

Uppföljning av överenskommelsen om ökad tillgänglighet 2022

Augusti 2023

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 2023-8-8680

Publicerad www.socialstyrelsen.se, augusti 2023

Förord

Denna rapport är en uppföljning av överenskommelsen om *ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2022* som ingått mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR).

Uppföljningen är en del av myndighetens regeringsuppdrag från mars 2022 om att *strategiskt, långsiktigt och kontinuerligt följa upp och föra dialog om hälso- och sjukvårdens tillgänglighet* (S2022/01664).

Inom ramen för uppdraget redovisades i oktober 2022 en plan till regeringen för hur Socialstyrelsen avser utveckla uppföljningen och dialogerna om hälso- och sjukvårdens tillgänglighet. Därutöver publicerades en delredovisning i mars 2023 med en statusrapport för hur arbetet i uppdraget fortskrider.

Uppdraget ska i sin helhet slutredovisas senast den 31 maj 2025 med ytterligare en delredovisning i mars 2024 samt en uppföljning av överenskommelsen om *ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2023* i augusti 2024.

I uppdraget till Socialstyrelsen framhålls att långa väntetider har varit ett problem för svensk hälso- och sjukvård sedan en lång tid tillbaka och att covid-19-pandemin ytterligare har förstärkt detta.

Rapporten riktar sig till regeringen, regioner och verksamheter för att användas i arbetet med att förbättra tillgängligheten i hälso- och sjukvården.

Socialstyrelsen vill tacka regionerna och SKR samt de personer som på olika sätt bidragit till arbetet.

Ansvariga projektledare för arbetet har varit Rebecca Mosson och Sevim Barbasso Helmers. Ansvarig enhetschef är Lena Hellberg.

Olivia Wigzell
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Regionernas uppfyllnadsgrad av prestationskraven för kortare väntetider	7
Regionernas strategiska tillgänglighetsarbete	8
Analys av rapporteringen av väntetidsdata till den nationella väntetidsdatabasen	9
Regionernas redovisning av använda medel i överenskommelsen.....	10
Framtida åtgärdsförslag.....	10
Inledning.....	12
Uppdraget	12
Avgränsningar	12
Rapportens disposition	13
Kommande redovisningar till regeringen	13
Bakgrund.....	13
Överenskommelsen om ökad tillgänglighet 2022	14
Tilläggsöverenskommelsen om ökad tillgänglighet 2022	16
Tilläggsöverenskommelsen om ökad tillgänglighet 2021	16
Regionernas uppfyllnadsgrad för kortare väntetider.....	18
Regionernas strategiska tillgänglighetsarbete.....	22
Delredovisningarna inklusive handlingsplanerna.....	23
En uppföljningsmodell för förbättringsarbete har använts i uppföljningen	25
Regionerna besvarar merparten av överenskommelsens tio punkter ...	27
Pågående utvecklingsarbete för att stödja regionernas strategiska tillgänglighetsarbete	29
Analys av inrapportering av data till väntetidsdatabasen	30
Utgångspunkter för analysen.....	30
Vårdkontakter som ska rapporteras in till väntetidsdatabasen	32
Täckningsgrad.....	33
Inrapporteringsgrad.....	42
Kvalitetssäkring och uppföljning	60
Regionernas slutredovisningar	64
Svårigheter i redovisningen av medel påverkar uppföljningen.....	64
Regionernas erhållna stimulansmedel	65
Genomförda insatser för stimulansmedlen 2022.....	67
Diskussion och slutsatser	70

I regionernas redovisningar framkommer inte ett strategiskt tillgänglighetsarbete	70
Regionerna har svårt att redovisa hur stimulansmedlen har använts....	72
Varierande inrapportering och följsamhet till uppföljningsmodellerna försvarar nationell uppföljning av tillgängligheten i vården.....	73
Framtida åtgärdsförslag.....	80
Stöd för ett strategiskt tillgänglighetsarbete	80
Möjliggöra uppföljning av resultat och stimulansmedel	81
Behov av en utvecklad nationell uppföljning av tillgänglighet.....	82
Referenser	87
Bilaga 1. Den samlade uppföljningen.....	90
Bilaga 2. Statens styrning för ökad tillgänglighet	91
Bilaga 3. Regionernas svar på överenskommelsens tio punkter för utveckling av handlingsplanen	94
Bilaga 4. Modell för nationell uppföljning av tillgänglighet inom primärvården	100
Bilaga 5. Modell för nationell uppföljning av tillgänglighet inom specialiserad vård.....	102
Bilaga 6. Utvecklingsområden och metod för analys av inrapportering av data	106
Bilaga 7. Intervjuguide för regionernas inrapportering av väntetidsdata	109
Bilaga 8. Aggregerade medicinska verksamhetsområden.....	111
Bilaga 9. Utskick till regionerna om att inkomma med slutredovisning.....	116

Sammanfattning

I denna rapport redovisas en uppföljning av överenskommelsen mellan staten och SKR om *ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2022*, inklusive dess tilläggsöverenskommelse samt tilläggsöverenskommelsen 2021.

Redovisningen är en del av Socialstyrelsens regeringsuppdrag att *strategiskt, långsiktigt och kontinuerligt följa upp och föra dialog om hälso- och sjukvårdens tillgänglighet*, med fokus på väntetider och vårdköer.

Uppföljningen baseras på regionernas redovisningar för överenskommelsen 2022 samt kvantitativa analyser av regionernas inrapportering av väntetidsdata till den nationella väntetidsdatabasen.

Rapporten omfattar uppföljning av flera delar:

- Regionernas uppfyllnadsgrad av prestationskraven för kortare väntetider.
- Regionernas strategiska tillgänglighetsarbete.
- Regionernas arbete med inrapportering av väntetidsdata till den nationella väntetidsdatabasen.
- Regionernas slutredovisning av hur de använt medlen i överenskommelsen.

Socialstyrelsen kan i uppföljningen konstatera att det fortsatt finns problem med tillgängligheten utifrån vårdgarantin trots insatser i regionerna och tillskott av statliga medel. De regionala skillnaderna i väntetider är fortsatt stora på flera områden.

Mot bakgrund av resultaten som presenteras i rapporten föreslår myndigheten olika framtida åtgärdsförslag.

Regionernas uppfyllnadsgrad av prestationskraven för kortare väntetider

Det första blocket i överenskommelsen handlar om att regionerna ska uppvisa kortare väntetider inom och utöver vårdgarantins maximala tidsgränser. Väntetiderna har mätts varje månad under februari–november 2022 utifrån följande nio vårdinsatser:

Primärvården

1. Medicinsk bedömning inom tre dagar

Specialiserade vården

2. Första besök inom 60 dagar
3. Operation/åtgärd inom 60 dagar
4. Patienter som har väntat längre än 180 dagar på första besök
5. Patienter som har väntat längre än 180 dagar på operation/åtgärd
6. Återbesök inom medicinskt måldatum

Barn- och ungdomspsykiatri

7. Första besök inom 30 dagar
8. Fördjupad utredning inom 30 dagar
9. Behandling inom 30 dagar

Sammantaget visar resultaten på stora skillnader rörande uppfyllnad av samtliga prestationskrav mellan regionerna. Regionerna har främst kvalificerat sig till stimulansmedlen genom en förbättring jämfört med samma månad föregående år, än att de uppfyllt den definierade målnivån för vårdinsatsen.

Följande är urval på resultat som framkommer:

- Tio regioner uppfyllde målet om *medicinsk bedömning inom tre dagar* i primärvården för samtliga av analysperiodens månader.
- Nio regioner uppnådde målet om *första besök* i den specialiserade vården inom 60 dagar för minst en av årets månader.
- Tio regioner uppnådde målet om *operation/åtgärd* inom 60 dagar för minst åtta av de tio månaderna.
- Sex regioner uppnådde **inte** målet under någon av analysperiodens månader om att max 5 procent av patienterna ska ha *väntat längre än 180 dagar på första besök* i den specialiserade vården.
- Merparten av regionerna uppnådde **inte** målet under någon månad om att max 5 procent av patienterna ska ha *väntat längre än 180 dagar på operation/åtgärd*.
- Stora regionala skillnader observeras när det gäller måluppfyllelsen för *besök, utredning respektive behandling inom 30 dagar* för barn- och ungdomspsykiatri (BUP). Vissa regioner uppfyller alla tre mål under samtliga eller närapå samtliga månader i analysperioden, medan andra regioner inte uppfyller målet under någon månad för en eller flera av de tre vårdinsatserna.

Regionernas strategiska tillgänglighetsarbete

Denna del i överenskommelsen innefattar att regionerna ska redovisa sina insatser för ett strategiskt, långsiktigt hållbart tillgänglighetsarbete. Regionerna har tagit fram handlingsplaner inom ramen för tidigare års överenskommelser och denna gång skulle befintlig handlingsplan kompletteras med vissa definierade uppgifter i de fall dessa uppgifter saknades.

Kompletteringen handlade exempelvis om att målen ska vara mätbara och tidsbestämda, vilka insatser som ska genomföras för att uppnå målen, specifika insatser för patienter med särskilda behov, hur uppföljningen ska gå till, redovisning av tidigare resultat och vilka olika interna verksamheter och externa samverkanspartner som är delaktiga i tillgänglighetsarbetet. Regionerna inkom med reviderade delredovisningar inklusive handlingsplaner till Socialstyrelsen i september 2022.

Socialstyrelsen har i uppföljningen av redovisningarna inklusive handlingsplanerna tillämpat en anpassad modell för kontinuerligt förbättringsarbete (PDSA-cykeln) för att strukturera, analysera och skapa en enhetlig översikt som ska möjliggöra jämförelser mellan regioner.

Myndigheten drar sammanfattningsvis följande slutsatser:

- I de beskrivningar som regionerna lämnade till Socialstyrelsen är det generellt svårt att se en röd tråd i det strategiska tillgänglighetsarbetet. Detta innebär uttryckta, mätbara samt tidsbestämda mål med koppling till pågående och planerade insatser i enlighet med målen samt uppföljning av mål och insatsers resultat och effekter.
- Regionerna redogör framför allt för vilka insatser de arbetar med här och nu, men beskriver mer sällan hur de planerar att arbeta långsiktigt med tillgänglighetsfrågor.
- Få regioner beskriver hur de har följt upp insatserna och regionerna för sällan ett resonemang om effekterna av sitt tillgänglighetsarbete.
- Redovisningarna inklusive handlingsplanerna varierar i såväl format och innehåll som omfattning, vilket försvårar jämförbarheten mellan regioner.
- Eftersom överenskommelsen 2022 efterfrågar både flera olika redovisningar från regionerna (delredovisning inklusive handlingsplan samt slutredovisning), och att det finns en överlapp mellan delredovisning och handlingsplan, är det inte tydligt för regionerna vad och när de ska redovisa sitt arbete eller i vilket format.
- Det finns också behov av stöd till regionen i vilken redovisning som ska ske i relation till andra närliggande överenskommelser.

Analys av rapporteringen av väntetidsdata till den nationella väntetidsdatabasen

Uppföljningen visar att tidigare identifierade inrapporteringsskillnader till väntetidsdatabasen mellan regionerna kvarstår. Det finns därför behov av fortsatt utveckling och stöd i kvalitetssäkringen av data.

Analysen visar också att det är fortsatt svårt att avgöra den faktiska täckningsgraden av regionernas inrapporterade data till den nationella väntetidsdatabasen. Skillnader mellan regionerna avseende inrapportering av andel vårdkontakter med vårdgaranti kan också fortfarande observeras. Det finns indikationer på att vissa regioner behöver tid för att komma i gång med inrapporteringen enligt de nya modellerna för nationell uppföljning av tillgänglighet inom primärvården och den specialiserade vården.

Vidare framkommer att flertalet regioner upplever att data från väntetidsdatabasen inte är tillförlitlig och därmed inte jämförbar mellan regionerna.

Regionernas redovisning av använda medel i överenskommelsen

Socialstyrelsen har även följt upp hur regionerna använt medlen i överenskommelsen för 2022, dess tilläggsöverenskommelse samt i tilläggsöverenskommelsen 2021. Uppföljningen baseras på de slutredovisningar som regionerna inkom med i mars 2023.

År 2022 betalades 2 956 miljoner kronor ut till regionerna för överenskommelsen om ökad tillgänglighet och 35 miljoner kronor för dess tilläggsöverenskommelse. I slutredovisningarna skulle regionerna även redovisa hur medlen använts och resultatet av insatserna. Vissa regioner redovisar insatser för att stärka styrning och organisering av sitt tillgänglighetsarbete, exempelvis en tillgänglighetsfunktion för rutiner och samverkan med klinikerna, samt en digital vårdöversikt för att kunna följa antal inlagda patienter på vårdavdelningar. Därutöver redovisar regionerna insatser som till stor del återspeglar de insatser som de redovisat i sina delredovisningar och handlingsplaner i september 2022.

