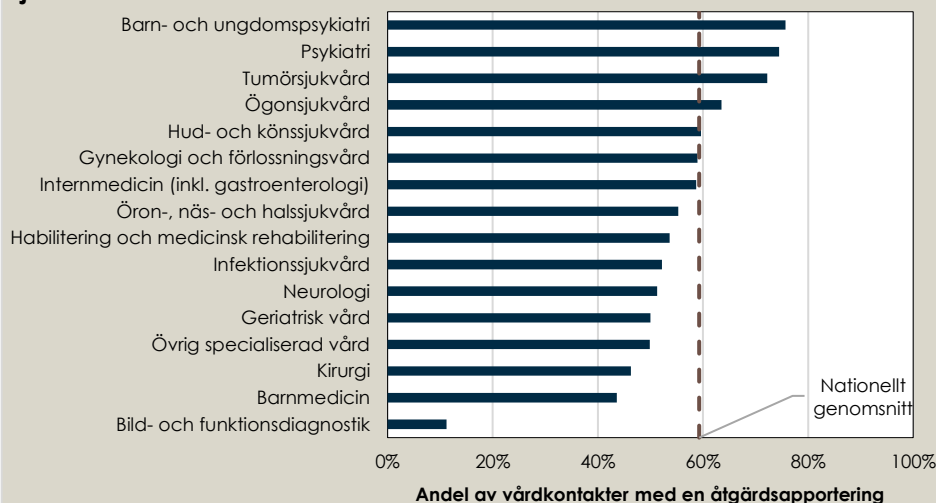
Källa: Den nationella väntetidsdatabasen, Sveriges Kommuner och Regioner.

Inom tumörsjukvården, ögonsjukvården och infektionssjukvården är inrapporteringsgraden för variabeln *diagnos* relativt hög, medan den är lägre inom habilitering och medicinsk rehabilitering, psykiatri och geriatrisk vård (figur 15). Att diagnosställning är mindre vanligt inom psykiatri, habilitering och medicinsk rehabilitering påtalas av flera regioner i intervjuer. Orsaken sägs vara att personal inom dessa områden är relativt sett mindre vana att ställa och registrera diagnos. Inom bild- och funktionsdiagnostik rapporteras variabeln *diagnos* enbart för 12 procent av genomförda vårdkontakter medan variabeln rapporteras in för 81 procent av de genomförda vårdkontakterna i barn- och ungdomspsykiatri, vilket är något över genomsnittet (figur 15). Variationen uppges i intervjuer med regioner förklaras av vårdens karaktär.

Åtgärd

Variabeln *åtgärd* rapporteras in i varierande grad för de aggregerade medicinska verksamhetsområdena (figur 16). Inom barn- och ungdomspsykiatri, psykiatri, tumörsjukvården och ögonsjukvården är inrapporteringsgraden relativt hög medan den är lägre inom kirurgi, barnmedicin och bild- och funktionsdiagnostik.

Figur 16. Andel genomförda vårdkontakter med inrapporterad åtgärd per aggregerat medicinskt verksamhetsområde, oktober 2020–januari 2021



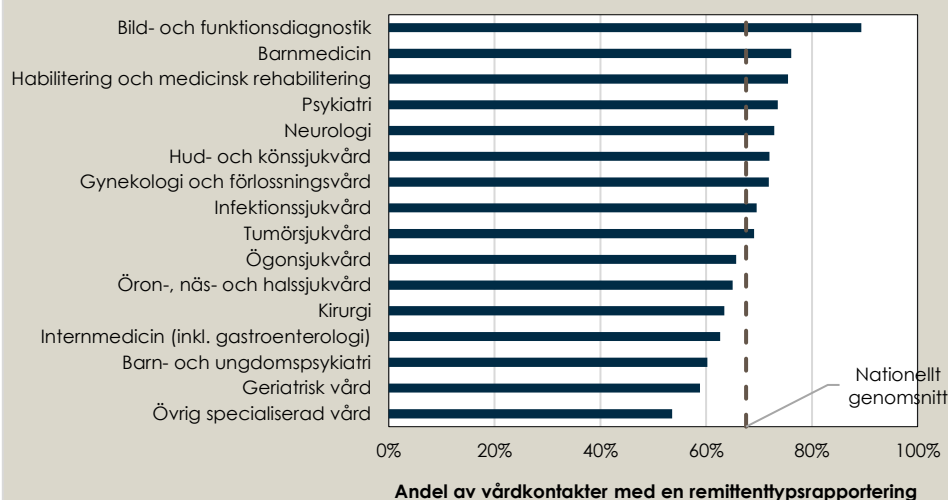
Källa: Den nationella väntetidsdatabasen, Sveriges Kommuner och Regioner.

Remittenttyp

Variabeln *remittenttyp* har en relativt hög, men varierande, inrapporteringsgrad för genomförda vårdkontakter (figur 17). Inom bild- och funktionsdiagnostik är inrapporteringsgraden särskilt hög, medan den är lägst inom geriatrisk vård och övrig specialiserad vård. Variabeln *remittenttyp* rapporteras in för 60 procent av de genomförda vårdkontakterna i barn- och ungdomspsykiatri, vilket är lägre än genomsnittet.

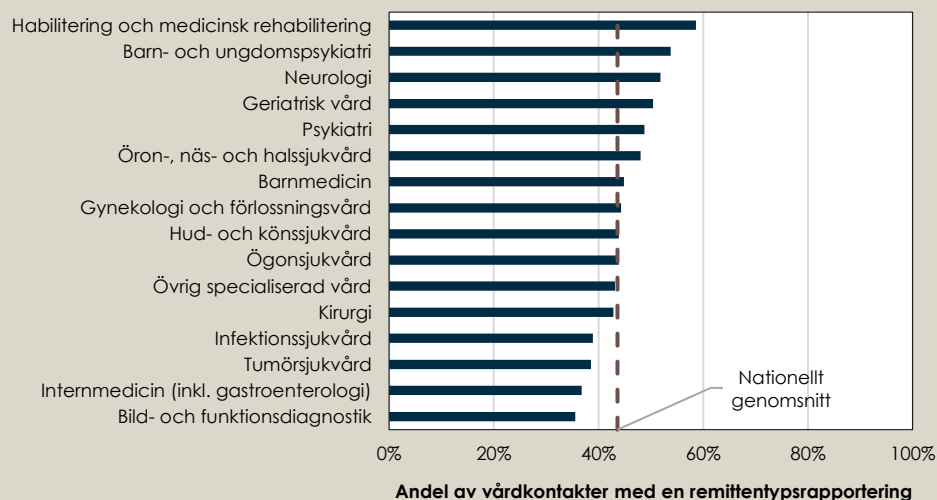
Även för väntande vårdkontakter rapporteras variabeln *remittenttyp* in i något varierande grad (figur 18). För väntande kontakter är inrapporteringsgraden högst för rehabilitering och medicinsk rehabilitering, medan den är lägst för bild- och funktionsdiagnostik. Variabeln rapporteras in för 54 procent av de väntande vårdkontakterna i barn- och ungdomspsykiatri, vilket är över genomsnittet.

Figur 17. Andel genomförda vårdkontakter med inrapporterad remittenttyp per aggregerat medicinskt verksamhetsområde, oktober 2020–januari 2021



Källa: Den nationella väntetidsdatabasen, Sveriges Kommuner och Regioner.

Figur 18. Andel väntande vårdkontakter med inrapporterad remittenttyp per aggregerat medicinskt verksamhetsområde, oktober 2020–januari 2021

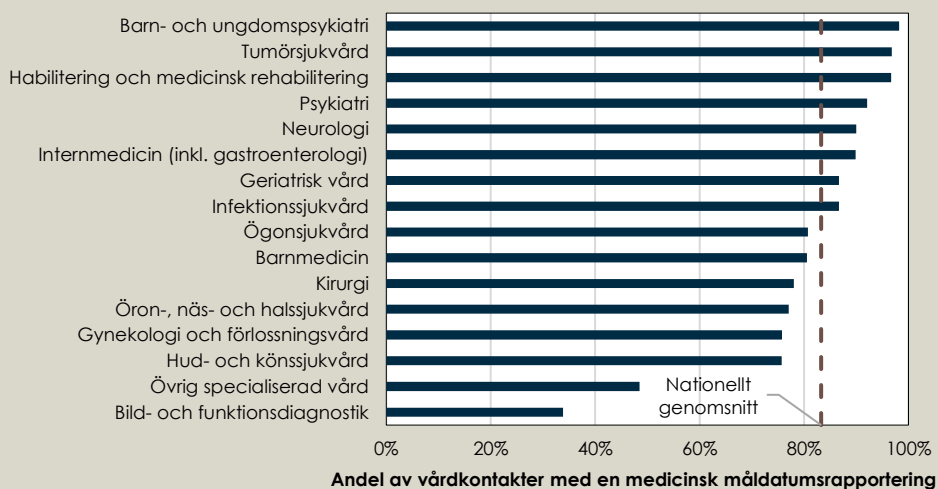


Källa: Den nationella väntetidsdatabasen, Sveriges Kommuner och Regioner.

Medicinskt måldatum

Den obligatoriska variabeln *medicinskt måldatum* har en relativt hög och jämn inrapporteringsgrad för genomförda vårdkontakter för de flesta områdena (figur 19). Bild- och funktionsdiagnostik samt övrig specialiserad vård avviker från övriga områden med en lägre inrapportering. Variabeln rapporteras in för 98 procent av de genomförda vårdkontaktarna i barn- och ungdomspsykiatri, vilket är över genomsnittet.

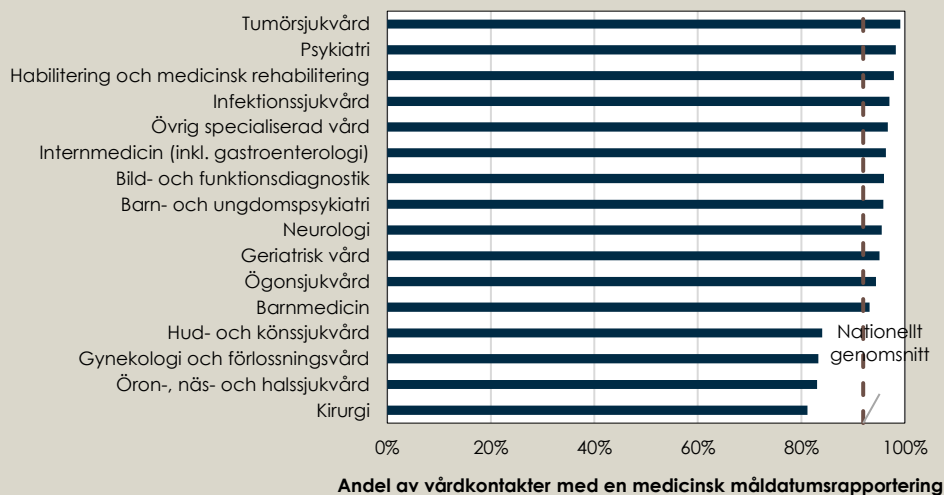
Figur 19. Andel genomförda vårdkontakter med inrapporterad medicinskt måldatum per aggregerat medicinskt verksamhetsområde, oktober 2020–januari 2021



Källa: Den nationella väntetidsdatabasen, Sveriges Kommuner och Regioner.

För väntande vårdkontakter är inrapporteringen av variabeln *medicinskt måldatum* något högre och mer jämn (figur 20). Variabeln rapporteras in för 96 procent av de väntande vårdkontakterna i barn- och ungdomspsykiatri, vilket är över genomsnittet.

Figur 20. Andel väntande vårdkontakter med inrapporterad medicinskt måldatum per aggregerat medicinskt verksamhetsområde, oktober 2020–januari 2021



Källa: Den nationella väntetidsdatabasen, Sveriges Kommuner och Regioner.

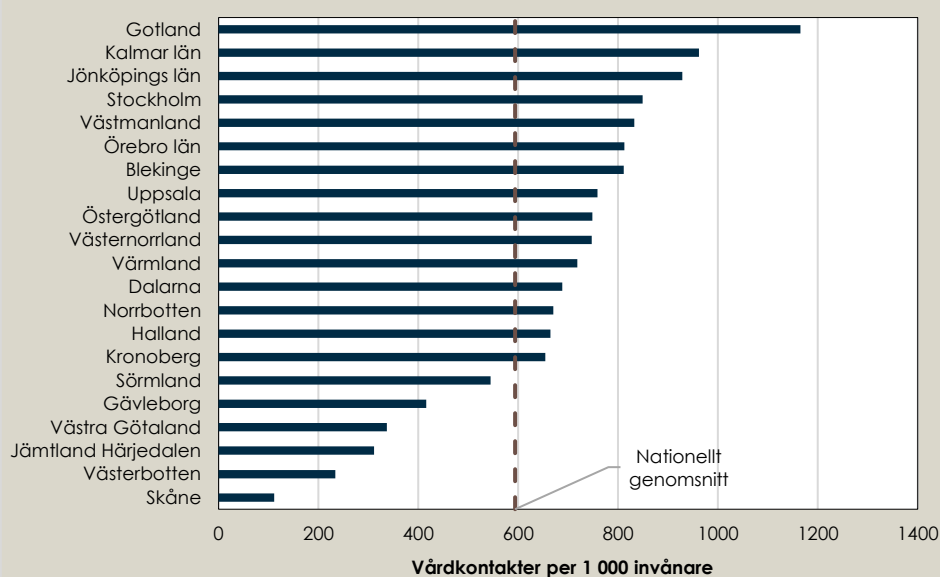
Hur stor andel av vårdkontakterna rapporteras in?

Enligt överenskommelsen ska samtliga vårdkontakter rapporteras in [9]. I detta delkapitel kommer två olika tillvägagångssätt att användas för att utvärdera vilken andel av de totala vårdkontakterna som faktiskt rapporteras in till väntetidsdatabasen. Inledningsvis görs en jämförelse av regionernas inrapporterade vårdkontakter per 1 000 invånare. Därefter görs en jämförelse av regionernas inrapportering av genomförda läkarvårdkontakter i öppenvården till den nationella väntetidsdatabasen respektive till patientregistret.

Finns skillnader i inrapporterade vårdkontakter per 1 000 invånare?

Antalet inrapporterade genomförda vårdkontakter per 1 000 invånare visar en spridning mellan regionerna från 112 till 1 165 vårdkontakter under perioden oktober 2020–januari 2021 (figur 21). Den högst inrapporterande regionen rapporterar med andra ord in tio gånger fler genomförda vårdkontakter per 1 000 invånare än den lägst inrapporterande regionen.