Regionernas slutredovisningar visade, i likhet med delredovisningarna, på en stor variation i såväl format och innehåll som omfattning. Ingen region har på ett tydligt sätt besvarat de punkter som Socialstyrelsen har specificerat utifrån överenskommelsens och tilläggsöverenskommelsens krav.

I dialog med regionerna framkommer att de upplever kraven i överenskommelsen som otydliga och att det ibland inte bedöms vara möjligt att redovisa användningen av stimulansmedlen på det sätt som överenskommelsen efterfrågar.

Framtida åtgärdsförslag

Socialstyrelsen ser behov av flera åtgärder framåt:

- Myndigheten har påbörjat utvecklingen av verktyg som stöd för kontinuerlig uppföljning av regionernas tillgänglighetsarbete i hälso- och sjukvården som ett led i ett långsiktigt förbättringsarbete. Utgångspunkten är att verktygen ska följa frågor och krav i överenskommelsen, ha fokus på resultat och utveckling över tid, bidra till långsiktighet och förutsägbara redovisningskrav, samt ge utrymme för regionerna att utforma handlingsplanen så att den blir varje regions egen.
- Regionerna har i löpande dialoger med Socialstyrelsen efterfrågat spridning av goda och lärande exempel. För att kunna identifiera sådana exempel är det centralt att kunna följa upp insatsernas resultat och effekter. Socialstyrelsen föreslår att såväl regionerna som myndigheten ger uppföljning av insatsernas resultat och effekter ökat utrymme.
- Socialstyrelsen har haft i uppdrag att utreda möjligheterna att samla in väntetidsdata. Den modell som myndigheten föreslår bygger på en utökning av uppgifter till patientregistret. Under tiden detta arbete fortgår behöver däremot nödvändiga förbättringar i väntetidsdatabasen fortsätta enligt nedan två punkter.

- SKR bör arbeta för att stötta och säkerställa utvecklingen av följsamhet och jämförbarhet av inrapporteringen till den nationella väntetidsdatabasen, inklusive inrapporteringen av frivilliga och villkorat obligatoriska variabler.
- Regionerna bör fortsätta sitt arbete för att säkerställa en god täckningsgrad, inrapporteringsgrad och kvalitet i sin inrapportering till den nationella väntetidsdatabasen.
- Socialstyrelsen bedömer att det bör tydliggöras i överenskommelsen hur regionerna ska redovisa hur de har använt medlen. De verktyg som myndigheten nu utvecklar är tänkta att kunna användas bland annat för detta ändamål.
- Flera nu gällande överenskommelser mellan staten och SKR har bäring på tillgängligheten i hälso- och sjukvården. Det vore värdefullt att underlätta administrationen för regionerna genom att samordna redovisningen av insatser och resultat för dessa överenskommelser.

Inledning

Uppdraget

Socialstyrelsen har ett pågående regeringsuppdrag att följa upp och föra dialog om hälso- och sjukvårdens tillgänglighet (S2022/01664). Som en del i uppdraget ingår utvärdering och analys av överenskommelsen mellan staten och SKR om *ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2022*, samt tilläggsöverenskommelsen 2022 och 2021 som redovisas i denna rapport.

Uppföljningen av överenskommelsen 2022 ska exempelvis omfatta följande:

- Regionernas uppfyllnadsgrad av prestationskraven för kortare väntetider.
- Sammanställning av de redovisningar och handlingsplaner som regionerna lämnar in till myndigheten.
- Analys av regionernas inrapportering av väntetidsdata till den nationella väntetidsdatabasen, särskild granskning av regionernas följsamhet till framtagna riktlinjer och mallar, samt en bedömning av rimligheten i de data som regionerna rapporterar.

I uppdraget ingår även att lämna förslag på åtgärder som staten kan vidta i de fall regionerna inte följt anvisningarna eller genomfört angivna insatser i överenskommelsen.

Enligt överenskommelsen 2022 ska regionerna inkomma med en delredovisning inklusive handlingsplan till Regeringskansliet och Socialstyrelsen senast den 30 september 2022. Regionerna ska även lämna en slutredovisning senast den 31 mars 2023 med en redovisning av hur 2022-års stimulansmedel har använts för att genomföra insatser som anges i överenskommelsen samt resultatet av dessa. I slutredovisningen ska regionerna även redovisa hur de har använt tilldelade stimulansmedel för såväl tilläggsöverenskommelsen 2022 som för tilläggsöverenskommelsen 2021.

Avgränsningar

I denna rapport presenteras uppfyllnadsgrad av prestationskrav för kortare väntetider samt sammanställningen av regionernas delredovisningar inklusive handlingsplaner på en övergripande nivå eftersom resultaten för dessa delar ingår i Socialstyrelsens samlade uppföljning som utgör separata underlag inför myndighetens årliga dialoger (bilaga 1).¹

Analysen av regionernas inrapportering av väntetidsdata och uppföljning av regionernas slutredovisningar av överenskommelserna ingår däremot inte

¹ För ytterligare information om den samlade uppföljningen se bilaga 1 och för dialogprocessen se Socialstyrelsens delredovisning *att strategiskt, långsiktigt och kontinuerligt följa upp och föra dialog om hälso- och sjukvårdens tillgänglighet* (mars 2023) för mer information. Den samlade uppföljningen kommer finnas tillgänglig efter avslut av respektive regions årliga dialog (diarienummer: 13973/2023).

i den samlade uppföljningen och kommer därmed presenteras mer detaljerat i rapporten.

Rapportens disposition

Rapporten omfattar uppföljning av överenskommelsens olika delar:

- Regionernas uppfyllnadsgrad av prestationskraven för kortare väntetider (block 1 i överenskommelsen).
- Regionernas strategiska tillgänglighetsarbete (block 2 i överenskommelsen).
- Analys av inrapporteringen av väntetidsdata till den nationella väntetidsdatabasen.
- Regionernas slutredovisningar med bland annat en redovisning av hur de använt medlen i överenskommelsen.

Avslutningsvis presenteras Socialstyrelsens slutsatser och identifiering av möjliga framtida åtgärdsförslag.

Kommande redovisningar till regeringen

- Socialstyrelsen ska lämna en delredovisning av regeringsuppdraget² senast den 31 mars 2024.
- Socialstyrelsen ska redovisa en uppföljning av *överenskommelsen om ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2023* senast den 30 augusti 2024.
- Regeringsuppdraget ska i sin helhet slutredovisas senast den 31 maj 2025.
- Utöver tidigare angivna redovisningsdatum ska Socialstyrelsen löpande hålla Regeringskansliet (Socialdepartementet) informerat om hur uppdraget fortskrider.

Bakgrund

Hälso- och sjukvården ska vara jämlik, tillgänglig, kunskapsbaserad, säker, individcentrerad och effektiv. I hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, beskrivs att hälso- och sjukvårdsverksamheter ska bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls. Ett av kriterierna för god vård är att hälso- och sjukvården ska vara lätt tillgänglig (5 kap. 1 § HSL), vilket bland annat innebär att vården är lätt att komma i kontakt med och ges i rimlig tid utifrån behov.

Långa väntetider har varit ett problem i svensk hälso- och sjukvård under lång tid [1-3]. Socialstyrelsen rapporterade exempelvis om detta redan under 1960-talet. Som beskrivits av flera aktörer har covid-19-pandemin sedan mars 2020 dessutom förstärkt problemen med väntetiderna i vården [4, 5].

Tillgängligheten till vård och behandling har varit föremål för statliga insatser de senaste decennierna. Det har bland annat skett genom lagstiftning,

² Socialstyrelsens regeringsuppdrag från mars 2022 om Att strategiskt, långsiktigt och kontinuerligt följa upp och föra dialog om hälso- och sjukvårdens tillgänglighet (S2022/01664).

stärkt nationell uppföljning av väntetider och styrning genom överenskommelser mellan staten och regionerna genom SKR.

En central del i den statliga styrningen är den författningsreglerade nationella vårdgarantin, som anger tidsgränser för hur länge en patient ska behöva vänta på vård. Genom ekonomiska incitament i överenskommelser mellan staten och regionerna genom SKR har regionerna stimulerats att efterleva de förordningsreglerade tidsgränserna (se bilaga 2 för vårdgarantins tidsgränser samt ytterligare information om statens styrning för ökad tillgänglighet).

Förutom överenskommelser om ökad tillgänglighet har även ett flertal andra överenskommelser slutits mellan staten och SKR som också syftar till att öka tillgängligheten. Dessa är till exempel; *God och nära vård, Jämlik och effektiv cancervård, Mödrahälso- och förlossningsvård, Psykisk hälsa och suicidprevention* och *Sammanhållen, jämlik och säker vård*.

I augusti 2020 tillsatte regeringen *Delegationen för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården* (S2020:12) för att bland annat stödja regionerna i deras tillgänglighetsarbete och se över lagstiftningen på området. Fortsättningsvis benämns denna utredning *Tillgänglighetsdelegationen*.

Tillgänglighetsdelegationen har bland annat lämnat förslag som rör statens roll i arbetet med en förbättrad tillgänglighet i hälso- och sjukvården (SOU 2021:59, SOU 2022:22) [2, 3]. Förslag som delegationen har lämnat har omsatts i detta uppdrag och utgör en del av det fortsatta arbetet.

Staten har sedan 2022 även styrt genom statsbidrag på tillgänglighetsområdet, framförallt för att regionerna ska kunna hantera de uppdämda vårdbehov som uppkommit sedan covid-19-pandemin, samt för att öka antalet vårdplatser i sjukvården [4, 6-10].

Riksrevisionen publicerade i juni 2023 sin granskning av statens insatser för kortare väntetider i vården [11]. Slutsatserna i rapporten är att vårdgarantin och första kömiljarden 2008–2014 inte har haft någon tydlig, långvarig effekt på väntetiderna, samtidigt som insatserna riskerar att leda till undanträngning. Satsningen på standardiserade vårdförlopp för cancer (SVF) 2015–2018, har lett till kortare väntetider för flera cancerdiagnoser, men de regionala skillnaderna kvarstår, samtidigt som SVF riskerar att leda till undanträngning och onödig cancerutredning.

Överenskommelsen om ökad tillgänglighet 2022

Överenskommelsen om *ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2022* syftar till att stimulera till regionala insatser som bidrar till förbättringar i form av kortare väntetider [12]. Enligt överenskommelsen är det viktigt att regionerna arbetar strategiskt och systematiskt med tillgänglighet för att det ska finnas förutsättningar för att korta väntetiderna på såväl kort som lång sikt.

Överenskommelsen omfattar totalt 2 967 miljoner kronor som fördelas mellan två huvudsakliga block. Detta beskrivs närmare nedan.

Block 1: Prestationskrav för kortare väntetider

Det första blocket i överenskommelsen handlar om att regionerna ska uppvisa kortare väntetider inom de olika delar som omfattas av vårdgarantin. Prestationskraven är utformade utifrån relativa mått. Det innebär att regionerna kan kvalificera sig till medel genom att **förbättra sig utifrån sina egna väntetider** under motsvarande månad 2021 eller ha en **hög måluppfyllelse** av vårdgarantin som är beroende på vårdinsats. Syftet med denna konstruktion var att jämma ut skilda förutsättningar mellan regionerna, och därmed öka incitamenten för att korta väntetiderna och få ta del av medlen.

Det **första blocket** omfattar cirka 2 513 miljoner kronor, och baseras på hur väl regionerna uppfyller vårdgarantins olika delar, dvs. deras prestationer när det gäller att korta väntetiderna.

Block 2: Prestationskrav för strategiskt tillgänglighetsarbete

Det andra blocket i överenskommelsen handlar om att regionerna ska genomföra insatser för att uppnå ett strategiskt, långsiktigt hållbart tillgänglighetsarbete. I block 2 har staten och regionerna gemensamt identifierat utvecklingsområden som ska skapa förutsättningar för ett sådant tillgänglighetsarbete.

En viktig del är regionernas arbete utifrån den regionala handlingsplanen. Enligt överenskommelsen skulle regionerna lämna en delredovisning i september 2022 med en redovisning av sitt fortsatta arbete med och status för handlingsplanens genomförande samt arbetet för att uppnå uppsatta mål.

Regionerna har tagit fram handlingsplanerna inom ramen för tidigare års överenskommelser och enligt 2022 års överenskommelse skulle befintlig handlingsplan kompletteras med vissa definierade uppgifter i de fall dessa uppgifter saknades.

Medel som betalas ut inom det **andra blocket**, 443 miljoner kronor, baseras på regionernas insatser för det strategiska tillgänglighetsarbetet.

Inrapportering av data till den nationella väntetidsdatabasen

Syftet med den nationella väntetidsdatabasen är att samla information från regionerna om personers besök i vården. Enligt överenskommelsen ska regionerna fortsätta att rapportera och kvalitetssäkra väntetidsdata till den nationella väntetidsdatabasen. Inrapporteringen ska ske i enlighet med överenskomna anvisningar mellan SKR och regionerna för uppföljningsmodellerna av tillgänglighet med syftet att få en nationell bild och jämförbarhet av tillgängligheten till vården i regionerna [12-15]. Regionerna ska rapportera in data från primärvården och den specialiserade vården, för både väntande och genomförda besök/åtgärder.