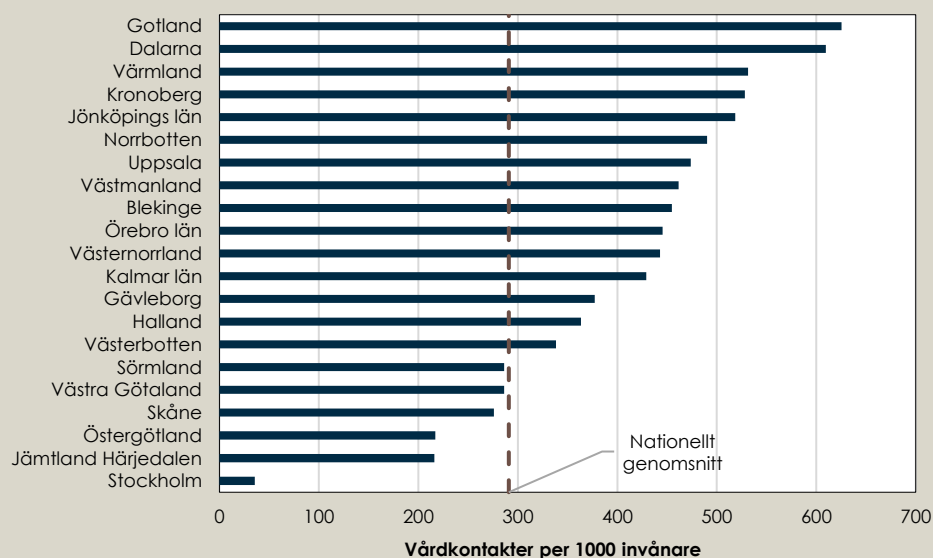
Figur 21. Inrapporterade genomförda vårdkontakter per 1 000 invånare och region, oktober 2020–januari 2021



Källa: Den nationella väntetidsdatabasen, Sveriges Kommuner och Regioner.

Antalet inrapporterade väntande vårdkontakter per 1 000 invånare visar i sin tur också en spridning mellan regionerna, från 216 till 625 vårdkontakter i genomsnitt per månad mellan oktober 2020–januari 2021 (figur 22).

Figur 22. Inrapporterade väntande vårdkontakter per 1 000 invånare, månadsgenomsnitt oktober 2020–januari 2021



Källa: Den nationella väntetidsdatabasen, Sveriges Kommuner och Regioner.

I uppföljande intervjuer påpekar regionföreträdare att det kan vara svårt att fastställa om variationer i antalet väntande vårdkontakter är befogade eller inte. Regioner kan ha arbetat på olika sätt för att korta ner antalet väntande vårdkontakter. Vidare kan regionala variationer i utbud bidra till skillnader. Däremot är skillnaderna sannolikt för stora för att enbart förklaras av naturliga variationer.

Flera regioner understryker i intervjuer att modellen är relativt ny och ingen pilottestning gjordes innan den sätts för samtliga regioner, vilket kan innebära att regioner tolkar modellen olika. Vissa regioner är också medvetna om att de i dagsläget inte uppnår en fullgod täckningsgrad, exempelvis på grund av utmaningar med att sammanställa vårdkontakter från olika interna system på ett fullständigt sätt. Sammantaget indikerar detta att det sannolikt förekommer en underrapportering av vårdkontakter i flera regioner. Att fyra regioner inte rapporterar in akuta vårdkontakter bidrar ytterligare till denna underrapportering. En region uppgav dessutom i en intervju att man i nuläget inte rapporterar in digitala vårdkontakter eftersom man inte anser det vara tillräckligt tydligt vilka digitala kontakter som bör räknas som kvalificerade vårdkontakter.

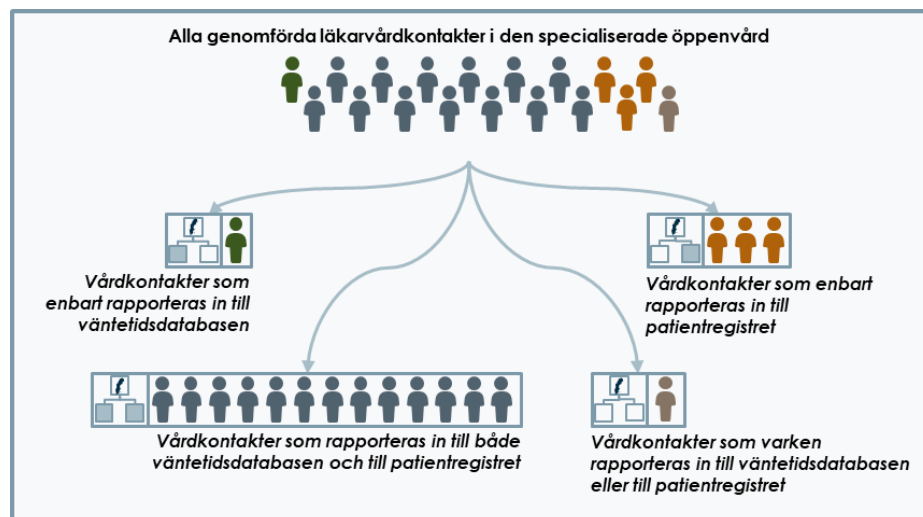
Oaktat dessa förklaringar finns det variationer mellan regioner när det gäller i vilken omfattning samtliga vårdkontakter inrapporteras.

Finns det skillnader i antal inrapporterade vårdkontakter mellan patientregistret och väntetidsdatabasen?

Ytterligare ett sätt att bedöma hur stor andelen av vårdkontakterna som rapporteras in är att jämföra antalet vårdkontakter med motsvarande inrapportering till ett annat, mer etablerat, register. Därför görs i denna del en jämförelse med antalet inrapporterade vårdkontakter till patientregistret vid

Socialstyrelsen på aggregerad nivå. Mer specifikt analyserades eventuella skillnader mellan det totala antalet genomförda läkarvårdkontakter i den specialiserade öppenvården. En jämförelse mellan de två databaserna kan resultera i fyra möjliga utfall, vilka framgår av figuren nedan (figur 23).

Figur 23. Fyra utfall - illustrativ uppdelning av inrapporteringen av läkarvårdkontakter i den specialiserade vården till den nationella väntetidsdatabasen och till patientregistret



Om jämförelsen visar färre inrapporterade genomförda läkarvårdkontakter i den specialiserade öppenvården till väntetidsdatabasen än till patientregistret ger det en indikation på att det finns möjligheter att förbättra täckningsgraden i väntetidsdatabasen.

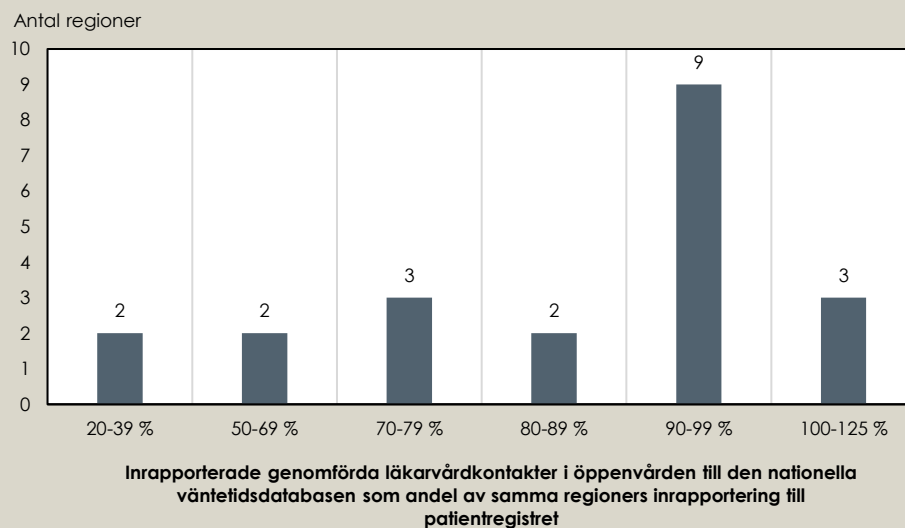
Tre regioner rapporterar in *fler* jämförbara vårdkontakter till väntetidsdatabasen än till patientregistret. Övriga regioner rapporterar in *färre* vårdkontakter men variationen bland dessa är stor. Två regioner rapporterar in 20–39 procent till väntetidsdatabasen utifrån patientregistret, medan nio regioner har en inrapporteringsgrad på 90–99 procent (figur 24).

Den nationella inrapporteringen till väntetidsdatabasen är 72 procent av motsvarande inrapportering till patientregistret. Detta indikerar att det finns en underrapportering till väntetidsdatabasen. Det är svårt att identifiera vad skillnaderna beror på, särskilt vid en analys på aggregerad nivå.

En möjlig förklaring är skillnader mellan privata och offentliga aktörer. Variabeln *ägarform* kopplat till vårdenheter finns emellertid inte tillgänglig i patientregistret och är inkomplett i den nationella väntetidsdatabasen. Det är därför inte möjligt att fastställa om det finns inrapporteringsskillnader till de två olika databaserna mellan privata och offentliga aktörer, men även generellt, kopplat till genomförda läkarvårdkontakter i öppenvården.

En annan möjlig förklaring är att vissa typer av besök, exempelvis återbesök, är särskilt underrapporterade i den nationella väntetidsdatabasen. Det är inte heller möjligt att fastställa vilka vårdkontakter i patientregistret som tillhör vilka faser och inte heller vilka som uppfyller kraven på vårdgarantin.

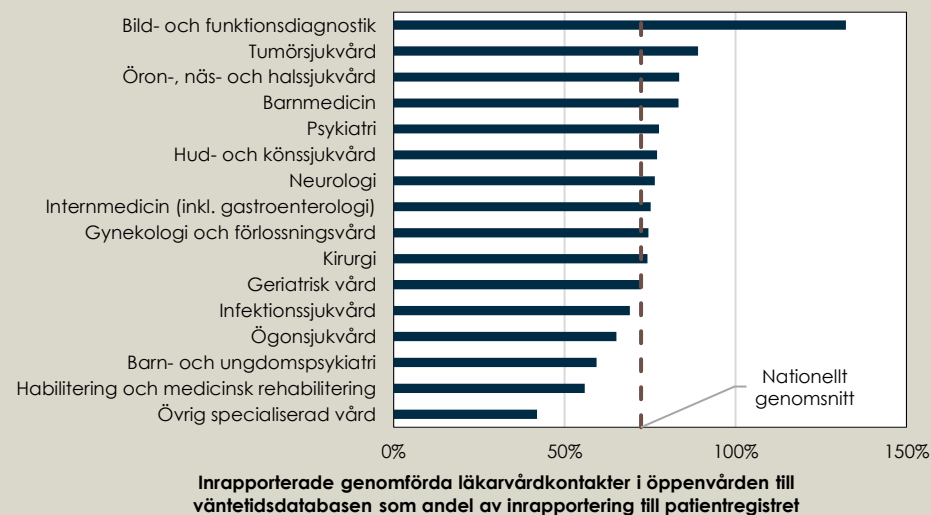
Figur 24. Jämförelse av inrapportering till väntetidsdatabasen och patientregistret för regionerna, oktober 2020-januari 2021



Källa: Den nationella väntetidsdatabasen, Sveriges Kommuner och Regioner samt patientregistret, Socialstyrelsen.

Även en analys för de aggregerade medicinska verksamhetsområdena visar på variationer (figur 25). För samtliga områden utom bild- och funktionsmedicin är inrapporteringen till väntetidsdatabasen mindre än till patientregistret. Underrapporteringen är störst för övrig specialiserad vård.

Figur 25. Jämförelse av inrapportering till väntetidsdatabasen och patientregistret för de aggregerade medicinska verksamhetsområdena, oktober 2020-januari 2021



Källa: Den nationella väntetidsdatabasen, Sveriges Kommuner och Regioner; Patientregistret, Socialstyrelsen

Vilka skillnader ses mellan regionerna i metod för rapportering och klassificering av data kopplade till vårdgarantin?

I detta delkapitel analyseras skillnader mellan regioner i rapportering och klassificering av de data som ligger till grund för måluppfyllelse inom vårdgarantin. En förutsättning för att måluppfyllelse ska utvärderas på ett korrekt sätt är att samma principer för inrapportering och klassificering tillämpas mellan regionerna.

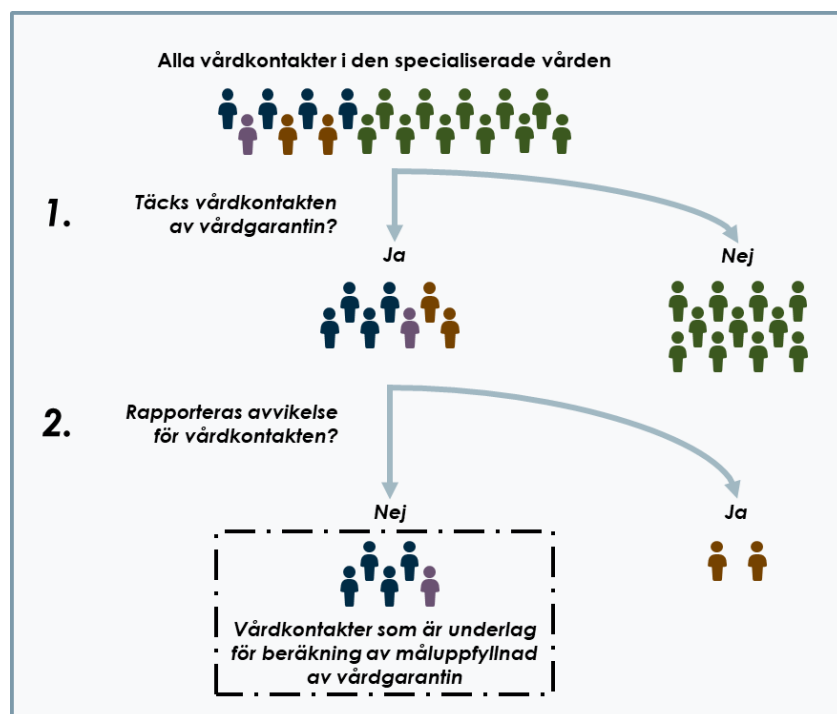
Som ett första steg analyseras skillnader kopplat till rapportering och klassificering av vårdgarantibesök (figur 26). Som ett andra steg analyseras skillnader kopplade till klassificering av avvikelser (figur 26).

Figur 26. Illustrativ uppdelning av vårdkontakter vad gäller måluppfyllnad av vårdgarantin

De vårdkontakter som kvarstår efter de två steg som beskrivs i figuren är de som utgör underlag för beräkning av måluppfyllnad av vårdgarantin:

1. Här delas vårdkontakterna upp i två grupper: de som omfattas av vårdgarantin respektive de som inte gör det. Vårdkontakter som inte omfattas av vårdgarantin exkluderas från beräkningar för måluppfyllnad av vårdgarantin. Den relevanta variabeln för att se detta i inrapporterade data är *vårdgaranti*, som ligger i området *information om vårdkontakt*. Enligt den nya uppföljningsmodellen ska vårdkontakter i fas 1 (första kontakter) och fas 2 (operationer/åtgärder) klassificeras som att de omfattas av vårdgarantin. Vårdkontakter i fas 3–5 omfattas däremot inte av vårdgarantin.

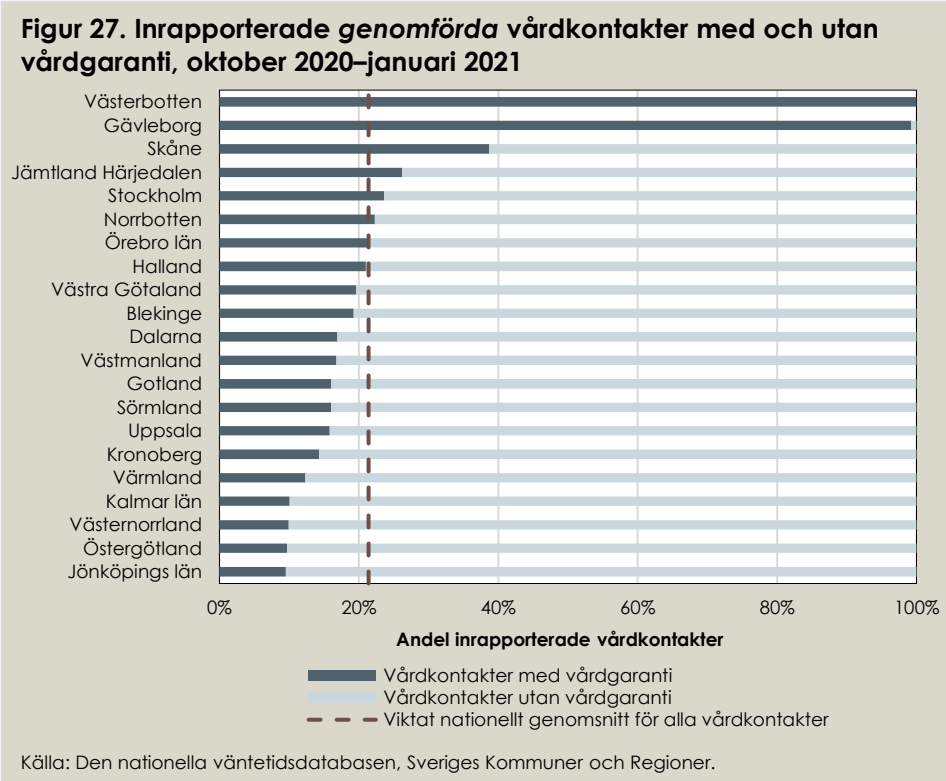
2. Här delas vårdgarantikontakterna upp i två grupper: de som har en avvikelserapportering respektive de som inte har det. För att en vårdkontakt ska ingå i beräkningen av måluppfyllnad av vårdgarantin ska det inte finnas någon rapporterad avvikelse, exempelvis för patientvald väntan (som räknas om vårdkontakten dröjer längre än 90 dagar) eller medicinskt orsakad väntan (som alltid räknas). Den relevanta variabeln för att se detta i inrapporterade data är *avvikelse*, som ligger i området *information om vårdkontakt*.



Finns det skillnader gällande inrapportering och klassificering av vårdgarantibesök?

Andel vårdkontakter med respektive utan vårdgaranti

Vid en jämförelse av hur stor andel av vårdkontakterna som klassificeras som vårdgarantibesök framgår att det finns variationer mellan regionerna (figur 27). För genomförda vårdkontakter har två regioner klassificerat näst intill samtliga inrapporterade vårdkontakter som vårdgarantikontakter. Även bortsett från dessa två regioner finns det en del variation även bland övriga regioner.

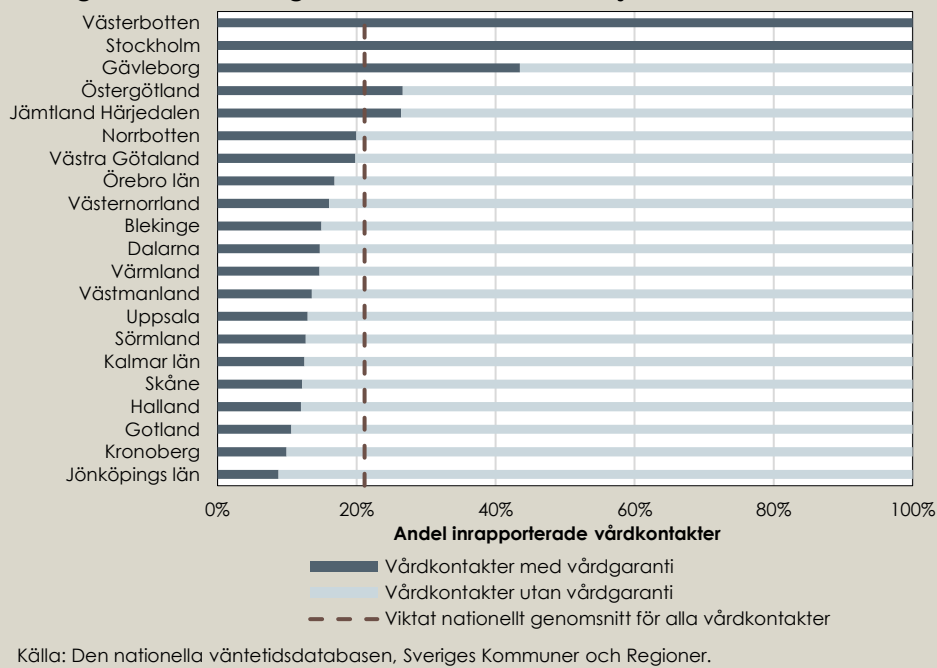


Det uppges i uppföljande intervjuer att vårdgaranti kan klassificeras på olika sätt i olika regioner – i vissa regioner sker det manuellt av vårdpersonal vid registrering, medan det i andra regioner sker mer automatiskt i systemet. Olika förhållningssätt kan ge upphov till klassificeringsskillnader.

Analysen för väntande vårdkontakter är likartad (figur 28). Två regioner klassificerar samtliga inrapporterade vårdkontakter som vårdkontakter med vårdgaranti. Samtidigt finns en spridning mellan resterande regioner.

Sammantaget indikerar analysen att regionernas klassificering av vårdgaranti skiljer sig åt, eftersom den faktiska andelen vårdgarantibesök kan förväntas vara liknande mellan regioner.

Figur 28. Inrapporterade väntande vårdkontakter med och utan vårdgaranti, månadsgenomsnitt oktober 2020–januari 2021



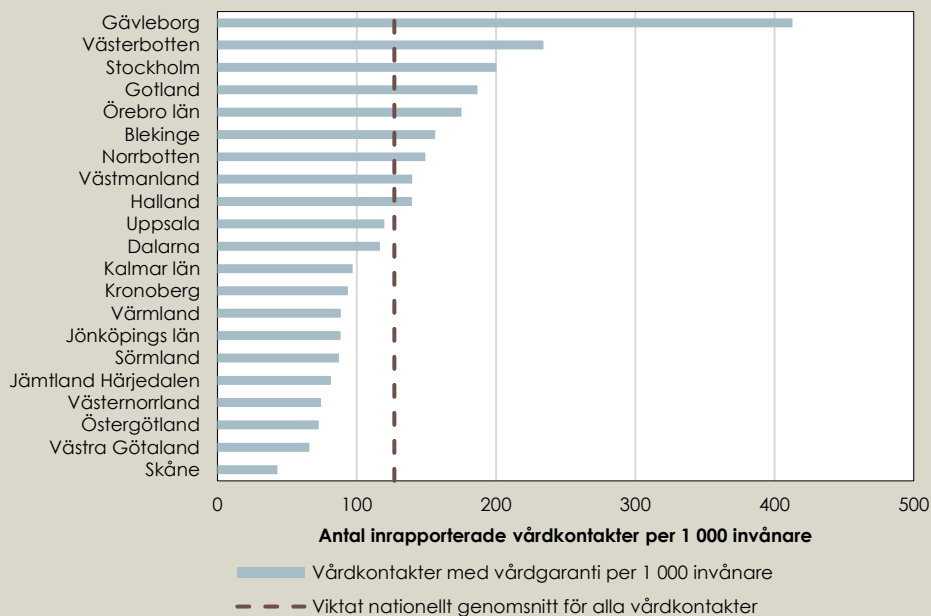
Antal vårdkontakter med vårdgaranti per 1 000 invånare

Det finns alltså skillnader i vilken andel av vårdkontakterna som klassificeras som vårdgarantibesök. Eftersom det också finns skillnader i hur många vårdkontakter som inrapporteras per 1 000 invånare blir slutsatsen att det även finns skillnader i hur många vårdkontakter med vårdgaranti som finns per 1 000 invånare. Detta illustreras av figur 29 och 30.

För genomförda vårdkontakter med vårdgaranti varierar antalet per 1 000 invånare från 43 till 413 kontakter (figur 29). Med andra ord så rapporterar regionen med högst antal nästan tio gånger så många vårdkontakter per 1 000 invånare som regionen med lägst inrapportering.

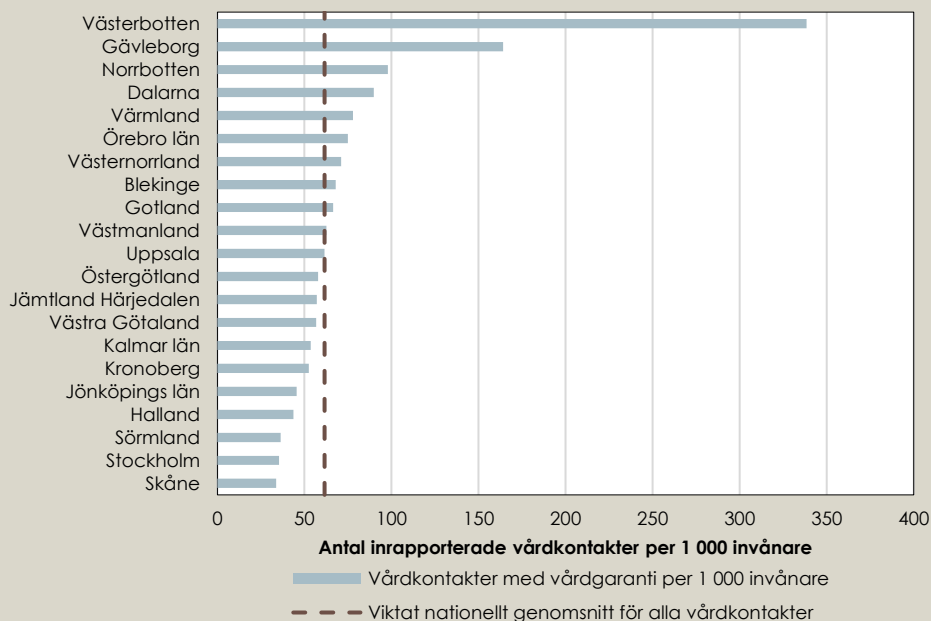
För väntande vårdkontakter med vårdgaranti varierar antalet per 1 000 invånare från 34 till 338 (figur 30). Med andra ord rapporterar regionen med högst antal även här nästan tio gånger så många vårdkontakter per 1 000 invånare som regionen med lägst inrapportering. Detta indikerar att täckningsgraden för inrapporteringen varierar mellan regionerna.

Figur 29. Inrapporterade genomförda vårdkontakter med vårdgaranti per 1 000 invånare, oktober 2020–januari 2021



Källa: Den nationella väntetidsdatabasen, Sveriges Kommuner och Regioner.

Figur 30. Inrapporterade väntande vårdkontakter med vårdgaranti per 1 000 invånare, månadsgenomsnitt oktober 2020–januari 2021



Källa: Den nationella väntetidsdatabasen, Sveriges Kommuner och Regioner.

Andel vårdkontakter med vårdgaranti per fas

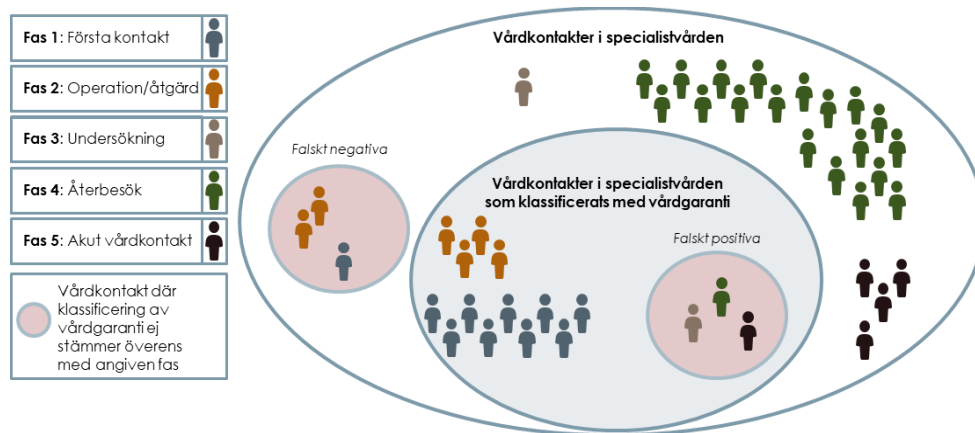
Enligt den nya uppföljningsmodellen ska enbart vårdkontakter som genomförs i fas 1 och fas 2 klassificeras som vårdgarantikontakter. Samtliga vårdgarantikontakter bör därför vara första kontakt eller operation/åtgärd.

Samtidigt bör inte några vårdkontakter som klassificeras som första kontakt eller operation/åtgärd klassificeras som icke-vårdgaranti.