I korthet ställs följande krav i överenskommelsen:

- Regionerna ska fortsätta att rapportera och kvalitetssäkra väntetidsdata till den nationella väntetidsdatabasen i enlighet med de överenskomna anvisningarna för modellerna för uppföljning av tillgänglighet.

- Regionerna ska rapportera alla genomförda besök i primärvården samt väntande patienter och genomförda besök och operation/åtgärder i den specialiserade vården, inklusive BUP, till den nationella väntetidsdatabasen.
- Regionerna ska förbättra och kvalitetssäkra rapporteringen gällande väntetider inom BUP, för att på regional och nationell nivå kunna utveckla effektiva insatser som långsiktigt stärker BUP och minskar den psykiska ohälsan hos barn och unga.

Följande kriterier gäller för inrapporteringen:

- Svarsfrekvensen för rapportering av väntande och faktisk väntetid till den nationella väntetidsdatabasen ska uppgå till minst 95 procent varje månad under årets alla månader.
- Rapporteringen av faktiska väntetider (genomförda besök/operation/åtgärder) ska finnas i väntetidsdatabasen senast fem veckor efter den månad som mätperioden avser.
- 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.
- Regionernas rapportering för avvikelserna patientvald väntan och medicinskt orsakad väntan ska följa det regelverk som återfinns i hälso- och sjukvårdsförordningen för när en patients väntan ska anses som självvald eller medicinskt orsakad.

Tilläggsöverenskommelsen om ökad tillgänglighet 2022

Tilläggsöverenskommelsen 2022 tecknades i april 2022. Syftet var att regionerna snabbare skulle kunna erbjuda väntande patienter vård genom att i större utsträckning använda ledig och tillgänglig kapacitet. Detta inkluderade bland annat att regionerna skulle intensifiera sin regionöverskridande samverkan genom arbete med vårdlotsarna och vårdgarantikanslierna.

I tilläggsöverenskommelsen ingick även att regionerna skulle vidareutveckla information om vårdgarantin till patienter, vårdgivare och personal.

Regionerna ska redovisa hur stimulansmedlen i tilläggsöverenskommelsen 2022 [16] har använts, även om detta inte uttryckligen anges. Efter dialog med Regeringskansliet tydliggjorde Socialstyrelsen i sitt utskick till regionerna att även tilläggsöverenskommelsen 2022 skulle redovisas särskilt.

Tilläggsöverenskommelsen 2022 omfattade totalt 36 miljoner kronor.

Tilläggsöverenskommelsen om ökad tillgänglighet 2021

Enligt 2022 års överenskommelse ska regionerna även slutredovisa till Socialstyrelsen hur de har använt stimulansmedlen i *tilläggsöverenskommelsen om ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården*

2021 [17]. Tilläggsöverenskommelsen 2021 kompletterade den ordinarie överenskommelsen för 2021 och syftade bland annat till att möjliggöra omhändertagande av den uppskjutna vården och till att stödja regionerna att inför 2022 fortsatt kunna fokusera på att korta väntetiderna.

I tilläggsöverenskommelsen 2021 ingick även att regionerna skulle inkomma med nulägesrapporter. Dessa har redovisats till Tillgänglighetsdelegationen under hösten 2021.

Tilläggsöverenskommelsen 2021 omfattade 1 478,5 miljoner kronor, varav 190 miljoner var öronmärkta för tillgänglighetsinsatser inom BUP.

Regionernas uppfyllnadsgrad för kortare väntetider

I detta kapitel redogör Socialstyrelsen för uppfyllnadsgraden av prestationskraven för kortare väntetider på en **övergripande nivå**,³ dvs. block 1 i överenskommelsen 2022.

För samtliga vårdinsatser inom block 1 gäller att regionernas väntetider mäts månatligen. Analysperioden är februari till november 2022. December ingår inte i modellen då medlen för block 1 betalas ut innan årsskiftet. Detta innebär att regionerna kan kvalificera sig till medel genom att **förbättra sig utifrån sina egna väntetider** under motsvarande månad 2021 eller ha en **hög måluppfyllelse** av vårdgarantin.

För block 1 bedöms regionernas prestationer utifrån väntetiderna till nio vårdinsatser där kravet för måluppfyllnad skiljer sig för dessa, som framgår av figur 1.⁴

Figur 1. Väntetider till vårdinsatser som regionernas prestationer bedöms utifrån⁴

Primärvård	1. Medicinsk bedömning (minst 82 procent har skett inom 3 dagar)
Specialiserad vård	2. Första besök (minst 72 procent har väntat högst 60 dagar) 3. Operation/åtgärd (minst 72 procent har väntat högst 60 dagar) 4. Patienter som har väntat längre än 180 dagar på första besök (max 5 procent har väntat längre än 180 dagar) 5. Patienter som har väntat längre än 180 dagar på operation/åtgärd (max 5 procent har väntat längre än 180 dagar) 6. Återbesök (minst 85 procent ska ha skett inom det medicinska måldatumet)
Barn- och ungdomspsykiatri	7. Första besök (minst 72 procent genomförda inom 30 dagar) 8. Fördjupad utredning (minst 72 procent genomförda inom 30 dagar) 9. Behandling (minst 72 procent genomförda inom 30 dagar)

³ Socialstyrelsen har följt uppfyllnadsgraden av prestationskraven närmare per region vilket redovisas i en regional sammanställning samt i en nationell översikt som ingår i den samlade uppföljningen som utvecklas i regeringsuppdraget. Dessa används som underlag inför årliga dialoger som myndigheten genomför med respektive region. Se bilaga 1 om den samlade uppföljningen som kommer att finnas tillgänglig efter avslut av respektive regions årliga dialog (diarienummer: 13973/2023). Se i övrigt avsnittet *Avgränsningar*.

⁴ För BUP gäller kvalifikationen till medlen antingen förbättring jämfört med tidigare år eller att en måluppfyllelse om minst 72 procent av de genomförda besöken, utredningarna respektive behandlingarna har skett inom 30 dagar. Om regionen har fler än 20 barn/unga som väntar på besök, utredning respektive behandling ska regionen även uppfylla kravet om att minst 72 procent av de väntade har väntat max 30 dagar. Alternativt ger en förbättring med minst 5,0 procentenheter jämfört med samma månad föregående år en andel av regionens reserverade månadspott enligt en ökade skala där en förbättring med 10 procentenheter eller mer ger 100 procent av månadspotten.

Socialstyrelsen mottog data med färdiga beräkningar av prestationskraven från SKR vid tre tillfällen under perioden oktober 2022 till januari 2023, från den applikation som skapats för ändamålet av SKR i den nationella väntetidsdatabasen. Myndigheten har sammanställt regionernas resultat baserat på dessa beräkningar och detta presenteras övergripande i denna rapport.

Uppfyllnadsgrad av prestationskrav för kortare väntetider

En översikt av regionernas måluppfyllelse av prestationskraven för kortare väntetider presenteras i tabell 1. Generellt visar resultaten att flertalet regioner inte uppnått måluppfyllnaden för flera av månaderna under analysperioden. Det råder samtidigt variation i resultaten och stora skillnader mellan regionerna observeras. Regionerna har oftare uppvisat förbättring jämfört med samma månad föregående år, än att de uppfyllt den definierade målnivån för vårdinsatsen.

Högst måluppfyllnad (mätt i antal månader) ses sammantaget inom **primärvården**, för *medicinsk bedömning inom tre dagar* där tio regioner kvalificerade sig till medlen för samtliga av analysperiodens månader. Mer än hälften av regionerna uppnådde måluppfyllnaden genom en förbättring jämfört med föregående år och inte genom att nå målet om 82 procent. En region uppnådde endast kravet för en månad och en annan region för två av månaderna under analysperioden.

Inom den **specialiserade vården** uppfyllde 11 regioner kravet för *återbesök inom det medicinska måldatumet*⁵ för alla analysperiodens månader. Sex regioner uppfyllde inte kravet för någon av analysperiodens månader.

Vad gäller prestationskravet om *första besök inom 60 dagar* uppnådde nio regioner kravet för någon av analysperiodens månader, samtidigt som tolv regioner inte uppnådde prestationskravet någon utav månaderna. Av de nio som uppnådde kravet för någon månad uppfyllde sex regioner kravet framför allt genom en förbättring jämfört med tidigare år och tre regioner primärt genom en hög måluppfyllnad. Samtidigt uppnådde tio regioner prestationskravet om *väntande till operation/åtgärd inom 60 dagar* för åtta eller fler månader.

Majoriteten av regionerna uppnådde inte målet om andelen *väntande längre än 180 dagar till operation/åtgärd* någon av analysperiodens månader. Sex regioner uppnådde inte prestationskravet om andelen *väntande längre än 180 dagar* till besök någon månad, medan fyra regioner uppnådde målet minst nio månader. För samtliga mått inom den specialiserade vården uppfylldes en majoritet av prestationskraven genom en förbättring jämfört med samma månad föregående år.

⁵ Med *återbesök* menas öppenvårdsbesök som har medicinskt samband med tidigare vårdbesök eller vårdtillfälle inom samma medicinska verksamhetsområde. Måluppfyllelsen mäts i hur stor andel av återbesöken inom den specialiserade vården som genomfördes inom det medicinska måldatumet. Medicinskt måldatum fastställs vid den medicinska bedömningen och avser den bortre tidsgräns för när ett återbesök bör ske.

Inom **BUP**⁶ uppnådde fyra regioner prestationskravet om *första besök inom 30 dagar* för alla eller nästan alla av analysperiodens månader, medan fem regioner inte uppnådde kravet under någon av månaderna. Fem regioner uppnådde prestationskravet om *utredning inom 30 dagar* hos BUP för alla eller nästan alla månader och fem regioner uppnådde inte prestationskravet om *behandling inom 30 dagar* hos BUP för någon månad. Sex regioner uppnådde endast måluppfyllelsen om behandling inom BUP för en eller två av de tio månaderna.

Majoriteten av de uppfyllda prestationskraven inom BUP (kvalificering till stimulansmedel) nåddes genom att regionerna förbättrade sina resultat jämfört med föregående år.

⁶ Observera att måluppfyllelse av prestationskraven kopplat till tillgänglighet för barn- och ungdomspsykiatri skiljer sig något från resterande prestationskrav och avser antingen förbättring av genomförda besök eller att minst 72 procent av de genomförda besöken, utredningarna respektive behandlingarna ha skett inom 30 dagar. Om regionen har fler än 20 barn/unga som väntar på besök, utredning respektive behandling ska regionen även uppfylla kravet om att minst 72 procent av de väntade ha väntat max 30 dagar.

Tabell 1. Måluppfyllelse, prestationskrav⁷ för kortare väntetider för alla vårdnivåer⁸

Region	Primärvård	Specialiserad vård					BUP		
	Medicinsk bedömning inom 3 dagar ⁹	Väntande på första besök i högst 60 dagar ¹⁰	Väntande på operation/ åtgärd i högst 60 dagar ¹⁰	Patienter som har väntat över 180 dagar på besök ¹¹	Patienter som väntat över 180 dagar på operation/ åtgärd ¹¹	Återbesök inom det medicinska måldatumet ¹²	Besök inom 30 dagar ¹³	Utredningar inom 30 dagar ¹³	Behandlingar inom 30 dagar ¹³
Blekinge	2/10	2/10	9/10	6/10	6/10	10/10	0/10	5/10	6/10
Dalarna	10/10	0/10	8/10	0/10	10/10	0/10	0/10	0/10	1/10
Gotland	5/10	2/10	2/10	4/10	6/10	10/10	10/10	10/10	9/10
Gävleborg	10/10	1/10	10/10	5/10	10/10	0/10	10/10	10/10	10/10
Holland	10/10	8/10	1/10	10/10	0/10	10/10	8/10	3/10	3/10
Jämtland Härjedalen	8/10	0/10	3/10	0/10	3/10	4/10	4/10	6/10	7/10
Jönköpings län	8/10	7/10	6/10	10/10	9/10	9/10	0/10	0/10	1/10
Kalmar län	10/10	0/10	5/10	6/10	8/10	10/10	3/10	0/10	0/10
Kronoberg	10/10	0/10	10/10	1/10	10/10	0/10	6/10	1/10	3/10
Norrbottnen	10/10	0/10	8/10	2/10	9/10	10/10	3/10	9/10	6/10
Skåne	10/10	0/10	10/10	5/10	8/10	10/10	5/10	4/10	6/10
Stockholm	10/10	8/10	9/10	4/10	10/10	10/10	1/10	0/10	1/10
Sörmland	7/10	0/10	4/10	0/10	8/10	10/10	0/10	8/10	6/10
Uppsala	8/10	2/10	3/10	7/10	5/10	10/10	9/10	1/10	6/10
Värmland	4/10	0/10	6/10	0/10	10/10	3/10	0/10	7/10	9/10
Västerbotten	10/10	0/10	0/10	1/10	4/10	0/10	1/10	5/10	2/10
Västernorrland	9/10	0/10	6/10	5/10	8/10	10/10	4/10	0/10	3/10
Västmanland	10/10	4/10	8/10	9/10	10/10	10/10	7/10	4/10	1/10
Västra Götaland	1/10	0/10	3/10	0/10	4/10	0/10	4/10	2/10	0/10
Örebro län	8/10	0/10	8/10	0/10	7/10	5/10	9/10	4/10	5/10
Östergötland	6/10	9/10	10/10	10/10	9/10	0/10	4/10	1/10	2/10

⁷ Prestationskraven för kortare väntetider skiljer sig från den nationella vårdgarantins lagstadgade krav. Vårdgarantin anger att patienten har rätt till vård den behöver inom 90 dagar medan överenskommelsens krav är 60 dagar.