Givet att det finns skillnader i andelen vårdgarantikontakter mellan regionerna görs en fördjupad analys kring faserna för att öka förståelsen kring varför det finns skillnader. För det första analyseras i vilken utsträckning som besök från faserna 3, 4 och 5 klassificeras som vårdgarantibesök (så kallat falskt positiva). Därefter analyseras i vilken utsträckning vårdkontakter i fas 1 och 2 inte klassificeras som vårdgarantibesök (så kallat falskt negativa).

För en illustrativ uppdelning av vårdkontakter, se figur 31.

Figur 31. Illustrativ uppdelning av vårdkontakter med avseende på fas och klassificering av vårdgaranti

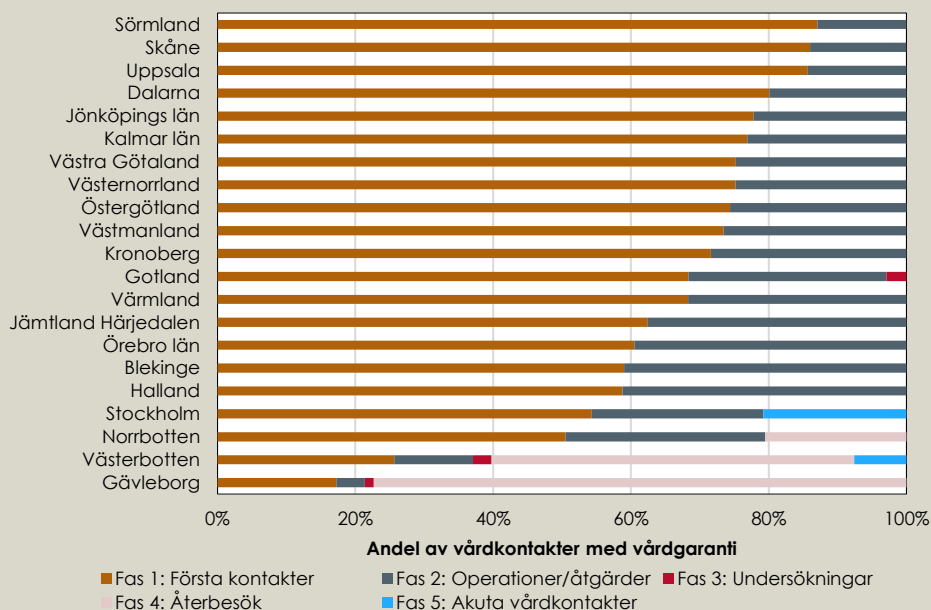


Analysen visar att det finns vårdkontakter från faserna 3, 4 och 5 som klassificeras som vårdgarantibesök (falskt positiva) i fem regioner (figur 32).

I två regioner klassificeras vissa akuta vårdkontakter som vårdgarantikontakter, trots att dessa inte ska innehålla någon planerad vård som kan innebära vårdgaranti (figur 32). I tre regioner är återbesök en betydande andel av vårdkontakter med vårdgaranti. Vidare står undersökningar för en mindre andel av vårdgarantikontakterna i tre regioner.

En aspekt som belyses i intervjuer med regionerna är att medvetenheten hos verksamheterna om hur variabeln *vårdgaranti* ska hanteras i vissa fall är begränsad. En region uppger att verksamheter misstar variabeln för att den ska indikera om själva vårdutbudet som vårdkontakten gäller är inkluderat inom vårdgarantin, snarare än att själva vårdkontakten omfattas av vårdgarantin. Denna typ av felaktig klassificering uppstår på grund av både ett bristande arbetssätt på verksamhetsnivå och en bristande kvalitetssäkring centralt. Hos majoriteten av regionerna tillhör som väntat samtliga vårdgarantibesök antingen fas 1 eller fas 2. Däremot finns bland dessa regioner en variation i hur stor andel av vårdgarantibesöken som härrör från fas 1 respektive fas 2. Denna variation indikerar skillnader i klassificering men kan också till viss del avspegla skillnader i arbetssätt.

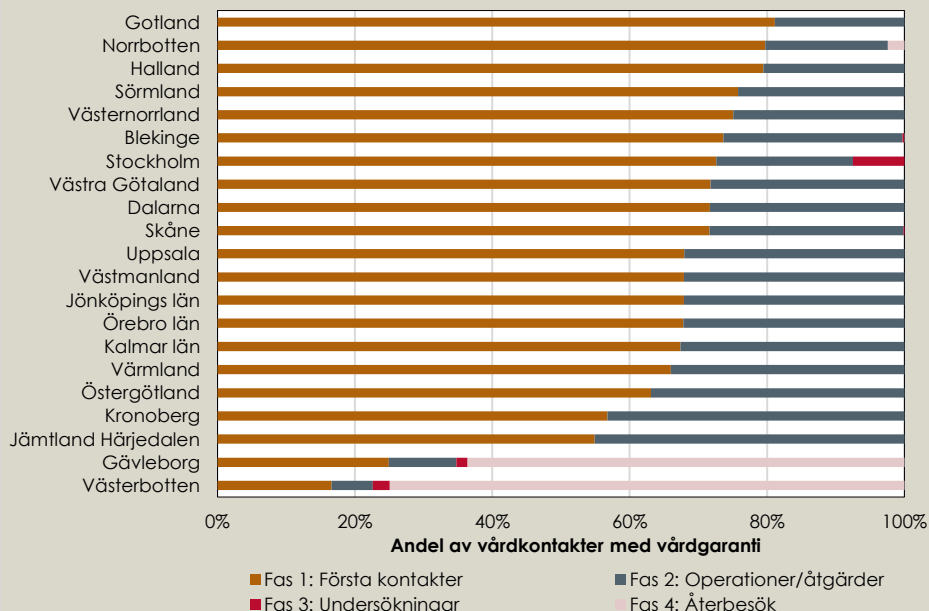
Figur 32. Inrapporterade genomförda vårdkontakter med vårdgaranti per fas, oktober 2020–januari 2021



Källa: Den nationella väntetidsdatabasen, Sveriges Kommuner och Regioner.

Klassificering av vårdgaranti för väntande vårdkontakter liknar genomförda vårdkontakter, med undantag för att det inte finns några väntande akuta vårdkontakter (figur 33).

Figur 33. Inrapporterade väntande vårdkontakter med vårdgaranti per fas, oktober 2020–januari 2021

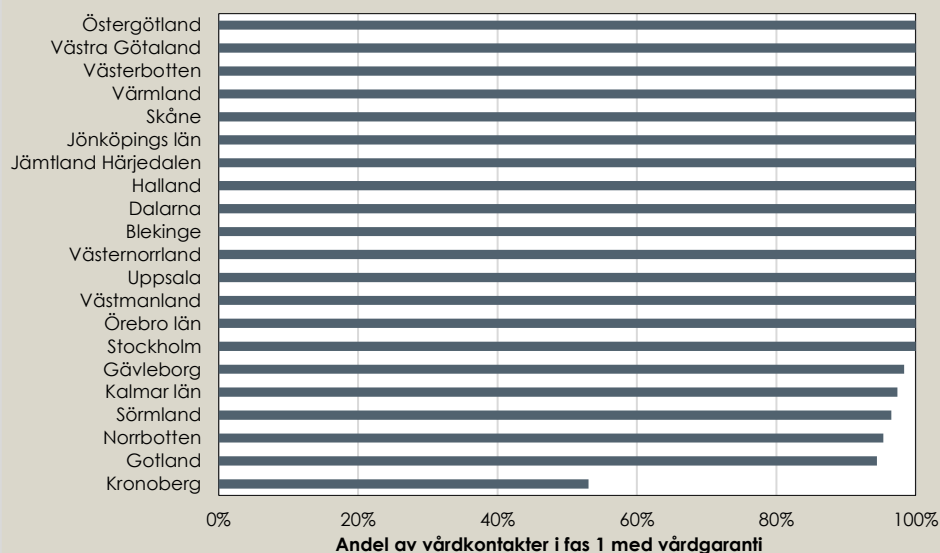


Källa: Den nationella väntetidsdatabasen, Sveriges Kommuner och Regioner.

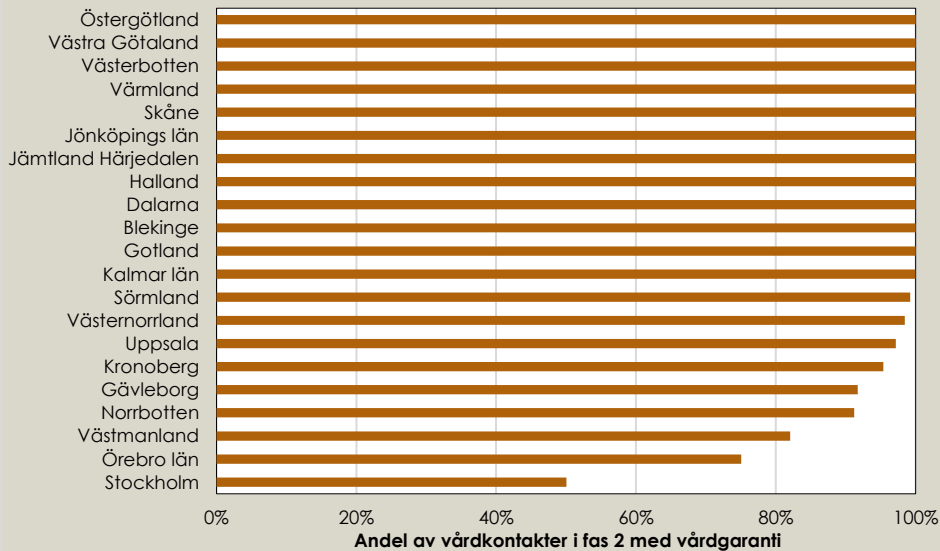
I flera regioner finns även genomförda vårdkontakter i både fas 1 och fas 2 som klassificeras som icke-vårdgarantibesök (falskt negativa). I enstaka

regioner står de för en betydande andel av de inrapporterade vårdkontaktarna. I en region klassificeras nästan hälften av alla genomförda första kontakter (fas 1) som icke-vårdgarantikontakter (figur 34). I en annan region klassificeras hälften av alla genomförda operation/åtgärder (fas 2) som icke-vårdgarantikontakter (figur 35).

Figur 34. Andel av genomförda vårdkontakter inom fas 1 med vårdgaranti, oktober 2020–januari 2021



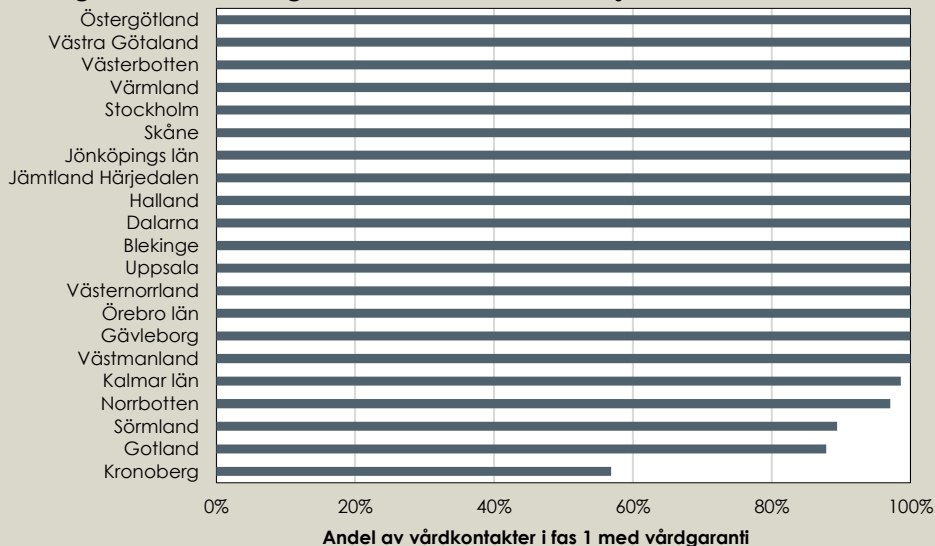
Figur 35. Andel av genomförda vårdkontakter inom fas 2 med vårdgaranti, oktober 2020–januari 2021



Analysen för väntande vårdkontakter är likartad (figur 36 och figur 37). Vårdkontakter i fas 1 och fas 2 klassificeras med vårdgaranti av majoriteten av regionerna. Ett mindre antal regioner rapporterar in vårdgaranti för näst

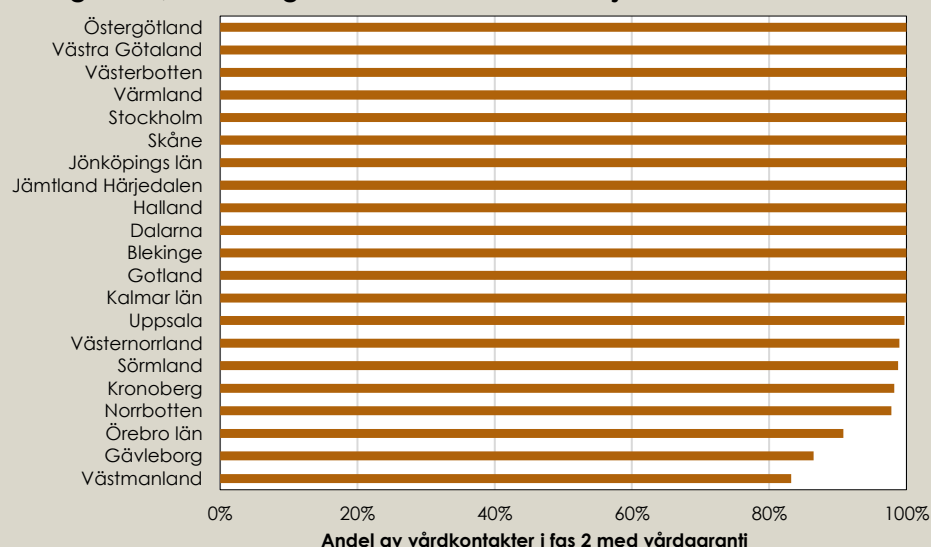
intill samtliga vårdkontakter. För någon enstaka region saknas vårdgarantiklassificering för en betydande andel av vårdkontakterna.

Figur 36. Andel av väntande vårdkontakter inom fas 1 med vårdgaranti, månadsgenomsnitt oktober 2020–januari 2021



Källa: Den nationella väntetidsdatabasen, Sveriges Kommuner och Regioner.

Figur 37. Andel av väntande vårdkontakter inom fas 2 med vårdgaranti, månadsgenomsnitt oktober 2020–januari 2021



Källa: Den nationella väntetidsdatabasen, Sveriges Kommuner och Regioner.