⁸ Antal månader (februari–november) med hel eller delvis måluppfyllelse av prestationskraven för väntetider (block 1) i överenskommelse om ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2022. Måluppfyllelsen bedöms för februari–november utifrån bearbetade data skickad till Socialstyrelsen från den nationella väntetidsdatabasen den 19 december 2022.

⁹ Observera att måluppfyllelse avser att minst 82 procent av de genomförda medicinska bedömningarna har skett inom 3 dagar. Alternativt ger en förbättring med minst 1,0 procentenheter jämfört med samma månad föregående år en andel av regionens reserverade månadspott enligt en ökade skala där en förbättring med 5 procentenheter eller mer ger 100 procent av månadspotten.

¹⁰ Observera att måluppfyllelse avser att minst 72 procent av de väntande har väntat högst 60 dagar på sitt besök respektive operation/åtgärd. Alternativt ger en förbättring med minst 1,0 procentenheter jämfört med samma månad föregående år en andel av regionens reserverade månadspott enligt en ökade skala där en förbättring med 5 procentenheter eller mer ger 100 procent av månadspotten.

¹¹ Observera att måluppfyllelse avser max 5 procent av de väntande har väntat längre än 180 dagar på sitt besök respektive operation/åtgärd. Alternativt ger en förbättring med minst 1,0 procentenheter jämfört med samma månad föregående år en andel av regionens reserverade månadspott enligt en ökade skala där en förbättring med 5 procentenheter eller mer ger 100 procent av månadspotten.

¹² Medicinskt måldatum fastställs vid den medicinska bedömningen inom öppen specialiserad vård och avser den bortre tidsgräns för när ett återbesök bör ske.

¹³ Observera att måluppfyllelse avser antingen förbättring jämfört med tidigare år eller att minst 72 procent av de genomförda besöken, utredningarna respektive behandlingarna ha skett inom 30 dagar. Om regionen har fler än 20 barn/unga som väntar på besök, utredning respektive behandling ska regionen även uppfylla kravet om att minst 72 procent av de väntade har väntat max 30 dagar. Alternativt ger en förbättring med minst 5,0 procentenheter jämfört med samma månad föregående år en andel av regionens reserverade månadspott enligt en ökade skala där en förbättring med 10 procentenheter eller mer ger 100 procent av månadspotten.

Regionernas strategiska tillgänglighetsarbete

I detta kapitel beskriver Socialstyrelsen resultatet av en sammanställning av regionernas delredovisningar inklusive handlingsplaner på en **övergripande nivå**¹⁴, dvs. block 2 i överenskommelsen 2022. Myndigheten redogör också i detta kapitel för vad som framkommit vid löpande dialoger med regionerna om exempelvis strukturen för redovisning och uppföljning.

Enligt överenskommelsen 2022 skulle regionerna inkomma med en delredovisning med bilagd regional handlingsplan senast den 30 september 2022 till Socialstyrelsen. **Delredovisningen** skulle innehålla en redovisning av regionernas strategiska tillgänglighetsarbete enligt block 2 med fokus på det fortsatta arbetet med samt revidering eller utveckling av den **regionala handlingsplanen för ökad tillgänglighet** enligt tio punkter som beskrevs i överenskommelsen¹⁵ (presenteras i faktaruta nedan). Delredovisningen skulle även redogöra för status för handlingsplanens genomförande och arbetet med att uppnå uppsatta mål.

Syftet med den regionala handlingsplanen är att stödja och stärka regionernas strategiska och långsiktiga arbete för ökad tillgänglighet. Enligt överenskommelsen 2022 [12], och Tillgänglighetsdelegationen [3], ska handlingsplanen omfatta regionens samlade arbete med att förbättra tillgängligheten inom hälso- och sjukvården, inklusive BUP.

I Tillgänglighetsdelegationens uppdrag ingick att stödja regionerna i arbetet med att ta fram de regionala handlingsplanerna, och även att följa upp dem (dir 2020:81) [3]. Enligt Tillgänglighetsdelegationens rekommendationer, och som angivet i överenskommelsen 2022, bör handlingsplanen utgå från mätbara och tidsatta regionala mål med insatser för att nå målen inklusive en beskrivning av hur regionen avser att följa upp insatserna. Den regionala handlingsplanen ämnar även utgöra grunden för den årliga dialogen mellan staten och regionerna för att följa upp tillgänglighetsarbetet.

Uppföljningen av handlingsplanerna från 2021 redovisades i Tillgänglighetsdelegationens delbetänkande (SOU 2021:59) [3]. I arbetet med handlingsplanerna utformade regionerna och SKR en mall för handlingsplanen i samband med överenskommelsen 2020. Mallen användes av vissa regioner i redovisningen medan andra valde ett annat upplägg.

¹⁴ Socialstyrelsen har följt delredovisningarna inklusive handlingsplanerna närmare per region vilket redovisas i en regional sammanställning samt i en nationell översikt som ingår i den samlade uppföljningen som utvecklas i regeringsuppdraget. Dessa används som underlag inför årliga dialoger som myndigheten genomför med respektive region. Se bilaga 1 om den samlade uppföljningen som kommer att finnas tillgänglig efter avslut av respektive regions årliga dialog (diarienummer: 13973/2023). Se i övrigt avsnittet *Avgränsningar*.

¹⁵ Avsnittet 3.3.1. om att Arbeta utifrån den regionala handlingsplanen i överenskommelsen om *ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2022*.

Regionernas arbete utifrån den regionala handlingsplanen (block 2)

Överenskommelsen för *ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2022* efterfrågar handlingsplaner från regionerna vars innehåll ska uppdateras enligt följande tio punkter:

1. **Tidsatta och mätbara mål** som regionen har satt upp på kort och lång sikt för att öka tillgängligheten.
2. Vilka **insatser**, både på kort och lång sikt, som regionen bedömer krävs **för att uppnå respektive mål** i handlingsplanen, både från regionen själv och från andra aktörer, t.ex. statliga aktörer.
3. Vilka **insatser** regionen avser att göra, både på kort och lång sikt, för att **patientgrupper med särskilda behov**, bl.a. patienter med kroniska sjukdomar, patienter inom barn- och ungdomspsykiatri och patienter som har väntat längre än vårdgarantins 90 dagar, ska få vård efter behov och i rimlig tid.
4. Hur regionen avser att **följa upp att insatserna bidrar till måluppfyllelse**.
5. **Åtgärder** som behöver vidtas om regionen riskerar att **inte uppnå uppsatta mål**.
6. Vilka olika **interna verksamheter** och **externa samverkansparter** som är **delaktiga** i tillgänglighetsarbetet.
7. Vilka **insatser** som regionen gör för att säkerställa att **rapporteringen** av data till den nationella **väntetidsdatabasen** sker enligt framtagna **riktlinjer och regelverk**.
8. Vilka **insatser** regionen gör för att säkerställa att **rapporteringen** av data till den nationella **väntetidsdatabasen** **överensstämmer med den volym kontakter som väntar respektive genomförs i regionen**, dvs att rapporteringen är komplett och att regionen redovisar täckningsgraden.
9. Vilka **insatser** som regionen gör för att kontinuerligt säkerställa att regionens **väntelistor** enbart innehåller patienter med **aktuellt vårdbehov**.
10. Vilka **mål och effekter** som regionen **redan har uppnått** utifrån tidigare handlingsplaner.

Se bilaga 3 för huruvida regionerna besvarat frågeställningar kopplat till punkterna ovan i sina delredovisningar inklusive handlingsplaner.

Not: Överenskommelsen 2022 innehåller även mer detaljerad information och underpunkter för några av huvudpunkterna, exempelvis för regionens arbete för att kontinuerligt säkerställa att regionens väntelistor enbart innehåller patienter med aktuellt vårdbehov.

Delredovisningarna inklusive handlingsplanerna

Vilka dokument och underlag som regionerna inkom med i sin delredovisning av överenskommelsen 2022 varierade mellan regionerna.

Exempelvis kunde delredovisningen omfatta:

- Delredovisning inklusive handlingsplan av tillgänglighetsarbetet som besvarar områden i överenskommelsens block 2.
- Regionernas handlingsplaner för tillgänglighetsarbetet från 2021.

- Ytterligare dokument och filer som regionerna skickat in kopplat till sin delredovisning.¹⁶

Regionernas delredovisningar inklusive handlingsplaner **varierade i format, innehåll och omfattning**,¹⁷ vilket försvårade uppföljningen av tillgänglighetsarbetet och jämförbarheten mellan regioner.

Socialstyrelsen har huvudsakligen identifierat följande:

- **Varierande beskrivning från regionerna kring sitt tillgänglighetsarbete:**
Exempelvis är vissa regioner specifika i sin beskrivning av arbetet, samtidigt som andra regioner beskriver sitt arbete på ett sätt som gör det svårt att härleda vilken vårdnivå som till exempel ett problem eller hinder berör. Eftersom flera regioner har skickat in svar på de specifika frågorna (se faktaruta, s. 23) tillsammans med en handlingsplan som inte har uppdaterats är det även svårt att förstå när en insats är påbörjad, om den fortfarande pågår eller om den är avslutad.
- **Otydliga målsättningar för regionernas arbete:**
Målsättningar som beskrivs för regionernas tillgänglighetsarbete är sällan tidsatta och saknar ofta tydliga målnivåer. Det är även svårt att följa upp för vilken period ett specifikt mål avser, när en viss insats har genomförts eller för vilka insatser som följts upp. Frågeställningarna enligt överenskommelsen som regionerna ska besvara i sina delredovisningar är ställda i presens, vilket också präglar regionernas svar.
- **Avsaknad av en röd tråd i regionernas beskrivning av sitt tillgänglighetsarbete:**
Regionerna beskriver sällan kopplingen mellan tidigare resultat, identifierade problem, hinder och förutsättningar, uppsatta mål och styrning, insatser samt uppföljning. Det innebär att det ofta saknas förklaringar till varför regionen valt att satsa på en specifik insats och huruvida de bedömer att den är ändamålsenlig eller inte.
- **Att långsiktigheten i tillgänglighetsarbetet saknas:**
Regionerna redogör framför allt för vilka insatser de arbetar med här och nu, men beskriver sällan hur de planerar att arbeta långsiktigt med tillgänglighetsfrågor. Regionerna för sällan ett resonemang om effekterna av sitt tillgänglighetsarbete utan redovisar ofta resultat för enskilda indikatorer.
- **Upplevda svårigheter hos regionerna att särskilja redovisning av överenskommelse kontra regionala handlingsplan:**
Eftersom överenskommelsen 2022 efterfrågar både flera olika redovisningar från regionerna (delredovisning inklusive handlingsplan samt slutredovisning), och att det finns en överlapp mellan delredovisning och handlingsplan är det inte tydligt för regionerna vad och när de ska redovisa sitt arbete eller i vilket format.

¹⁶ Flera regioner hänvisar till interna dokument som används inom regionen för deras tillgänglighetsarbete. Dessa dokument inkluderades inte i sammanställningen.

¹⁷ Omfattning hänvisar både till antalet sidor och att regionerna inkom med flera olika dokument.

Eftersom delredovisningarna inklusive handlingsplanerna varierade avseende format, innehåll och omfattning försvårades möjligheterna att genomföra en enhetlig sammanställning av underlagen samt göra jämförelser mellan regionerna. Socialstyrelsen bedömde det därför, efter samråd med Socialdepartementet, som rimligt att i uppföljningen huvudsakligen utgå från de tio punkter som handlingsplanen skulle revideras eller utvecklas utifrån. (se faktarutan, s. 23).

Synpunkter vid löpande dialoger om behovet av en utvecklad struktur

Vid löpande dialoger med regionerna framkommer ett behov av en struktur för redovisning av överenskommelsen och den regionala handlingsplanen för ökad tillgänglighet. Detta beskrevs redan i planen för uppdraget i oktober 2022 [18]. Behovet efterfrågades än mer under våren 2023 där regionerna bland annat lyfte att skillnaden mellan redovisning av överenskommelsen och handlingsplanen upplevs som otydlig och att det varit otydligt kring vilka frågor som ska besvaras i redovisningen kontra handlingsplanen.

Att handlingsplanen är långsiktig medan redovisningen är kortsiktig bedöms av regionerna ha bidragit till otydlighet när de redovisas samlat, vilket försvårar enhetlighet och jämförbarhet mellan regioner, vilket i förlängningen påverkar det långsiktiga lärandet. Dessutom lyfter flera regioner behovet av kunskap och tydlighet kring att sätta mätbara och tidsatta mål, och när uppföljning av dessa ska ske. Regionerna har också lyft att en strukturerad mall kan stödja i att uppnå kraven i överenskommelsen på ett ändamålsenligt sätt.

Regionerna har även påtalat att rapporteringen riskerar att innebära en ökad administrativ börda eftersom de har svårt att skilja det aktuella uppdraget från andra närliggande överenskommelser, som exempelvis *God och nära vård*, *Jämlik och effektiv cancervård*, *Mödrahälso- och förlossningsvård*, *Psykisk hälsa och suicidprevention* och *Sammanhållen, jämlik och säker vård*.

En uppföljningsmodell för förbättringsarbete har använts i uppföljningen

Socialstyrelsen har valt att följa upp regionernas rapporterade tillgänglighetsarbete med utgångspunkt i en uppföljningsmodell för förbättringsarbete: PDSA-cykeln [19, 20]. Modellen består av fyra delar av en process: Plan, Do, Study och Act, och beskriver en metodik för hur en förbättringsprocess kan utföras.

Modellen är väletablerad inom forskningen och i förbättrings-, kvalitets- och utvecklingsarbete [21, 22]. Modellen är bland annat också utgångspunkt för de verktyg som framtagits utifrån Socialstyrelsens nationella handlingsplan för patientsäkerhetsarbete [23].

Syftet med tillämpning av den anpassade modellen för ett systematiskt förbättringsarbete i sammanställningen av delredovisningarna inklusive

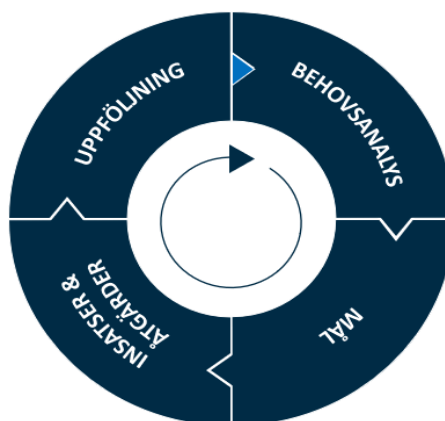
handlingsplanerna har varit flera. Modellen har både utgjort en struktur i uppföljningen av regionernas redovisningar och syftat till att underlätta det gemensamma lärandet i det fortsatta tillgänglighetsarbetet. Strukturen har möjliggjort analyser av det heterogena material som regionerna inkom med till Socialstyrelsen och bidragit till en samlad uppföljning på tillgänglighetsområdet.

Modellen har även möjliggjort en enhetlig översikt av regionernas rapporterade tillgänglighetsarbete med jämförelser mellan regioner, vilket är en aspekt som regionerna efterfrågat för att lära av varandras tillgänglighetsarbete. Förhoppningen är att utgångspunkten i modellen också kan bidra med ett lärande där regionerna systematiskt kan analysera sitt strategiska arbete från behov till mål, insatser och uppföljning.

De fyra stegen i PDSA-cykeln har anpassats för sammanställningen av regionernas delredovisningar inklusive handlingsplaner (se figur 2):

1. **Behovsanalys** där bland annat användning av regionens historiska resultat och nulägesbeskrivning kan initiera eller styra ett tillgänglighetsarbete. Identifiering av problem och hinder, samt behov, möjligheter och förutsättningar för tillgänglighetsarbetet tydliggör vilka områden som regionen ska prioritera.
2. **Mål** formuleras utifrån de identifierade behoven, och en ändamålsenlig styrning genom ledningsstrukturer och på verksamhetsnivå etableras.
3. **Insatser och åtgärder** som krävs identifieras och genomförs för att nå de uppsatta målen.
4. **Uppföljning** genomförs av insatserna och utfall på tillgänglighet för att mäta om regionen når de uppsatta målen. Resultaten föder sen in i fortsatt behovsanalys och förutsättningar och så vidare i ett kontinuerligt förbättringsarbete.

Figur 2. Anpassad modell för förbättringsarbete som har använts i uppföljningen



De tio punkter som överenskommelsen 2022 anger att handlingsplanen skulle revideras eller utvecklas enligt har modifierats till frågeställningar och vars svarsinnehåll har tematiserats enligt uppföljningsmodellens struktur (se

faktaruta, s. 23). Ytterligare relevanta frågeställningar för det strategiska arbetet som anges i överenskommelsen 2022, exempelvis arbete för att kontinuerligt säkerställa att regionens väntelistor enbart innehåller patienter med aktuellt vårdbehov, och andra viktiga aspekter i förändringsarbete inkluderades också (se figur 3). Sammanställningen genomfördes under det sista kvartalet av 2022.¹⁸

Regionerna besvarar merparten av överenskommelsens tio punkter

Uppföljningen av delredovisningarna inklusive handlingsplanerna visar att regionerna besvarar merparten av de tio punkter som beskrevs i överenskommelsen att handlingsplanerna skulle kompletteras med. Endast två punkter besvaras dock fullständigt av alla regioner, vilket är frågorna kopplade till rapportering av data till väntetidsdatabasen. Se bilaga 3 för hur regionerna har besvarat samtliga frågeställningar kopplat till punkterna ovan i sina delredovisningar inklusive handlingsplaner.

Merparten av regionerna berör frågan om vilka mål och resultat regionen uppnått utifrån tidigare handlingsplaner (**behovsanalys**). Samtliga regioner beskriver **mål eller målabitioner**, varav ungefär hälften av regionerna beskriver tidsatta mål.

Insatser som regionen genomför eller planerar för uppges av samtliga regioner. Emellertid kopplar inte merparten av regionerna insatserna till sina uppsatta mål och få regioner beskriver hur de har **följt upp** tillgänglighetsinsatser i sina delredovisningar inklusive handlingsplaner.

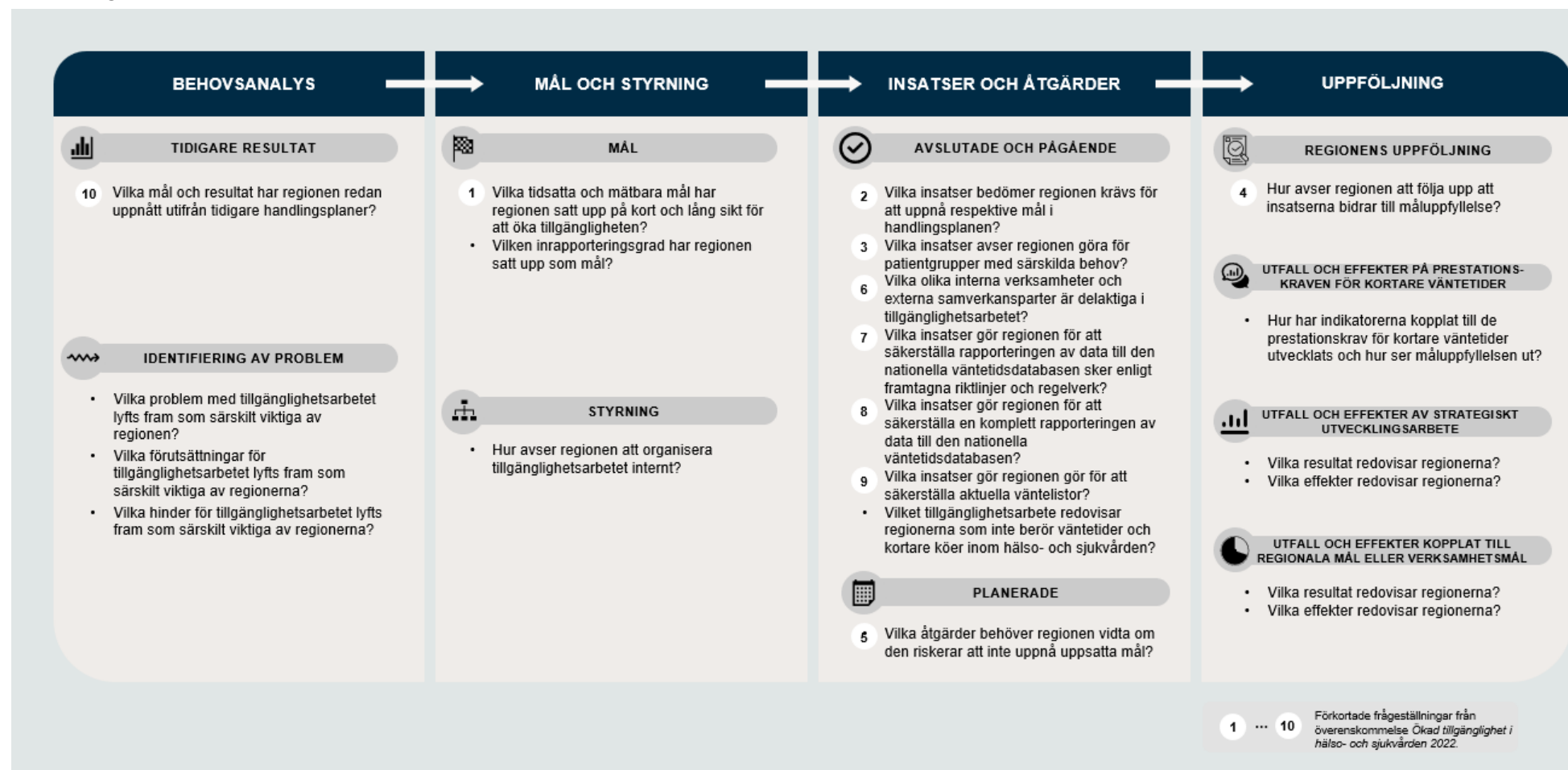
Exempel på områden där tillgänglighetsinsatser som beskrivs av regionerna inom primärvården, den specialiserade vården och BUP är följande:¹⁹

- Digitala arbetssätt.
- Generellt arbete med processer och arbetssätt.
- Kompetensförsörjning.
- Preventivt arbete.
- Strategiskt utvecklingsarbete.
- Produktions- och kapacitetsplanering – uppdelat på 1) processer och arbetssätt, och 2) ökad mottagningskapacitet.
- Arbete med utvecklade vårdnivåer och avdelningar (endast inom den specialiserade vården).
- Samverkan (endast inom den specialiserade vården och BUP)
- Upphandling (endast inom den specialiserade vården och BUP).

¹⁸ Ett kvalitativt analysverktyg har använts för en strukturerad analys av regionernas delredovisningar och handlingsplaner. Mer specifikt har verktyget använts för att markera och gruppera text i regionernas underlag enligt områden och delområden i modellen för kontinuerligt förbättringsarbete. Metoden omfattade genomläsning av varje delredovisning och handlingsplan där områden och delområden markerats löpande. Därefter har verktyget möjliggjort gruppering av den markerade texten för att kunna besvara frågeställningarna samlat.

¹⁹ Exempel på insatser inom insatsområdena återfinns i den samlade uppföljningen (se bilaga 1 för ytterligare information).

Figur 3. Informationen i delredovisningarna inklusive handlingsplanerna tematiserades enligt uppföljningsmodellen för förbättringsarbete



Pågående utvecklingsarbete för att stödja regionernas strategiska tillgänglighetsarbete

Under våren 2023 påbörjade Socialstyrelsen ett utvecklingsarbete för att stötta regionerna i deras strategiska tillgänglighetsarbete. Det pågående arbetet består av framtagande av struktur och verktyg för dels redovisning av överenskommelser och dels för redovisning av den regionala handlingsplanen som baseras på uppföljningsmodellen för förbättringsarbete som beskrevs tidigare i detta kapitel.

Utgångspunkten är att verktygen ska följa frågor och krav i överenskommelsen, ha fokus på resultat och utveckling över tid, bidra till långsiktighet samt ge utrymme för regionerna att utforma handlingsplanen så att den blir varje regions egen.

Under ett referensgruppsmöte med regionerna i april 2023 diskuterades myndighetens förslag på struktur och verktyg för att underlätta regionernas redovisning av överenskommelser och handlingsplanen. Inför referensgruppsmötet hade verktygen testats av fyra regioner. Representanter från 19 av 21 regioner och två representanter från SKR deltog i referensgruppsmötet.