Som tidigare nämnts bör samtliga vårdkontakter från fas 1 och 2, men inga vårdkontakter från övriga faser, klassificeras med vårdgaranti enligt den nya uppföljningsmodellen. Detta reflekteras även i det nationella it-verktyget Qlikview, där samtliga vårdkontakter i fas 1 och fas 2 utan vårdgaranti sorteras bort. En region påpekade att det därmed blir svårare för regionerna att identifiera dessa.

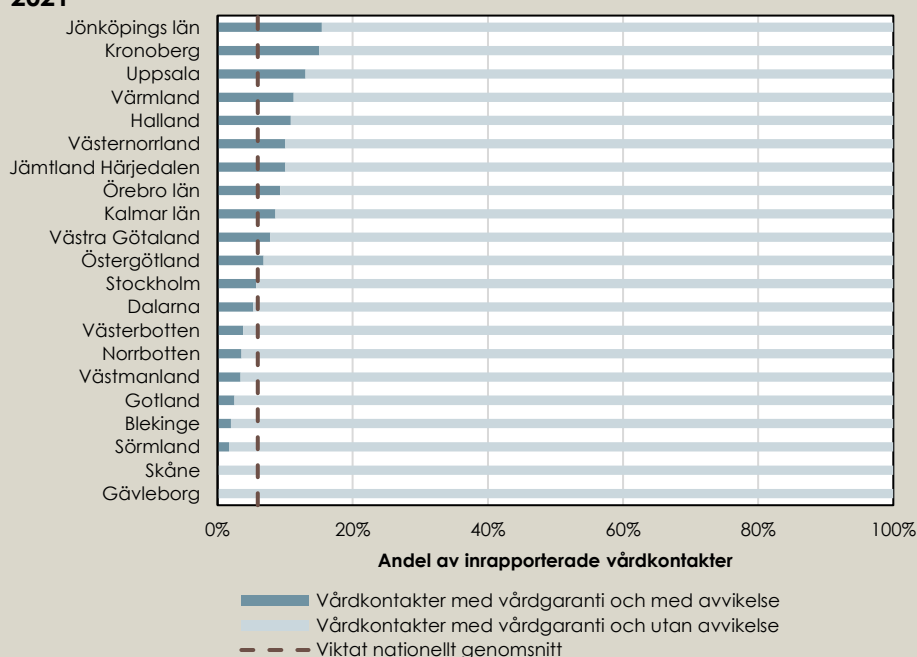
Utifrån analysen i detta delkapitel är slutsatsen att regionerna klassificerar vårdkontakter som vårdgarantikontakter på olika sätt. Dessutom överensstämmer inte klassificeringen av vårdgarantikontakt med klassificeringen i faserna på ett förväntat sätt i alla regioner. Detta är ytterligare en indikation på att klassificeringen inte är enhetlig mellan regioner, vilket kan vara en delförklaring till varför den totala andelen vårdgarantikontakter skiljer sig åt.

Olika möjliga förklaringar till detta lyfts i intervjuerna med regionerna. En förklaring som lyfts är att vissa regioner klassificerar efterkommande behandlingar i en behandlingsserie som vårdkontakter utan vårdgaranti i fas 2. Tekniska begränsningar i interna datasystem samt olika tolkningar av vad en första kontakt innebär i termer av vårdgaranti nämns också som möjliga bidragande orsaker.

Finns skillnader gällande rapportering och klassificering av avvikelser?

Nästa steg i att beräkna måluppfyllelse för vårdgarantin är avvikelser, eftersom vårdkontakter med en registrerad avvikelse exkluderas. Som tidigare nämnts inkluderar variabeln *avvikelse* all inrapportering av avvikelser till den nationella väntetidsdatabasen, inklusive inrapportering för patientvald väntan under 90 dagar. Bland vårdkontakter med vårdgaranti finns en variation mellan andelen inrapporterade avvikelser mellan regionerna där andelen inrapporterade avvikelser för genomförda vårdkontakter varierar mellan 0 och 15 procent mellan regionerna (figur 38).

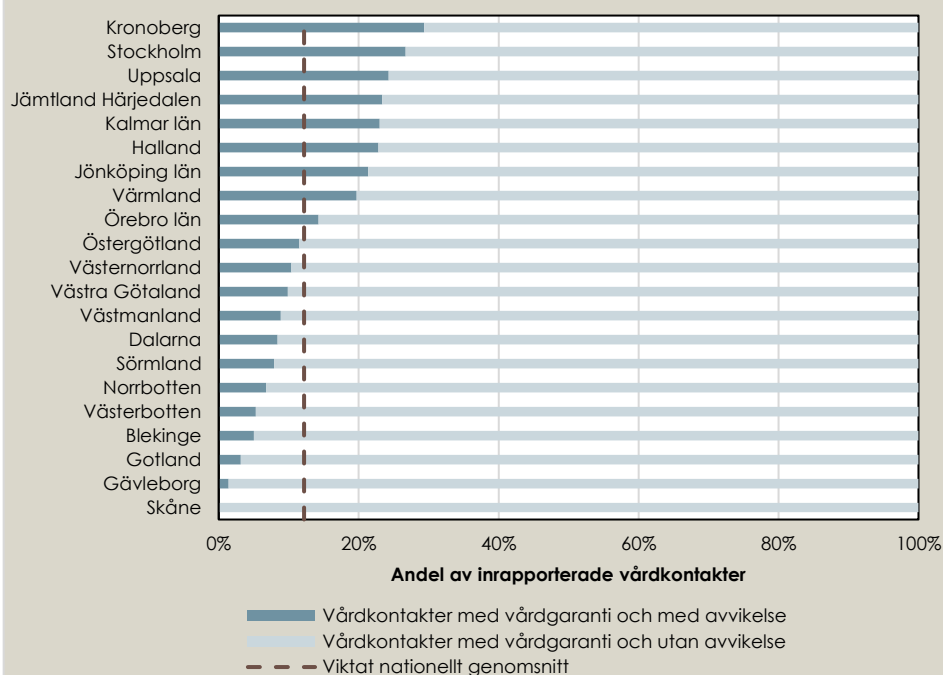
Figur 38. Inrapporterade genomförda vårdkontakter från regionerna med vårdgaranti, och med och utan avvikelse, oktober 2020–januari 2021



Not: Inkluderar samtliga rapporterade avvikelser, inklusive patientvald väntan under 90 dagar.
Källa: Den nationella väntetidsdatabasen, Sveriges Kommuner och Regioner.

Variationen är större för väntande vårdkontakter, där andelen varierar mellan 0 och 29 procent mellan regionerna (figur 39).

Figur 39. Inrapporterade väntande vårdkontakter från regionerna med vårdgaranti, och med eller utan avvikelse, genomsnitt oktober 2020–januari 2021



Not: Inkluderar samtliga rapporterade avvikelser, inklusive patientvald väntan under 90 dagar.
 Källa: Den nationella väntetidsdatabasen, Sveriges Kommuner och Regioner.

Skillnaderna i hur vårdgarantikontakter samt avvikelser klassificeras kan sammantaget begränsa möjligheten till jämförelser av måluppfyllelse mellan regioner, eftersom underlaget inte nödvändigtvis är framtaget på ett enhetligt sätt.

Hur påverkar inrapporteringen möjligheterna till uppföljning?

Det finns variationer i inrapporteringen som påverkar jämförbarheten mellan regionerna. En begränsad jämförbarhet påverkar i sin tur möjligheterna till uppföljning och användning av data när regioner, men även medicinska områden, ska jämföras med varandra. Jämförbarhet mellan regioner begränsas av flera faktorer som presenterats tidigare i detta kapitel:

- skillnader i graden av inrapportering av variabler som är frivilliga eller villkorat obligatoriska
- skillnader i tolkning och arbetssätt vid klassificering av variabler, exempelvis variablerna *medicinskt måldatum*, *fas*, *vårdgaranti* och *aktivitet*
- sannolika skillnader i andelen vårdkontakter som inrapporteras

- skillnader i inrapportering och klassificering i de variabler (*vårdgaranti* och *avvikelse*) som avgör huruvida en vårdkontakt ingår i beräkning av måluppfyllnad av vårdgarantin.

Inrapporteringen påverkar också möjligheterna till en bredare uppföljning av tillgänglighet. Den nya uppföljningsmodellen syftar till att skapa förutsättningar att bredda uppföljningen av tillgänglighet. I praktiken är dock möjligheterna till denna typ av uppföljning i dag begränsad. Detta beror huvudsakligen på att relevanta variabler har en förhållandevis låg inrapportering men också på begränsningarna i jämförbarhet.

I **Fel! Ogiltig självreferens i bokmärke.** nedan beskrivs de teoretiska och praktiska möjligheterna utifrån dagens inrapportering. En mer detaljerad beskrivning finns i bilaga 3.

Tabell 1. Möjlighet till uppföljning av olika aspekter av tillgänglighet

Tillgänglighet vad gäller:	Teoretisk möjlighet att följa upp enligt uppföljningsmodellen	Praktisk möjlighet givet nuvarande inrapportering
Digitala besök	Hög	Låg
Webbtidsbokningar	Låg	Låg
Remissflöden	Hög	Låg
Olika sorters akutbesök	Hög	Låg
Uppdämda vårdbehov	Hög	Medel
Demografiska grupper exempelvis utifrån kön och ålder	Hög	Medel
Diagnosgrupper	Hög	Medel

5. Sammanfattning av utvecklingsmöjligheter

I denna rapport identifieras olika utmaningar kopplade till olika steg i inrapporteringsprocessen vad gäller registrering och inrapportering av data, kvalitetssäkring, jämförbarhet, uppföljning av tillgänglighet samt juridik. Flest utmaningar gäller registrering och inrapportering av data: Regionerna har en god inrapportering för de variabler som klassas som obligatoriska, det vill säga variablerna är kravställda att rapporteras för alla vårdkontakter. Exempel på sådana variabler är *födelseår*, *kön*, *vårdgivare* och *medicinskt verksamhetsområde*. Men för variabler som inte är obligatoriska för alla vårdkontakter, till exempel *diagnos*, *åtgärd* och *remittenttyp*, var den mer bristfällig och varierande. Dessa skillnader uppstår på grund av olika tolkningar och rutiner vid registrering samt organisatoriska förutsättningar för regionerna.

Införandet av den nya modellen för uppföljning av tillgänglighet inom den specialiserade vården är ett framsteg som ger nya förutsättningar för att förstå olika aspekter av tillgänglighet inom hälso- och sjukvården, och de utvecklingsmöjligheter som sammanfattas nedan ska ses i ljuset av att modellen är ny och att analysen gjorts på data från de första fyra månaderna av implementeringen, det vill säga oktober 2020 till och med januari 2021. Vidare infördes modellen under covid-19-pandemin som fortfarande pågår.

Vilka av dessa utvecklingsmöjligheter som är prioriterade att åtgärda och hur behöver diskuteras med berörda aktörer, utifrån vad som bidrar med mesta möjliga nytta för att kunna följa upp tillgängligheten till den specialiserade hälso- och sjukvården i Sverige. De identifierade utvecklingsmöjligheterna nedan beskrivs utan inbördes prioritering.

Registrering och inrapportering av data

- Regionerna behöver **mer tid och inrapporteringsstöd** från Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) för att säkerställa en god inrapportering av den nya uppföljningsmodellen på ett fullgott sätt. Förändringen är relativt ny och detta märks genom exempelvis ett bortfall av data (se kapitel 4). Regioner med mer komplicerade journal- och datasystem har haft särskilda svårigheter.
- Att variabler klassificeras som frivilliga eller villkorat obligatoriska bidrar till en varierande inrapportering. Regionerna har valt att prioritera de ovillkorat obligatoriska variablerna medan övriga variabler rapporteras utifrån intresse och vilka resurser man anser sig ha i utvecklingsarbetet. I dagsläget är frivilliga eller villkorat obligatoriska variabler alltså främst relevanta som en indikation på framtida ambitioner, snarare än användbara för uppföljning av tillgänglighet. En möjlighet framöver är att arbeta för att **öka följsamheten** för dessa variabler, exempelvis *diagnos*, *åtgärd*,

patientlistning och *remittenttyp* inom ramen för den existerande modellen. Ett annat alternativ är att **förändra kraven på inrapportering**, exempelvis genom att göra fler variabler ovillkorat obligatoriska. SKR kan även införa ett rapporteringsalternativ som indikerar att uppgift saknas så att inte avsaknad av uppgift misstas för avsaknad av inrapportering, till exempel att patientens nuvarande listning, diagnos eller åtgärd inte rapporteras in till väntetidsdatabasen. Om det inte går att rapportera in fullgott för alla ingående variabler bör det övervägas att förenkla uppföljningsmodellen.

- Analysen visar att täckningsgraden varierar mellan regioner. Men fortfarande **saknas kunskap om vilken specifik täckningsgrad väntetidsdatabasen har**, alltså vilken andel av regionernas vårdkontakter i olika verksamheter som rapporteras till väntetidsdatabasen. Resultaten utifrån antalet vårdkontakter per 1 000 invånare för respektive region, samt jämförelsen med patientregistret, indikerar att täckningsgraden varierar mellan regioner; täckningsgraden varierade mellan 23 och 123 procent i jämförelsen med patientregistret vad gäller genomförda läkarvårdkontakter i den specialiserade öppenvården. Den nationella täckningsgraden var 72 procent.
- Det **kvarstår tolkningsskillnader kring instruktioner och variabler** i den nya uppföljningsmodellen. Exempelvis finns det skillnader i hur regionerna klassificerar till exempel variablerna *aktivitet*, *medicinskt måldatum*, *fas* och *vårdgaranti*. Det behövs en ökad tydlighet från SKR vad gäller bland annat instruktioner för inrapportering men också om hur vårdkontakter ska klassificeras i olika faser (till exempel första kontakt och återbesök), hur vårdgaranti sätts samt hur ett medicinskt måldatum och aktivitetskoder ska sättas.

Kvalitetssäkring

- Att det genomgående finns variationer i inrapportering och klassificering mellan regionerna indikerar att **kvalitetssäkring sker i varierande grad i regionerna**. För att uppnå en högkvalitativ inrapportering är det av stor vikt att kvalitetssäkringsarbetet systematiseras och arbetas på kontinuerligt. Att kvalitetssäkra data är särskilt komplext för den omfattande och heterogena specialiserade vården.
- Nationella jämförelser mellan regioner och med andra nationella databaser, så som har gjorts i denna rapport, kan vara till hjälp i att identifiera avvikelser och felaktigheter i enskilda regioners inrapportering. **Nationell kvalitetssäkring och jämförelser görs i dagsläget i begränsad omfattning eller inte alls**, vilket är en utvecklingsmöjlighet.