Vid mötet uttryckte sig regionerna generellt positivt till att verktygen kan bidra med en struktur och tydlighet kring vad som ska redovisas enligt överenskommelsen om ökad tillgänglighet. Vissa regioner uttryckte däremot en farhåga att verktygen kan upplevas som styrande och omfattande, vilket framför allt tillskrivs de krav som ställs på regionerna i överenskommelsen.²⁰

²⁰ Det pågående utvecklingsarbetet med verktygen beskrivs närmare i kapitlet *Diskussion och slutsatser* under avsnittet *Socialstyrelsen har påbörjat ett arbete med att ta fram strukturer och verktyg för att möta regionernas behov*.

Analys av inrapportering av data till väntetidsdatabasen

I detta kapitel redovisar Socialstyrelsen den fortsatta uppföljningen och analysen av regionernas inrapportering av väntetidsdata till den nationella väntetidsdatabasen som SKR ansvarar för. Myndigheten ska särskilt granska regionernas följsamhet till framtagna riktlinjer och mallar i enlighet med de nya uppföljningsmodellerna för primärvården och den specialiserade vården samt bedöma rimligheten i de data som regionerna rapporterar.

I uppdraget ingår även att myndigheten lämnar förslag på åtgärder som regeringen kan vidta i de fall regionerna inte har följt anvisningarna eller genomfört de insatser som anges i överenskommelsen. Det sistnämnda kommer att beskrivas i rapportens sista kapitel om Framtida åtgärdsförslag.

Utgångspunkter för analysen

Uppföljningen och analysen baseras på regionernas inrapporterade data till den nationella väntetidsdatabasen för perioden 2021–2022. Analysen av inrapporteringen gäller huruvida specifika variabler har rapporterats in, eller inte, för respektive vårdkontakt. Resultat avseende variabelernas innehåll, dvs. det faktiska värdet för till exempel tillgänglighetsaspekter, har alltså inte analyserats. Analysen har genomförts med stöd av Lumell Associates.

För **primärvården** respektive den **specialiserade vården** är riktlinjen för rapportering till den nationella väntetidsdatabasen **följsamheten till nedan uppföljningsmodeller:**

- *Utvidgad modell för nationell uppföljning av tillgänglighet inom **primärvården*** som infördes i januari 2019 för att möjliggöra uppföljning av den förstärkta vårdgarantin utifrån begreppet medicinsk bedömning (bilaga 4). För primärvården rapporterar regionerna in enligt olika former av modellen, dels *grundmodellen* som 13 regioner rapporterar enligt [14] [14], dels *instegsmodellen* som åtta regioner rapporterar enligt [15].²¹
- *Modell för nationell uppföljning av tillgänglighet inom **specialiserad vård*** som infördes i januari 2021 (bilaga 5) [13].

Eftersom detta är en fortsatt uppföljning av regionernas inrapportering till väntetidsdatabasen har **en viktig utgångspunkt** varit Socialstyrelsens tidigare analyser av regionernas inrapporteringsgrad till väntetidsdatabasen [24, 25]. Identifierade utvecklingsområden från de tidigare analyserna samt metod för denna uppföljning och analys beskrivs närmare i bilaga 6.

²¹ *Instegsmodellen* i primärvården utgör samma modell som *grundmodellen* fast med färre tvingande variabler per vårdkontakt som rapporteras in. Exempelvis är vårdgarantikontakterna de enda obligatoriska kontakterna i *instegsmodellen*, till skillnad från i *grundmodellen* där alla vårdkontakter är obligatoriska. Följande åtta regioner rapporterar enligt *instegsmodellen*: Regionerna Gävleborg, Gotland, Skåne, Stockholm, Uppsala, Västerbotten, Västernorrland samt Västra Götalandsregionen.

Källorna för den kvantitativa analysen är SKR:s nationella väntetidsdatabas, Socialstyrelsens patientregister och Statistikmyndigheten SCB:s statistikdatabas. Data från väntetidsdatabasen inhämtades från SKR i fyra omgångar; i februari, i mars, i april och i juni 2023.

En annan utgångspunkt är regionernas beskrivningar i sina delredovisningar inklusive handlingsplaner för överenskommelsen 2022,²² där två frågeställningar i överenskommelsen kopplade till rapportering av data till väntetidsdatabasen. Frågeställningarna samt exempel på regionernas beskrivning av sitt arbete med inrapportering av data till väntetidsdatabasen har sammanställts via en strukturerad dokumentanalys och återges i bilaga 3 (tabell 2 och 3 i bilagan).

Regionernas information om inrapportering till väntetidsdatabasen i sina delredovisningar inklusive handlingsplaner och den kvantitativa analysen har **kompletterats med intervjuinformation** från fyra regioner; Blekinge, Jönköpings län, Stockholm och Uppsala (se bilaga 7 för intervjuguide).

Urvalet av regioner har begränsats med anledning av korta tidsramar för analysen, och gjorts för att få en representation av regioner med olika utmaningar och resultat. Två av regionerna (Blekinge och Jönköpings län) uppgav att de hade nära 100 procent täckningsgrad och två av regionerna (Stockholm och Uppsala) uppgav att de hade utmaningar med inrapportering (bilaga 3, tabell 3).

Socialstyrelsen har utöver ovanstående intervjuer **följt upp de regioner** vars resultat avvek i de kvantitativa analyserna för möjlighet att **kommentera** eller ge en **kompletterande intervju**. De regioner som kontaktades för vidare kommentarer är Blekinge, Gotland, Gävleborg, Jämtland Härjedalen, Kronoberg, Norrbotten, Skåne, Stockholm, Sörmland, Örebro län, Västerbotten och Västra Götalandsregionen.²³ Därtill har Socialstyrelsen även haft avstämningar med och intervjuat representanter från **SKR** i syfte att bättre förstå uppföljningsmodellen, fördjupa förståelsen kring resultaten samt diskuterat dataavgränsningar för mer träffsäkra analyser, särskilt mot bakgrund av regioner med avvikande resultat.

Uppföljningen och den samlade analysen av inrapportering av data till väntetidsdatabasen har utifrån utgångspunkterna avgränsats till följande områden vars resultat presenteras i detta kapitel:²⁴

²² En strukturerad sammanställning genomfördes av regionernas inkomna redovisningar inklusive handlingsplaner i september 2022; dels en nationell översikt, dels en sammanställning per region. Läs närmare om detta i kapitlet *Regionernas strategiska tillgänglighetsarbete* och bilaga 1 i denna rapport.

²³ Blekinge, Stockholm och Norrbotten återkopplade enbart kring vissa resultat.

²⁴ Socialstyrelsen planerade även att följa upp rapportering av *faktiska väntetider* och att de ska finnas i väntetidsdatabasen senast fem veckor efter den månad som mätperioden avser. I dialog med SKR den 16 mars 2023 framkom däremot att rapporteringen ska finnas tillgänglig i väntetidsdatabasen senast tre veckor efter den månad som mätperioden avser. SKR uppgav att inrapportering inom denna tid är ett skarpt krav gentemot regionerna för att de ska få inkludera sin rapportering i databasen. En analys om huruvida regionerna rapporterar in tre eller fem veckor ansågs därmed överflödigt och har inte inkluderats i rapporten.

1. Täckningsgrad

- Jämförelse av regionernas inrapporterade vårdkontakter per 1 000 invånare.
- Jämförelse av regionernas inrapportering till den nationella väntetidsdatabasen med aggregerade data från patientregistret hos Socialstyrelsen.

2. Inrapporteringsgrad

- Andel vårdkontakter med vårdgaranti samt antalet vårdkontakter med vårdgaranti per 1 000 invånare.
- Andel vårdkontakter för utvalda variabler.

3. Kvalitetssäkring och uppföljning

Vårdkontakter som ska rapporteras in till väntetidsdatabasen

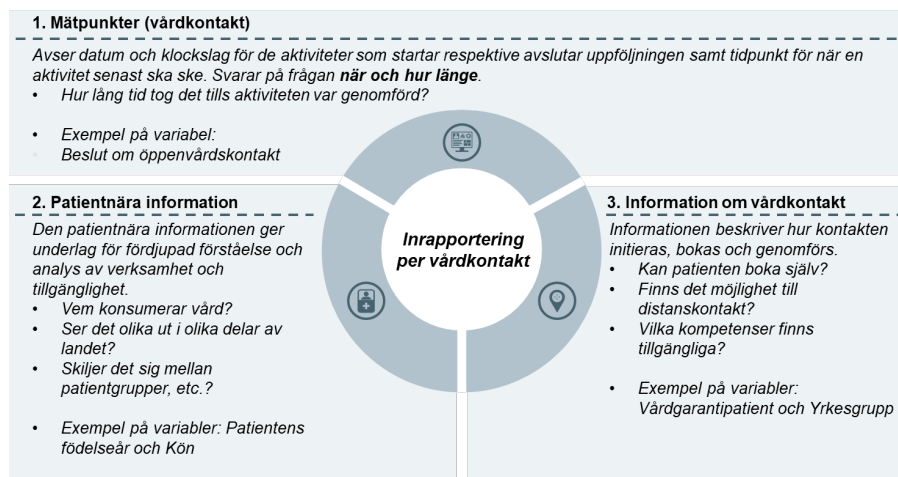
SKR har tagit fram anvisningar som underlag för regionernas inrapportering till väntetidsdatabasen enligt de nya uppföljningsmodellerna [13-15]. För varje vårdkontakt definieras vilka variabler som ska rapporteras in utifrån tre kategorier: 1) obligatoriska variabler för samtliga vårdkontakter, så kallat *ovillkorat obligatoriska*, 2) variabler som är obligatoriska om de finns tillgängliga, så kallat *villkorat obligatoriska* samt, 3) *frivilliga* variabler.

Områden för inrapportering av vårdkontakter

De variabler som ska rapporteras in till väntetidsdatabasen beskriver en vårdkontakt ur flera perspektiv.

Informationen som ska rapporteras in enligt **primärvårdens** uppföljningsmodell kan sammanfattas i **tre områden**: 1) *mätpunkter*, 2) *patientnära information* och 3) *information om vårdkontakt* (figur 4) [25]. Varje område omfattar alltså flera olika variabler.

Figur 4. Tre områden för inrapportering av vårdkontakter i primärvården till den nationella väntetidsdatabasen



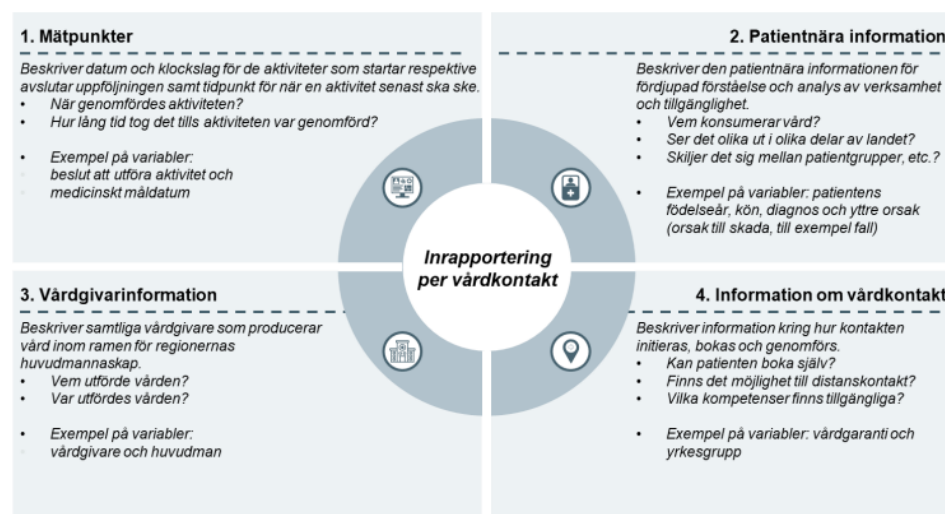
Informationen som ska rapporteras in enligt den **specialiserade vårdens** uppföljningsmodell sammanfattas i **fyra områden**; 1) *mätpunkter*, 2) *patientnära information*, 3) *vårdgivarinformation* och 4) *vårdkontaktinformation* (figur 5) [24].

För den **specialiserade vården** klassificeras vårdkontakterna även i **fem faser** där vårdkontakterna antingen omfattas eller som inte omfattas av vårdgarantin:²⁵

1. **Första kontakt** som omfattas av vårdgarantin
2. **Operation/åtgärd** som omfattas av vårdgarantin
3. **Undersökning** som inte omfattas av vårdgarantin
4. **Återbesök** som inte omfattas av vårdgarantin samt
5. **Akut kontakt** som inte omfattas av vårdgarantin.

Klassificeringen av *återbesök* i fas 4 är de vårdkontakter som inte klassas som första kontakt, operation/åtgärd, undersökning eller akut kontakt. Vidare är de *akuta* kontakterna i fas 5 ett medicinskt ställningstagande när patienten tas emot och har ingen koppling till om kontakten är planerad, eller inte (om kontakten inte är planerad ingår den inte i väntande) [24].

Figur 5. Fyra områden för inrapportering av vårdkontakter i den specialiserade vården till den nationella väntetidsdatabasen



Täckningsgrad

Sedan överenskommelsen om ökad tillgänglighet 2020 står det i överenskommelserna att regionerna ska rapportera in samtliga vårdkontakter för såväl primärvården som för den specialiserade vården i enlighet med respektive utvecklad uppföljningsmodell (bilaga 4 och 5).