Jämförbarhet

- Utmaningar kopplade till inrapportering och kvalitetssäkring kan leda till **bristande jämförbarhet mellan och inom regioner**, men även till svårigheter att dra slutsatser vid nationella uppföljningar och analyser. Om jämförbarheten mellan regioner är låg uppstår risker vid nationell

användning av databasen, exempelvis vid jämförelse mellan regioner av måluppfyllelse till vårdgarantin. Det kan även potentiellt uppstå risker vid jämförelse av data från samma region över tid, om kvaliteten på inrapporterade data varierar. Detta påtalar vikten av ett kontinuerligt arbete kring kvalitet, samtidigt som väntetidsdatabasen är den datakälla som i dagsläget kan användas för nationell uppföljning av tillgänglighet främst vad gäller väntetider i enlighet med vårdgarantin.

Uppföljning av tillgänglighet

- Om det finns utmaningar kring inrapportering och kvalitetssäkring finns en **risk att resultaten vid användning av data för uppföljning av tillgänglighet exempelvis vad gäller väntetider inte blir rättvisande**. Detta gäller särskilt när uppföljningen styr prestationsbaserad ersättning.
- I dagsläget genomförs viss uppföljning av tillgänglighet, men den nya uppföljningsmodellen innebär **nya outnyttjade möjligheter för uppföljning** på både regional och nationell nivå givet att data håller en hög kvalitet. Exempelvis finns möjligheter att följa upp fler relevanta aspekter av **tillgänglighet**, till exempel vad gäller digitala besök, remissflöden och uppdämda vårdbehov. Väntetidsdatabasen kan även användas för annan uppföljning inom hälso- och sjukvården kopplat till exempelvis resurser, produktion, kvalitet och resultat.
- Funktionalitet och tillgång vad gäller lokala **it-verktyg för uppföljning varierar** mellan regionerna. Det nationella it-verktyget är inte optimalt för lokalt förbättringsarbete men regioner som saknar ett eget välfungerande it-verktyg är beroende av det nationella verktyg som tillhandahålls. Det nationella it-verktyget Qlikview har en central roll i att möjliggöra dels kvalitetssäkring av inrapporterade data på nationell nivå, dels jämförelser mellan regioner på aggregerad nivå.
- **Funktionaliteten på väntetider.se** bör utvecklas vidare för att bättre kunna möjliggöra uppföljning av tillgänglighet. Det behövs ett fortsatt utvecklingsarbete för att resultat ska kunna presenteras och laddas ned på ett användarvänligt sätt för flera av de val som görs tillgängliga. Exempelvis kan en nedladdning av data i dagsläget endast göras för en specialitet i taget men inte för flera samtidigt. Vidare behöver användarvänligheten utvecklas i samråd med tilltänkta användare.

Juridik

- Juridiska frågor kopplat till inrapporteringen behöver lösas för att möjliggöra ännu bättre effekt av väntetidsdatabasen. På grund av **juridiska invändningar kopplat till hantering av personuppgifter** har Region Stockholm och Västra Götalandsregionen valt att inte rapportera in variabler som de anser innehåller personuppgifter, till skillnad från övriga regioner som har valt att rapportera in personuppgifterna i enlighet med SKR:s juridiska tolkning.

6. Möjliga vägar framåt

I detta kapitel beskrivs möjliga vägar framåt för regeringen, Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) och regionerna utifrån de sammanfattande utvecklingsmöjligheter som beskrivs i föregående resultatkapitel vad gäller inrapportering av specialiserade vårdens data till den nationella väntetidsdatabasen.

Vilka utvecklingsmöjligheter som är mest prioriterade och hur de bör tas omhand behöver diskuteras med berörda aktörer, utifrån vad som bidrar med mesta möjliga nytta för att utveckla uppföljningen av tillgängligheten till den specialiserade hälso- och sjukvården i Sverige.

Regeringen behöver fortsätta sitt arbete med att utveckla strukturerna kring den utökade uppföljningsmodellen för att följa upp och analysera tillgängligheten till hälso- och sjukvården genom att

- klargöra den juridiska frågan kring hantering av personuppgifter i den nationella väntetidsdatabasen
- säkerställa att följsamhet och jämförbarhet av inrapporteringen för den specialiserade vården möjliggör än mer rättvisande jämförelser mellan regioner och förbättrad uppföljning av tillgänglighet, även nationellt
- tillse att det tas fram en modell för mätning av täckningsgraden av data som inrapporterats till väntetidsdatabasen; detta behöver ske i samarbete mellan staten, SKR och regionerna
- verka för att data som rapporteras in till väntetidsdatabasen enligt den utökade modellen för den specialiserade vården kommer till bred användning inom hälso- och sjukvården.

SKR behöver fortsätta sitt arbete med att utveckla strukturerna kring väntetidsdatabasen och dess inrapportering för att följa upp och utveckla tillgängligheten till hälso- och sjukvården genom att

- säkerställa att följsamhet och jämförbarhet av inrapporteringen för den specialiserade vården fortsätter att utvecklas för att möjliggöra än mer rättvisande jämförelser mellan regioner och förbättrad uppföljning av tillgänglighet, även nationellt
- stärka och utveckla definitioner och förtydligande exempel samt förenkla styrtabeller kring registrering och inrapportering för att säkerställa likvärdiga arbetssätt och tolkningar mellan och inom regioner
- utveckla en process för kvalitetssäkring vad gäller inrapporterade data för att identifiera kvalitetssäkringsbrister och för att underlätta för regionerna att säkerställa likvärdig rapportering
- stötta regionerna i att utveckla arbetssätt för regional kvalitetssäkring av inrapporterade data, vilket inkluderar kvalitetssäkring på verksamhetsnivå
- bredda användningen av inrapporterade data, till exempel om vårdgarantin, utifrån jämlikhet och tillgänglighet utöver själva vårdgarantin utifrån exempelvis diagnosgrupper och olika demografiska grupper; detta kan ske genom dels egna uppföljningar, dels genom att

tillgängliggöra data för andra aktörer i uppföljningssyfte och även forskningssyfte

- stötta regionerna i att utveckla stöd för hur verksamheterna kan använda insikter från sin uppföljning i lokalt förbättringsarbete och verksamhetsutveckling
- fortsätta utvecklingen av API (*application programming interface*) för att förenkla kommunikation mellan den nationella väntetidsdatabasen och regionernas interna it-verktyg i syfte att öka användbarheten av databasen för regionerna
- säkerställa att publicerad data på webbplatsen vantetider.se och i det nationella it-verktyget Qlikview är kvalitetsgranskade samt fortsätta utvecklingen av webbplatsen för att öka användbarheten av inrapporterade och publicerade data.

Regionerna behöver fortsätta att utveckla sitt arbete med inrapportering, kvalitetssäkring och användning av data, för att följa upp samt förbättra tillgängligheten till hälso- och sjukvården genom att

- säkerställa att följsamhet i inrapporteringen för den specialiserade vården fortsätter att utvecklas för att möjliggöra än mer rättvisande jämförelser mellan regioner och förbättrad uppföljning av tillgänglighet, även nationellt
- tillse att all data som täcks av den utökade uppföljningsmodellen rapporteras in till den nationella väntetidsdatabasen
- utveckla metoder och införa rutiner för såväl verksamheternas som regionens centrala kvalitetssäkring av det data som inrapporteras, i samråd med SKR
- säkerställa att inrapporterad data tillgängliggörs inom regionen för att möjliggöra uppföljning; detta kan innebära exempelvis en ökad användning av egna it-verktyg eller av it-verktyg som SKR tillhandahåller eller innebära vidareutveckling av egna it-verktyg samt integration till väntetidsdatabasen via API (när detta är implementerat) för att förenkla kommunikation mellan den nationella väntetidsdatabasen och regionens interna it-verktyg
- utveckla metoder och rutiner för lokalt förbättringsarbete som drar nytta av de data som sammanställs och rapporteras in, både utifrån måluppfyllelse av vårdgarantin och övriga aspekter gällande tillgänglighet.

Referenser

1. Uppföljning och analys av överenskommelsen om ökad tillgänglighet 2020: Regionernas inrapportering av primärvårdsdata till den nationella väntetidsdatabasen. Stockholm: Socialstyrelsen; 2020.
2. Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2020 - Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner. Stockholm: Regeringskansliet; 2019.
3. Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2020 - Tilläggsöverenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner. Stockholm: Regeringskansliet; 2020.
4. Uppföljning av hälso- och sjukvårdens tillgänglighet - Väntetider i akutsjukvården och fyra tematiska analyser 2019. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.
5. Varierande väntan på vård - Analys och uppföljning av den nationella vårdgarantin. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2015.
6. Låt den rätte komma in - Hur har tillgängligheten påverkats av apoteksomregleringen, vårdvalet samt vårdgarantin och kömiljarden? Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2014.
7. Tillgänglighet i hälso- och sjukvården: rapport februari 2018. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
8. Uppdrag att beskriva risker med bristande tillgänglighet och lämna förslag på tillsyn. Stockholm: Socialdepartementet; 2020.
9. Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2020 - Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner. Stockholm: Regeringskansliet; 2019.
10. Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2020 - Tilläggsöverenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner. Stockholm: Regeringskansliet; 2020.
11. Slutrapport Projekt Tillgänglighet i specialiserad vård etapp I. Stockholm: Sveriges Kommuner och Regioner; 2020.
12. Modell för nationell uppföljning av tillgänglighet inom specialiserad vård - För ökad kunskap och stöd för verksamhetsutveckling. Stockholm: Sveriges Kommuner och Regioner; 2020.
13. Varierande väntan på vård: analys och uppföljning av nationella vårdgarantin. Rapport 2015:5. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2015.
14. Med örat mot marken - Förslag på nationell uppföljning av hälso- och sjukvården. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2019.
15. Patientens väg genom vården - System för uppföljning av väntetider i vården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.
16. Löftesfri garanti? - En uppföljning av den nationella vårdgarantin. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2017.

17. En ny, uppdaterad kömiljard 2019 - Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner. Stockholm: Regeringskansliet; 2019.
18. Utvidgad modell för nationell uppföljning av tillgänglighet inom primärvården - För ökad kunskap och stöd för verksamhetsutveckling. Stockholm: Sveriges Kommuner och Regioner; 2020.
19. Ökad tillgänglighet i hälso-och sjukvården 2021. Stockholm: Regeringskansliet; 2021.
20. Analys av första och andra covid-19-vågen – produktion, köer och väntetider i vården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2020.
21. Ekonomi- och verksamhetsstatistik 2019. Stockholm: Sveriges Kommuner och Regioner; 2020.
22. Koder för sjukhus och kliniker i patientregistret. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.

Bilaga 1. Intervjufrågor

Inledande öppen fråga:

1. **På en övergripande nivå – för att ge ramarna kring ert arbete med inrapporteringen av data. Hur är den specialiserade vården strukturerad i er region?**

Om införandet av den nya inrapporteringsmodellen

2. **Har ni nu infört automatiserad inrapportering för all specialiserad vård?**
 - **Om ja:**
 - I. När blev den klar?
 - **Om nej:**
 - I. Vad saknas och när kommer det vara på plats?
3. **Går det nu att rapportera in samtliga variabler enligt den nya uppföljningsmodellen?**
 - **Om nej:**
 - I. Vad saknas och när kommer det vara på plats?
4. **Såg ni utmaningar under arbetet med införandet?**
 - **Om ja:**
 - I. Vilka?
5. **Har ni pågående utvecklingsarbete kring uppföljning av den specialiserade vården?**
 - a. **Om ja:**
 - Vad?

Om det löpande arbetet med den nya inrapporteringsmodellen

6. **Hur sker registrering av data i verksamheterna samt insamlingen av data från verksamheterna till regionen för den specialiserade vården?**
7. **Angående kvalitetssäkring av inrapporterade data för den specialiserade vården - Hur arbetar ...**
 - a. ... Verksamheterna med det?
 - b. ... Regionen med det?
8. **Hur sker överföringen av data för den specialiserade vården till väntetidsdatabasen?**
9. **Har ni märkt några utmaningar under det löpande arbetet med inrapporteringen till den nationella väntetidsdatabasen?**
 - a. **Om ja:**
 - Vilka?

- 10. Finns det något bortfall av vårdkontakter i inrapporteringen till väntetidsdatabasen för den specialiserade vården?**
- a. **Om ja:**
- Vad beror det på?
- 11. Hur arbetar ni med rapportering/registrering av avvikelser och patientvald väntan i er region?**
- 12. Kommer er region att byta journalsystem under kommande år?**
- a. **Om ja:**
- Kommer inrapporteringen till väntetidsdatabasen eller arbetssätt kopplat till väntetidsdatabasen att påverkas av införandet/uppdatering av det nya journalsystemet?

Om användningen av data

- 13. Används väntetidsdatabasen (eller egen databas med samma data) för att följa upp/sammanställa slutsatser kring tillgängligheten/väntetider/vårdköer i er region?**
- a. **Om ja:**
- Av vem och hur används data?
- b. **Om nej:**
- Varför inte?

Om samarbetet med SKR och andra regioner

- 14. Hur anser ni att samarbetet med andra regioner och med SKR fungerar kopplat till både det löpande arbetet samt införandearbetet?**

Om vad som kan förbättras framåt

- 15. Har ni förslag på ytterligare sätt att utveckla SKR:s och det regiongemensamma arbetet med väntetidsdatabasen för den specialiserade vården, exempelvis kring...**
- a. ... Vad som rapporteras?
- b. ... Hur det rapporteras?
- c. ... Hur data presenteras?
- d. ... Samarbetet med SKR och andra regioner?
- e. ... Annat?

Bilaga 2. Krav för inrapportering

Tabell 2. Krav för inrapportering till den nationella väntetidsdatabasen enligt den nya modellen för uppföljning av tillgänglighet inom specialiserad vård

Uppföljningsmodellen började användas i oktober 2020 [12].

Delområde	Variabel	Beskrivning	Rapporteringskrav för genomförda vårdkontakter	Rapporteringskrav för väntande vårdkontakter	Rapporteras för följande faser
1. Mätpunkter	Beslut att utföra aktivitet	Avser tidpunkt, datum och klockslag för beslut att genomföra aktivitet.	Obligatorisk	Obligatorisk	Fas 1–5
	Start av aktivitet	Avser tidpunkt, datum och klockslag för start av aktivitet.	Obligatorisk	Ingår ej	Fas 1–5
	Medicinskt måldatum	Medicinskt måldatum avser enligt den medicinska bedömningen den bortre tidsgränsen för när en kontakt bör ske. Medicinskt måldatum ska dokumenteras i enlighet med regionens rutiner.	Obligatorisk vid återbesök, annars om variabeln finns registrerad för vårdkontakten	Obligatorisk vid återbesök, annars om variabeln finns registrerad för vårdkontakten	Fas 1–5
	Tidpunkt för öppenvårdskontakt på akutmottagning	Avser tidpunkt, datum och klockslag då öppenvårdskontakten påbörjades på akutmottagning. Motsvarar start av aktivitet, samma tidpunkt, datum och klockslag anges för start av aktivitet	Obligatorisk på akutmottagning med två eller fler specialiteter som är samlokaliserade	Ingår ej	Fas 5
	Tidpunkt för bedömning på akutmottagning	Avser tidpunkt, datum och klockslag då ansvarig hälso- och sjukvårdspersonal utreder patienten och gör en första beslutsgrundande bedömning om eventuell fortsatt undersökning eller behandling.	Obligatorisk på akutmottagning med två eller fler specialiteter som är samlokaliserade	Ingår ej	Fas 5
	Tidpunkt för avslut av öppenvårdskontakt på akutmottagning	Avser tidpunkt, datum och klockslag då öppenvårdskontakten avslutades på akutmottagning.	Obligatorisk på akutmottagning med två eller fler specialiteter som är samlokaliserade	Ingår ej	Fas 5
2. Patientnära information	Patientens födelseår	Födelseår som kan härledas ur personnummer eller samordningsnummer.	Obligatorisk	Obligatorisk	Fas 1–5
	Patientens kön	Patientens kön.	Obligatorisk	Obligatorisk	Fas 1–5
	Kommunkod	Kommunkod enligt SCB:s klassificering.	Obligatorisk	Obligatorisk	Fas 1–5
	Patientens listning	Avser den enhet där patienten är listad vid kontakttillfället.	Obligatorisk om variabeln finns registrerad för vårdkontakten	Obligatorisk om variabeln finns registrerad för vårdkontakten	Fas 1–5

Delområde	Variabel	Beskrivning	Rapporteringskrav för genomförda vårdkontakter	Rapporteringskrav för väntande vårdkontakter	Rapporteras för följande faser
	Diagnos	Samtliga diagnoskoder som haft klinisk relevans för vårdkontakten ska rapporteras.	Obligatorisk om variabeln finns registrerad för vårdkontakten	Ingår ej	Fas 1–5
	Typ av diagnos	Anger om diagnosen är satt som huvuddiagnos alternativt bidiagnos.	Obligatorisk om variabeln finns registrerad för vårdkontakten	Ingår ej	Fas 1–5
	Yttre orsak	Yttre orsaker till sjukdom och död.	Obligatorisk om variabeln finns registrerad för vårdkontakten	Ingår ej	Fas 1–5
	Åtgärd	Uppgift om åtgärd ska visa vilka vårdinsatser som gavs vid vårdkontakten.	Obligatorisk om variabeln finns registrerad för vårdkontakten	Ingår ej	Fas 1–5
3. Vårdgivarinformation	Huvudman	Ansvarig region anses som högsta nivå producent för de enheter där avtal finns och data levereras.	Obligatorisk	Obligatorisk	Fas 1–5
	Vårdgivare	Här avses juridisk person (region, enskild näringsidkare m.m.) som yrkesmässigt bedriver hälso- och sjukvård.	Obligatorisk	Obligatorisk	Fas 1–5
	Vårdenhet1 (sjukhus)	Avser nivå sjukhus, d.v.s. platsen där vården utförs. Flera vårdgivare kan därmed komma att redovisas under samma sjukhus.	Obligatorisk	Obligatorisk om variabeln finns registrerad för vårdkontakten	Fas 1–5
	Vårdenhet1 (namn)	Avser benämning på vårdenhet1, sjukhus.	Obligatorisk	Obligatorisk om variabeln finns registrerad för vårdkontakten	Fas 1–5
	Vårdenhet2 (klinik)	Avser nivå klinik.	Obligatorisk	Obligatorisk	Fas 1–5
	Vårdenhet3 (vårdande enhet)	Avser nivå vårdande enhet	Frivillig	Frivillig	Fas 1–5
	Ägarform	Utförande enhets ägarskap. Med privata enheter avses enheter inom ramen för vårdval som tecknat avtal med region.	Hämtas separat	Hämtas separat	Fas 1–5
4. Information om vårdkontakt	Vårdkontakts-Id	Vårdkontaktens unika identifikation som skapas av uppgiftslämnaren.	Obligatorisk	Obligatorisk	Fas 1–5
	Vårdgaranti JA/NEJ	Identifierar om kontakten omfattas av vårdgarantin.	Obligatorisk	Obligatorisk	Fas 1–5
	Fas	Uppföljningen av den specialiserade vården är indelad i faserna första kontakt, operation/åtgärd, undersökning, återbesök samt akut kontakt. Observera att en kontakt enbart kan märkas med en fas. En akut kontakt märks alltid som fas 5 akut, oavsett kontaktens innehåll. Om en kontakt kan tillhöra mer än en fas sker prioriteringen utifrån vårdgarantin.	Obligatorisk	Obligatorisk	Fas 1–5

Delområde	Variabel	Beskrivning	Rapporteringskrav för genomförda vårdkontakter	Rapporteringskrav för väntande vårdkontakter	Rapporteras för följande faser
	Medicinskt verksamhetsområde	Samtliga medicinska verksamhetsområden som kan klassificeras inom delområdena specialiserad somatisk, psykiatrisk vård, tandvård samt övrig hälso- och sjukvård (verksamhetsindelning - VI2000) ingår i uppföljningen	Obligatorisk	Obligatorisk	Fas 1–5
	Aktivitet	Begreppet aktivitet beskriver aktuella vårdutbud avseende operation/åtgärd, undersökning och rapporteras enligt SKR:s förteckning, aktiviteter. Urvalet omfattar samtliga koder i KKÅ97 som ingår i KVÅ dvs. koder med kodstruktur 3 bokstäver och 2 siffror, undantag BUP fördjupad utredning, behandling. En kontakt kan bara finnas i ett vårdutbud och skapas utifrån kontaktens huvudåtgärd (KVÅ kod) samt i förekommande fall i kombination med kontaktens huvuddiagnos (ICD kod), se förteckning aktiviteter.	Obligatorisk	Obligatorisk	Fas 2–3
	Bokningssätt	Beskriver om och hur besöket bokats ut ett patientperspektiv. Har patienten själv bokat sitt besök via exempelvis en webbtidbok, har enheten kontaktats för tidbokning eller är det ett oplanerat besök utan bokningsförfarande. Anger också om det är en överenskommen respektive erbjuden tid.	Obligatorisk	Obligatorisk	Fas 1–5
	Vårdkontakt	Beskriver vilken typ av kontakt som avses och hur kontakten genomförs.	Obligatorisk	Obligatorisk	Fas 1–5
	Yrkesgrupp	För varje kontakt ska yrkesgrupp anges. Redovisas med koder baserat på klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ).	Obligatorisk	Obligatorisk	Fas 1–5
	Avvikelse	Patientvald, medicinskt eller särskilt orsakad väntan redovisas om vårdgivaren registrerat att patienten själv valt att vänta, om medicinsk eller särskild orsak ligger till grund för väntan.	Obligatorisk om variabeln finns registrerad för vårdkontakten	Obligatorisk om variabeln finns registrerad för vårdkontakten	Fas 1–5
	Remittenttyp	Beskriver hur kontakten har initierats med vårdgivaren, har patienten remitterats eller har patienten själv tagit kontakt.	Obligatorisk om variabeln finns registrerad för vårdkontakten	Obligatorisk om variabeln finns registrerad för vårdkontakten	Fas 1–5
	Akutverksamhet	Beskriver typ av akutverksamhet.	Obligatorisk	Ingår ej	Fas 5
	Avbruten vård på akutmottagning	Om vården avbryts på patientens initiativ efter bedömning.	Obligatorisk om variabeln finns registrerad för vårdkontakten	Ingår ej	Fas 5
	RemissID	Remissens unika identifikation som skapas av uppgiftslämnaren, ska anges på alla kontakter som kan kopplas till remissen	Frivillig	Frivillig	Fas 1–5

Delområde	Variabel	Beskrivning	Rapporteringskrav för genomförda vårdkontakter	Rapporteringskrav för väntande vårdkontakter	Rapporteras för följande faser
	Remittent	Avser den vårdgivare som utfärdar remiss. Redovisas med remitterande enhets HSA-Id. Avses en egen vårdbegäran, egenremiss eller om HSA-id inte kan anges så lämnas fältet tomt.	Frivillig	Frivillig	Fas 1–5
	Remissdatum	Avser tidpunkt, datum och klockslag då remissen skapas av remittent.	Frivillig	Frivillig	Fas 1–5
	Ankomstdatum	Avser tidpunkt, datum och klockslag då remissen ankom till mottagaren.	Frivillig	Frivillig	Fas 1–5

Bilaga 3. Uppföljning av tillgänglighet

Tabell 3. Uppföljning av tillgänglighet

Tillgänglighet avseende:	Teoretisk möjlighet att följa upp enligt uppföljningsmodellen	Praktisk möjlighet för närvarande
Digitala besök	Hög – Variabeln <i>vårdkontakt</i> ger möjlighet att följa digitala besök.	Låg – I praktiken kan möjligheten att följa upp digitala besök vara något begränsad, då enbart en liten andel av alla vårdkontakter rapporteras in som ett digitalt vårdmöte eller en distanskontakt via videolänk. Detta kan ha en naturlig förklaring i att dessa vårdkontakter fortfarande är sällsynta, men kan också bero på att dessa besök rapporteras in i mindre utsträckning eller felklassificeras.
Webbtidsbokningar	Låg – Variabeln bokningssätt ska ge möjlighet för denna typ av uppföljning. Inget av svarsalternativen markerar dock tydligt om en webbtidsbokning har gjort av patienten.	Låg – Bokningssätt är inrapporterat för samtliga vårdkontakter av samtliga regioner, men de möjliga alternativen för bokningssätt är <i>obokad</i> , <i>bokad</i> , <i>bokad/erbjuden tid</i> , <i>bokad/ överenskommen tid</i> och <i>bokat själv</i> . Ingen av dessa inrapporterade alternativ markerar tydligt om en webbtidsbokning har gjort av patienten.
Remissflöden	Hög – Genom variablerna <i>remissID</i> , <i>remittent</i> , <i>remittenttyp</i> , <i>remissdatum</i> och <i>ankomstdatum</i> .	Låg – I flertalet regioner rapporterades ovanstående variabler enbart för en minoritet av vårdkontakter. Detta omöjliggör en bredare uppföljning av tillgänglighet utifrån denna aspekt.
Olika sorters akutbesök	Hög – Genom variablerna <i>fas</i> och <i>akutverksamhet</i> .	Låg – Fyra regioner rapporterar inte in akuta vårdkontakter överhuvudtaget. Och för de fyra variablerna som detaljerar uppföljningen varierar inrapporteringsgraden mellan regionerna, vilket även detta försvårar en ändamålsenlig uppföljning.
Uppdämda vårdbehov	Hög – Modellen ger möjlighet att följa antalet väntande vårdkontakter på en detaljerad nivå, där förändringar kan följas över tid både för regioner och för olika medicinska verksamhetsområden. Detta kan över tid sättas i relation med antalet genomförda besök för att identifiera ned- och uppgångar i produktion.	Medel – Det är inte säkert att inrapportering av samtliga väntande vårdkontakter görs.
Demografiska grupper, exempelvis utifrån kön och ålder	Hög – Exempelvis genom variablerna <i>patientens kön</i> och <i>patientens födelseår</i> .	Medel – Det är inte säkert att inrapportering av samtliga vårdkontakter görs. Utöver det rapporteras nämnda variabler endast in med fiktiva uppgifter från Region Stockholm och Västra Götalandsregionen
Diagnosgrupper	Hög – Exempelvis genom variabel <i>diagnos</i> .	Medel – Det är inte säkert att inrapportering av samtliga vårdkontakter görs samtidigt som registrering av diagnos varierar mellan regioner och aggregerade medicinska områden.