I överenskommelsen 2022 anges att svarsfrekvensen för rapportering av väntande och faktisk väntetid till den nationella väntetidsdatabasen ska uppgå till minst 95 procent varje månad under årets alla månader [12].

Socialstyrelsens tidigare analyser har belyst begränsningarna med analyser

²⁵ Vilka variabler som inkluderas i respektive område som illustreras i figur 5 varierar dock mellan olika faser samt mellan genomförda och väntande vårdkontakter i den specialiserade vården.

av svarsfrekvens eftersom det är ett mått som inte längre är i praktiskt bruk vad gäller den nationella väntetidsdatabasen [24, 25].

I detta avsnitt presenteras istället nedan två sätt för att utvärdera vilken andel av regionernas totala vårdkontakter som rapporteras in till väntetidsdatabasen, för att närma sig frågan om en så kallad täckningsgrad för regionernas inrapporterade data till väntetidsdatabasen:

- a) Jämföra regionernas antal vårdkontakter som rapporterats in till väntetidsdatabasen per 1 000 invånare, inom primärvården och den specialiserade vården. En sådan analys ger en standardiserad jämförelse mellan regionerna baserat på befolkningsstorlek, vilket kan vara en hjälp i bedömningen av huruvida det totala antalet vårdkontakter rimligen rapporteras in till väntetidsdatabasen.
- b) Jämföra regionernas inrapportering av genomförda läkarvårdkontakter i den specialiserade öppenvården till den nationella väntetidsdatabasen som andel av läkarvårdkontakterna som regionerna rapporterar in till patientregistret vid Socialstyrelsen. Materialet har även kategoriserats på medicinska verksamhetsområden (MVO) för att bättre förstå i vilken mån vårdkontakter som utförts på verksamhetsnivå också rapporterats in till väntetidsdatabasen i enlighet med modellens instruktioner.

Socialstyrelsens tidigare analyser har belyst att det saknas en etablerad metod för att kvantifiera hur stor andel av de faktiska vårdkontakterna som rapporteras in till väntetidsdatabasen och att det därför är svårt att analysera täckningsgrad utifrån regionernas inrapportering i väntetidsdatabasen [24, 25].

Socialstyrelsen har i sina tidigare analyser jämfört primärvårdens inrapporterade data till väntetidsdatabasen med SKR:s årliga sammanställning av verksamhetsstatistik²⁶ [25], och den specialiserade vårdens inrapporterade data till väntetidsdatabasen har jämförts med patientregistrets data [24].

Begränsningar har beskrivits för båda metoderna [24, 25], men i avsaknad av bättre metod har Socialstyrelsen i denna analys fokuserat på den specialiserade vården och använt samma tillvägagångssätt som i tidigare rapport [24]. Anledningen är dels att analystiden var kort, dels att SKR menar att antalet läkarvårdkontakter som regionerna rapporterar in till väntetidsdatabasen bör motsvara antalet läkarvårdkontakter som regionerna rapporterar in till patientregistret.²⁷ Detta eftersom definitionerna för variablerna i den nya uppföljningsmodellen för specialiserade vården har i den utsträckning det gått utgått från befintliga termer och definitioner i

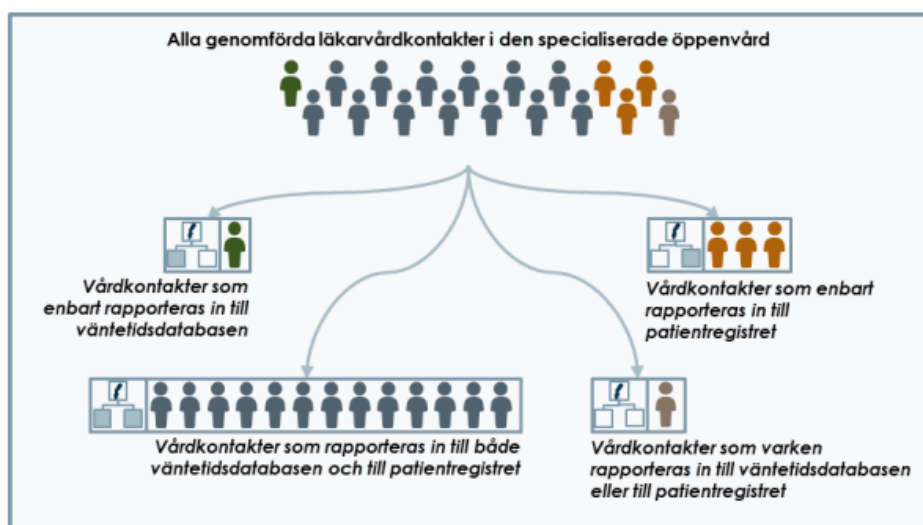
²⁶ SKR presenterar verksamhetsstatistik vad gäller besök i den öppna vården per region i en nyligen publicerad rapport: *Fakta om öppen hälso- och sjukvård*.

²⁷ Samtliga vårdgivare är skyldiga att lämna uppgifter till patientregistret enligt lagen (1998:543) om hälsodataregister, förordningen (2001:707) om patientregistret och Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2013:35) om uppgiftsskyldighet till Socialstyrelsens patientregister. Registret är därmed väl etablerat varför det är relevant att jämföra inrapporteringen till de två databaserna. Patientregistret innehåller dock endast uppgifter om genomförda vårdkontakter som har involverat läkarbesök och jämförelsen omfattar därför endast denna typ av vårdkontakter inom den specialiserade öppenvården. Slutenvården har inte analyserats eftersom den nationella väntetidsdatabasen endast tar emot vissa, men inte alla, vårdkontakter inom den slutna vården.

Socialstyrelsens termbank, där exempelvis MVO:er och åtgärder ska avspegla det som rapporteras till patientregistret vid Socialstyrelsen.

Vårdkontakter kan fångas upp av nationella väntetidsdatabasen och patientregistret på fyra olika sätt, vilka framgår av figur 6. Om jämförelsen visar på färre inrapporterade genomförda läkarvårdskontakter i den specialiserade öppenvården till väntetidsdatabasen än till patientregistret ger det en indikation på en bristande täckningsgrad i väntetidsdatabasen. Andelen inrapporterade läkarvårdskontakter kan överstiga 100 procent om fler läkarvårdskontakter i öppenvården rapporteras till den nationella väntetidsdatabasen än till patientregistret.

Figur 6. Illustrativ uppdelning av inrapportering till den nationella väntetidsdatabasen och patientregistret



Antal vårdkontakter per 1 000 invånare

Lokala skillnader kan förekomma vad gäller antalet vårdkontakter per 1 000 invånare, men om stora skillnader mellan regionerna observeras kan det tyda på systematiska skillnader i hur stor andel av regioners vårdkontakter som rapporteras in till den nationella väntetidsdatabasen, och därmed uppvisar det skillnader i täckningsgrad.

Vårdkontakter i primärvården

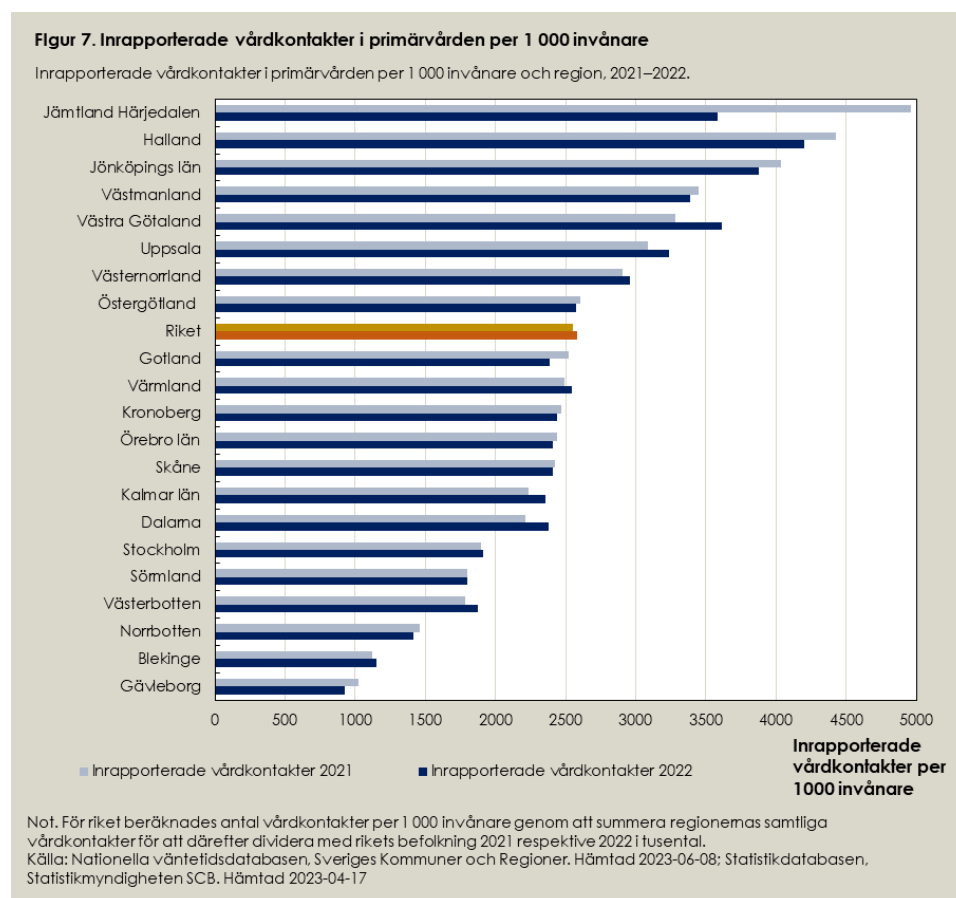
Antalet inrapporterade **genomförda vårdkontakter per 1 000 invånare i primärvården** visar på en spridning mellan regionerna från 926 till 4 202 vårdkontakter 2022 och från 1 020 till 4 964 vårdkontakter 2021 (figur 7).²⁸

Resultatet för 2021 och 2022 är relativt likt varandra där några regioner har ökat antalet vårdkontakter något och andra regioner minskat antalet vårdkontakter per 1 000 invånare något.

Region Halland som rapporterar in flest vårdkontakter 2022 rapporterar in cirka 4,5 gånger fler vårdkontakter per 1 000 invånare jämfört med Region

²⁸ Notera att antalet vårdkontakter per 1 000 invånare är betydligt fler än när Socialstyrelsen tidigare genomförde denna analys. Det beror på att analyserna i denna rapport visar på vårdkontakter per helår medan analyserna i den tidigare rapporten var vårdkontakter för tre månader.

Gävleborg som har minst antal inrapporterade vårdkontakter per 1 000 invånare.



Region Jämtland Härjedalen skiljer sig från resterande regioner med en stor minskning av antal vårdkontakter mellan 2021 och 2022, från 4 964 till 3 583 per 1 000 invånare. Enligt Region Jämtland Härjedalen beror minskningen av antal vårdkontakter mellan åren på att covid-19-vaccinationer registrerades som vårdgarantikontakt under 2021. Från 2022 exkluderades denna kontakttyp, men i delar av den historiska data som skickades till SKR kvarstod covid-19-vaccinationerna.