Bilaga 4. Tabeller med statistik över inrapportering

Tabell 4. Variablerna och antal regioner som rapporterar in variabeln för 100 procent av genomförda och väntande vårdkontakterna oktober 2020 till och med januari 2021

Delområde	Variabel	Rapporteringskrav för genomförda vårdkontakter	Antal regioner med full inrapportering för genomförda vårdkontakter	Rapporteringskrav för väntande vårdkontakter	Antal regioner med full inrapportering för väntande vårdkontakter
1. Mätpunkter	Beslut att utföra aktivitet	Obligatorisk	21	Obligatorisk	21
	Start av aktivitet	Obligatorisk	21	Ingår ej	Ingår ej
	Medicinskt måldatum	Obligatorisk vid återbesök, annars om variabeln finns registrerad för vårdkontakten	9	Obligatorisk vid återbesök, annars om variabeln finns registrerad för vårdkontakten	10
	Tidpunkt för öppenvårdskontakt på akutmottagning	Obligatorisk på akutmottagning med två eller fler specialiteter som är samlokaliserade	6	Ingår ej	Ingår ej
	Tidpunkt för bedömning på akutmottagning	Obligatorisk på akutmottagning med två eller fler specialiteter som är samlokaliserade	3	Ingår ej	Ingår ej
	Tidpunkt för avslut av öppenvårdskontakt på akutmottagning	Obligatorisk på akutmottagning med två eller fler specialiteter som är samlokaliserade	5	Ingår ej	Ingår ej
2. Patientnära information	Patientens födelseår	Obligatorisk	19	Obligatorisk	19
	Patientens kön	Obligatorisk	19	Obligatorisk	19
	Kommunkod	Obligatorisk	19	Obligatorisk	19
	Patientens listning	Obligatorisk om variabeln finns registrerad för vårdkontakten	0	Obligatorisk om variabeln finns registrerad för vårdkontakten	0
	Diagnos	Obligatorisk om variabeln finns registrerad för vårdkontakten	0	Ingår ej	Ingår ej
	Typ av diagnos	Obligatorisk om variabeln finns registrerad för vårdkontakten	Ej analyserat	Ingår ej	Ingår ej
	Yttre orsak	Obligatorisk om variabeln finns registrerad för vårdkontakten	0	Ingår ej	Ingår ej
3. Vårdgivarinformation	Åtgärd	Obligatorisk om variabeln finns registrerad för vårdkontakten	0	Ingår ej	Ingår ej
	Huvudman	Obligatorisk	21	Obligatorisk	21

Delområde	Variabel	Rapporteringskrav för genomförda vårdkontakter	Antal regioner med full inrapportering för genomförda vårdkontakter	Rapporteringskrav för väntande vårdkontakter	Antal regioner med full inrapportering för väntande vårdkontakter
	Vårdgivare	Obligatorisk	21	Obligatorisk	21
	Vårdenhet1 (sjukhus)	Obligatorisk	21	Obligatorisk om variabeln finns registrerad för vårdkontakten	21
	Vårdenhet1 namn	Obligatorisk	21	Obligatorisk om variabeln finns registrerad för vårdkontakten	21
	Vårdenhet2 (klinik)	Obligatorisk	21	Obligatorisk	21
	Vårdenhet3 (vårdande enhet)	Frivillig	0	Frivillig	0
	Ägarform	Hämtas separat	11	Hämtas separat	11
4. Information om vårdkontakt	Vårdkontakts-Id	Obligatorisk	21	Obligatorisk	21
	Vårdgaranti JA/NEJ	Obligatorisk	21	Obligatorisk	21
	Fas	Obligatorisk	21	Obligatorisk	21
	Medicinskt verksamhetsområde	Obligatorisk	21	Obligatorisk	21
	Aktivitet	Obligatorisk	21	Obligatorisk	21
	Bokningssätt	Obligatorisk	21	Obligatorisk	21
	Vårdkontakt	Obligatorisk	21	Obligatorisk	21
	Yrkesgrupp	Obligatorisk	21	Obligatorisk	21
	Avvikelse	Obligatorisk om variabeln finns registrerad för vårdkontakten	0	Obligatorisk om variabeln finns registrerad för vårdkontakten	0
	Remittenttyp	Obligatorisk om variabeln finns registrerad för vårdkontakten	9	Obligatorisk om variabeln finns registrerad för vårdkontakten	7
	Akutverksamhet	Obligatorisk	17	Ingår ej	Ingår ej
	Avbruten vård på akutmottagning	Obligatorisk om variabeln finns registrerad för vårdkontakten	0	Ingår ej	
	RemissID	Frivillig	1	Frivillig	
	Remittent	Frivillig	0	Frivillig	
	Remissdatum	Frivillig	0	Frivillig	
	Ankomstdatum	Frivillig	0	Frivillig	

Bilaga 5. Aggregerade medicinska verksamhetsområden

De medicinska verksamhetsområdena ingår i inrapporteringen till den nationella väntetidsdatabasen enligt modellen för nationell uppföljning av tillgänglighet inom specialiserad vård. De aggregerade medicinska verksamhetsområdena har bearbetats utifrån en tidigare aggregering av SKR:s verksamhetsstatistik, vilket har tillåtit en klassificering av medicinska verksamhetsområden där en beskrivning saknas.

Tabell 5. Aggregerade medicinska verksamhetsområden (MVO)

MVO	Beskrivning av MVO [21] [22]	Aggregerad MVO i denna delrapport
000	Finns ej	Övrig specialiserad vård
001	Finns ej	Övrig specialiserad vård
003	Mödrahälsovård (MVC)	Primärvård och dylikt
009	Barnhälsovård (BVC)	Primärvård och dylikt
010	Finns ej	Övrig specialiserad vård
011	Distriktsläkarvård	Primärvård och dylikt
014	Distriktsköterskeverksamhet	Primärvård och dylikt
015	Jourläkarverksamhet	Primärvård och dylikt
016	Allmän vård	Övrig specialiserad vård
019	Primärvårdsansluten hemsjukvård (PAH)	Primärvård och dylikt
020	Hälso- och sjukvård i särskilt boende	Primärvård och dylikt
021	Korttidsvård	Övrig specialiserad vård
022	Företagshälsovård	Primärvård och dylikt
023	Skolhälsovård	Primärvård och dylikt
024	Ungdomsmottagningsvård	Primärvård och dylikt
030	Finns ej	Primärvård och dylikt
041	Observationsplatsvård	Övrig specialiserad vård
045	Ambulansverksamhet	Primärvård och dylikt
046	Intagnings-/akutverksamhet	Övrig specialiserad vård
056	Lättvård	Övrig specialiserad vård
061	Palliativ vård	Övrig specialiserad vård
076	Eftervård	Övrig specialiserad vård
086	Konvalescensvård	Övrig specialiserad vård
096	Dagsjukvård	Övrig specialiserad vård
100	Akutklinik	Övrig specialiserad vård
101	Internmedicinsk vård	Internmedicin (inkl. gastroenterologi)

MVO	Beskrivning av MVO [21] [22]	Aggregerad MVO i denna delrapport
102	Allmän internmedicin	Internmedicin (inkl. gastroenterologi)
103	Allmän internmedicin	Internmedicin (inkl. gastroenterologi)
104	Finns ej	Internmedicin (inkl. gastroenterologi)
105	Gastroenterologi	Internmedicin (inkl. gastroenterologi)
107	Kardiovaskulär medicin	Internmedicin (inkl. gastroenterologi)
108	Hematologisk vård	Internmedicin (inkl. gastroenterologi)
109	Strokevård	Internmedicin (inkl. gastroenterologi)
111	Lungsjukvård	Internmedicin (inkl. gastroenterologi)
121	Infektionssjukvård	Infektionssjukvård
131	Reumatologisk vård	Internmedicin (inkl. gastroenterologi)
141	Allergisjukvård	Internmedicin (inkl. gastroenterologi)
142	Allergisjukvård, barn- och ungdom	Internmedicin (inkl. gastroenterologi)
151	Medicinsk njursjukvård	Internmedicin (inkl. gastroenterologi)
156	Dialysvård	Internmedicin (inkl. gastroenterologi)
161	Endokrinologisk vård	Internmedicin (inkl. gastroenterologi)
162	Finns ej	Övrig specialiserad vård
171	Yrkesmedicinsk vård	Övrig specialiserad vård
181	Miljömedicinsk vård	Övrig specialiserad vård
197	Finns ej	Övrig specialiserad vård
198	Finns ej	Övrig specialiserad vård
199	Finns ej	Övrig specialiserad vård
201	Barn- och ungdomsmedicinsk vård	Barnmedicin
202	Barnklinik, akut- och intag	Barnmedicin
203	Barn- och ungdomskardiologisk vård	Barnmedicin
204	Barnklinik, neuropediatrik	Barnmedicin
205	Barnklinik, allergi/diabetes/endokrin	Barnmedicin
206	Prematurvård	Barnmedicin
207	Neonatal intensivvård	Barnmedicin
208	Barnklinik, urologi/nefrologi/gastroent	Barnmedicin
210	Barn anestesi/operation	Kirurgi
211	Hud- och könssjukvård	Hud- och könssjukvård
215	Yrkesdermatologisk vård	Hud- och könssjukvård
221	Neurologisk vård	Neurologi
231	Kardiologisk vård	Internmedicin (inkl. gastroenterologi)
240	Geriatrisk vård	Geriatrisk vård

MVO	Beskrivning av MVO [21] [22]	Aggregerad MVO i denna delrapport
241	Geriatrisk vård	Geriatrisk vård
243	Hemsjukvård, lasarett-/sjukhusansluten, (LAH/SAH)	Övrig specialiserad vård
246	Långvårdsmedicin (sjukhem)	Övrig specialiserad vård
249	Geriatrisk rehabilitering	Geriatrisk vård
251	Barn- och ungdomsneurologisk vård	Barnmedicin
301	Kirurgisk vård	Kirurgi
302	Kirurgi	Kirurgi
303	Mag-tarm-sjukvård	Kirurgi
304	Kärlkirurgisk vård	Kirurgi
306	Brännskadevård	Kirurgi
311	Ortopedisk vård	Kirurgi
312	Ryggsjukvård	Kirurgi
313	Okänt	Kirurgi
316	Käkkirurgi	Kirurgi
321	Handkirurgisk vård	Kirurgi
331	Neurokirurgisk vård	Neurologi
335	Neurotraumatologisk vård	Neurologi
341	Toraxkirurgisk vård	Kirurgi
342	Kärlkirurgi	Kirurgi
351	Plastikkirurgisk vård	Kirurgi
361	Urologisk vård	Kirurgi
366	Urologi	Kirurgi
371	Transplantationskirurgisk vård	Kirurgi
372	CAST	Kirurgi
401	Barn- och ungdomskirurgisk vård	Kirurgi
411	Anestesi- och intensivvård	Kirurgi
412	Smärtbehandling	Övrig specialiserad vård
413	Barn- och ungdomsanestesiologisk vård	Kirurgi
421	Anestesivård, special	Kirurgi
431	Gynekologisk vård	Gynekologi och förlossningsvård
441	Förlossningsvård (BB)	Gynekologi och förlossningsvård
446	BB, förlossning	Gynekologi och förlossningsvård
451	Obstetrisk och gynekologisk vård	Gynekologi och förlossningsvård
511	Ögonsjukvård	Ögonsjukvård
515	Ortoptisk vård	Ögonsjukvård
521	Öron-, näs- och halssjukvård	Öron-, näs- och halssjukvård

MVO	Beskrivning av MVO [21] [22]	Aggregerad MVO i denna delrapport
522	Cochlaeimplantat	Öron-, näs- och halssjukvård
531	Audiologisk vård	Öron-, näs- och halssjukvård
532	Barn- och ungdomsaudiologisk vård	Öron-, näs- och halssjukvård
541	Foniatrisk vård	Öron-, näs- och halssjukvård
551	Rehabiliteringsmedicinsk vård	Habilitering och medicinsk rehabilitering
552	Neurologisk rehabilitering	Neurologi
553	Habilitering	Habilitering och medicinsk rehabilitering
561	Sjukgymnastikverksamhet	Övrig specialiserad vård
564	Arbetssterapiverksamhet	Övrig specialiserad vård
565	Idrottsmedicinsk vård	Övrig specialiserad vård
566	Kiropraktorverksamhet	Habilitering och medicinsk rehabilitering
567	Naprapatverksamhet	Habilitering och medicinsk rehabilitering
570	Allmän tandvård	Primärvård och dylikt
571	Oralkirurgisk vård	Kirurgi
572	Specialisttandvård	Övrig specialiserad vård
573	Tandhygienistverksamhet	Primärvård och dylikt
581	Socialmedicinsk vård	Övrig specialiserad vård
601	Giftinformationscentral	Primärvård och dylikt
611	Apoteksverksamhet	Primärvård och dylikt
636	Övriga enheter inom inrättningen	Primärvård och dylikt
711	Klinisk patologi	Patologi och cytologi
712	Rättsmedicin	Övrig specialiserad vård
713	Klinisk histopatologi	Patologi och cytologi
715	Klinisk cytologi	Patologi och cytologi
721	Radiopatologi	Patologi och cytologi
722	Isotop-lab/-avd	Bild- och funktionsdiagnostik
731	Medicinsk radiologisk vård	Bild- och funktionsdiagnostik
741	Onkologisk vård, allmän	Tumörsjukvård
751	Onkologisk vård, gynekologisk	Gynekologi och förlossningsvård
761	Barn- och ungdomsradiologisk vård	Bild- och funktionsdiagnostik
762	Toraxradiologisk vård	Bild- och funktionsdiagnostik
763	Neuroradiologisk vård	Neurologi
811	Transfusionsmedicinsk vård	Övrig specialiserad vård
821	Klinisk bakteriologi	Övrig specialiserad vård
831	Klinisk fysiologi	Bild- och funktionsdiagnostik

MVO	Beskrivning av MVO [21] [22]	Aggregerad MVO i denna delrapport
832	Klinisk fysiologi - Thorax	Bild- och funktionsdiagnostik
841	Klinisk kemi	Övrig specialiserad vård
845	Koagulations- och blödningsrubbningar	Övrig specialiserad vård
851	Klinisk neurofysiologi	Neurologi
881	Klinisk farmakologi	Övrig specialiserad vård
882	Klinisk genetik	Övrig specialiserad vård
883	Klinisk näringslära	Övrig specialiserad vård
892	Klinisk allergologi	Intermedicin (inkl. gastroenterologi)
893	Radiofysik	Övrig specialiserad vård
894	Klinisk virologi	Övrig specialiserad vård
895	Hormonlaboratorium	Övrig specialiserad vård
896	Klinisk immunologi	Övrig specialiserad vård
901	Allmänpsykiatrisk vård, vuxna	Psykiatri
903	Finns ej	Psykiatri
906	Psykiatrisk sjukhemsvård	Psykiatri
907	Finns ej	Psykiatri
908	Finns ej	Psykiatri
911	Finns ej	Psykiatri
914	Finns ej	Psykiatri
921	Finns ej	Psykiatri
922	Finns ej	Psykiatri
924	Finns ej	Psykiatri
925	Finns ej	Psykiatri
927	Finns ej	Psykiatri
928	Geropsykiatrisk vård	Psykiatri
931	Barn- och ungdomspsykiatrisk vård	Barn- och ungdomspsykiatri
934	Finns ej	Barn- och ungdomspsykiatri
941	Finns ej	Psykiatri
942	Finns ej	Psykiatri
943	Rättspsykiatrisk regionsjukvård	Övrig specialistvård
944	Specialvård, psykiatrisk	Psykiatri
945	Alkoholsjukvård	Psykiatri
946	A-sjukvård	Psykiatri
948	Psykoterapeutisk verksamhet	Psykiatri
950	Kuratorsverksamhet	Psykiatri
951	Psykologverksamhet	Psykiatri

MVO	Beskrivning av MVO [21] [22]	Aggregerad MVO i denna delrapport
952	Familjevård	Psykiatri
953	Toxikomanivård	Psykiatri
954	Narkomanivård	Psykiatri
955	Somatisk vård vid psykiatriskt sjukhus	Övrig specialiserad vård
956	Rättspsykiatrisk undersökningsverksamhet	Övrig specialiserad vård
957	Psykiatrisk rehabilitering	Psykiatri
971	Omhändertagande enligt smittskyddslagen	Infektionssjukvård
991	Vård av psykiskt utvecklingsstörda, vuxna	Psykiatri
993	Vård av psykiskt utvecklingsstörda, barn	Barn- och ungdomspsykiatri
999	Vakansext personalpool	Övrig specialiserad vård