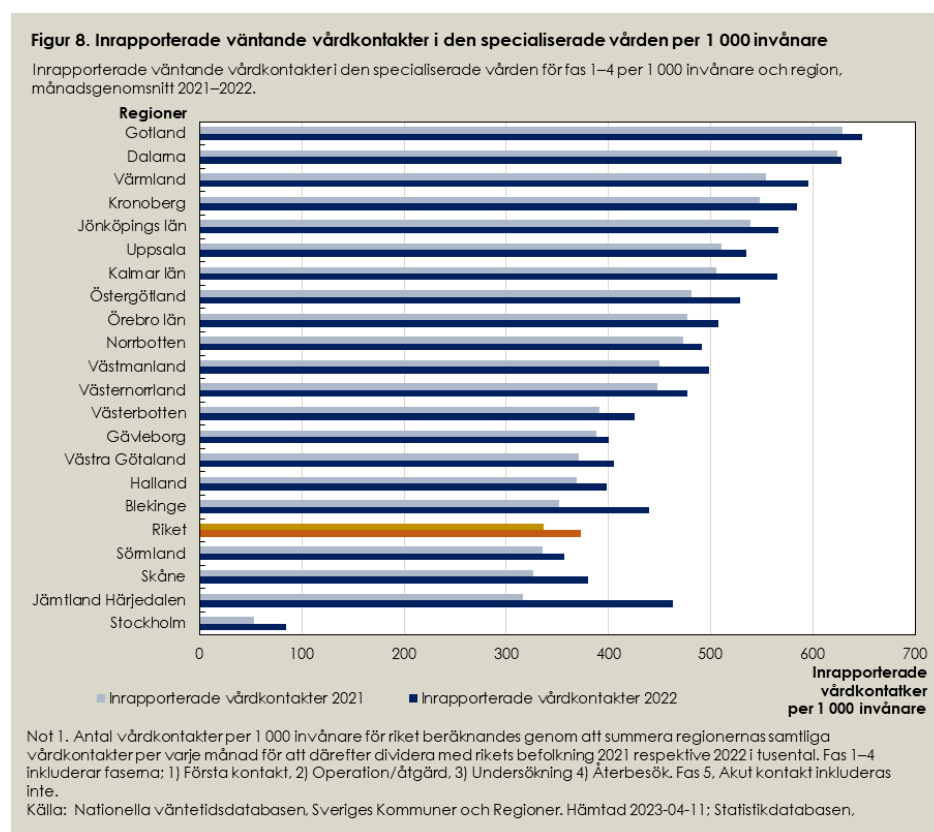
Regionerna Gävleborg och Blekinge har minst antal vårdkontakter med runt 1 000 vårdkontakter per 1 000 invånare. Region Gävleborg beskriver i sin delredovisning inklusive handlingsplan för överenskommelsen om ökad tillgänglighet 2022 att täckningsgraden inom primärvården ska vara minst 65 procent. Som förklaring hänvisar Region Gävleborg till att de endast rapporterar in vårdgarantikontakter då övriga kontakter inte är obligatoriska att rapportera och anger tekniska orsaker som anledningen för detta. Regionen redovisar även utmaningar med felregistreringar i såväl primärvården som den specialiserade vården, men anger att regionens ambition är att rapportera in alla besök i linje med övriga regioner.

Socialstyrelsen analyserar vidare inrapporteringsgraden för vårdkontakter med endast vårdgaranti i avsnittet nedan.

Region Blekinge anger i sin delredovisning inklusive handlingsplan att de i flertalet år haft 100 procent täckningsgrad i sin rapportering till den nationella väntetidsdatabasen. I mejlkorrespondens med regionen uppges att regionen inte har någon förklaring till antalet vårdkontakter utan tillgång till ytterligare förklaringar av eventuella underliggande faktorer.

Vårdkontakter i den specialiserade vården

Ett **månadsgenomsnitt**²⁹ för antalet inrapporterade **väntande vårdkontakter** i den specialiserade vården till väntetidsdatabasen per 1 000 invånare visar en spridning mellan regionerna från 84 till 648 vårdkontakter under 2022 och 53 till 629 vårdkontakter under 2021 (figur 8). Resultaten som presenteras i detta avsnitt för den specialiserade vården inkluderar data samlat för alla faser (läs närmare om *faser* i föregående avsnitt).



Gotland som rapporterar in flest vårdkontakter rapporterar in mellan cirka 11,5 (2021) och 7,7 (2022) gånger fler vårdkontakter per 1 000 invånare jämfört med Stockholm, som är den region som har lägst antal inrapporterade vårdkontakter per 1 000 invånare.

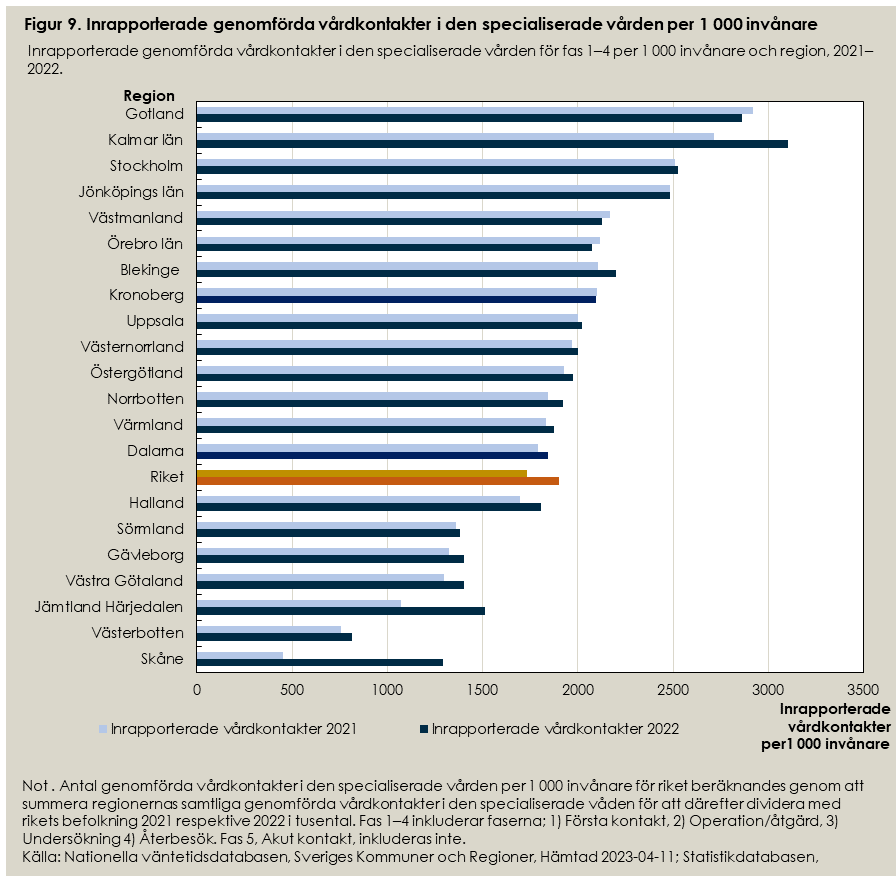
Region Stockholm anger att anledningen till att regionen uppvisar färre kontakter beror förmodligen på regionens IT-system för väntande

²⁹ Socialstyrelsen har fått ta del av årsdata för analysen som beräknats om till ett månadsgenomsnitt. Antal väntande patienter är en ögonblicksbild av storleken på en regions vårdkö vid ett visst givet tillfälle för den inrapporterade månaden. Samma vårdkontakt kan vara väntande under en längre period som kan sträcka sig över flera månader. Jämförelsen för väntande patienter under ett helt år beräknas om till ett månadsgenomsnitt för att minska risken att ge en skev bild av regionernas vårdköer.

vårdkontakter som endast fångar vårdgarantikontakter (se närmare i avsnittet om *inrapporteringsgrad*) och inte vårdkontakter som inte omfattas av vårdgarantin för ”första kontakt” (fas 1), ”operation/åtgärd” (fas 2) och ”undersökning” (fas 3). Väntande till återbesök skickas från ett annat system, där regionen utgår från antalet genomförda vårdkontakter som används retroaktivt för beräkning av antalet väntande till återbesök. Regionen uppger att de arbetar för att gå över till att använda samma system för att mäta både väntande och genomförda vårdkontakter.

Enligt SKR kan en anledning vara att inte alla vårdkontakter rapporteras. SKR tillägger att de menar på att korta väntetider kan vara en del av förklaringen då kontakter som börjar vänta och sedan genomförs samma månad aldrig blir registrerade som väntande. Vidare anges att vissa vårdutbud är underrapporterade, som t.ex. höftoperationer, och att undersökningar har en sämre täckningsgrad.

Antalet inrapporterade **genomförda vårdkontakter** i den specialiserade vården till väntetidsdatabasen per 1 000 invånare visar en spridning mellan regionerna från 817 till 2 862 vårdkontakter under 2022 och 451 till 3 101 vårdkontakter under 2021 (figur 9).



Den region som rapporterar in flest vårdkontakter, Gotland, rapporterar in mellan 3,5 (2022) till 6,9 (2021) gånger fler vårdkontakter per 1 000 invånare jämfört med Skåne som har minst antal inrapporterade vårdkontakter per 1 000 invånare.

Flera regioner har ökat antal inrapporterade genomförda vårdkontakter per 1 000 invånare från 2021 till 2022. Den region som ökat sin inrapportering mest är Skåne från 451 vårdkontakter per 1 000 invånare 2021 till 1 293 vårdkontakter per 1 000 invånare 2022. Skånes låga inrapportering 2021 är ett möjligt resultat av en ökad inrapportering av vårdkontakter enligt den nya uppföljningsmodellen som infördes i januari 2021, vilket kan påverka volymerna under samma år. Region Skåne tillämpade även fortsatt manuell rapportering under 2021. Regionen har även meddelat enligt rapporten *Analys av första och andra covid-19-vågen – produktion, köer och väntetider i vården* att privata vårdgivare (som står för 30 procent av besöksantalet inom regionen) inte har rapporterat in data för januari 2021 till väntetidsdatabasen på grund av systemändringar och modellbyte [26].

Jämförelse mellan väntetidsdatabasen och patientregistret

Socialstyrelsen analyserar eventuella skillnader mellan väntetidsdatabasen och patientregistret vad gäller det totala antalet **genomförda läkarvårdskontakter i den specialiserade öppenvården**. Analysens avgränsning till läkarvårdskontakter beror på att patientregistret endast innehåller information om läkarvårdskontakter till skillnad mot väntetidsdatabasen som har möjlighet att ta in vårdkontakter med andra legitimerade yrkeskategorier enligt den nya uppföljningsmodellen.

Genomförda läkarvårdskontakter per region

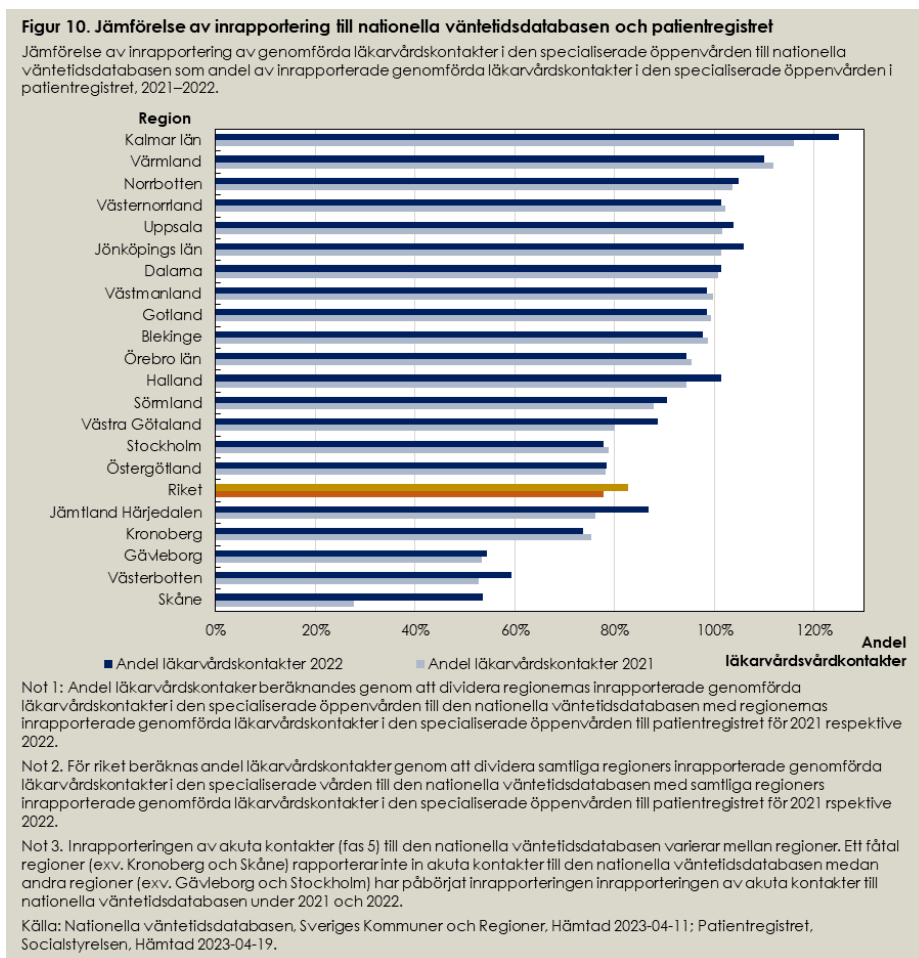
Som framgår av figur 10 ligger ungefär hälften av regionernas **inrapportering av genomförda läkarvårdskontakter** till den nationella väntetidsdatabasen inom spannet 89–105 procent av regionernas inrapportering till patientregistret.

Ingen region har rapporterat in exakt lika många läkarvårdskontakter inom den specialiserade öppenvården till både väntetidsdatabasen och patientregistret. Dock ligger fyra regioner inom intervallet 99–101 procent för både 2021 och 2022 – Blekinge, Gotland, Västmanland och Dalarna.

Vid genomgång av regionernas redovisningar inklusive handlingsplaner för överenskommelsen 2022 framgår att de fyra regionerna arbetar på olika sätt vad gäller sitt kvalitetssäkringsarbete. Region Blekinge beskriver att rapportering till väntetidsdatabasen sker automatiserat och att kvalitetssäkring sker på enhetsnivå. SKR uppger att regionen har utmaningar med rapporteringen till den nationella väntetidsdatabasen. Regionerna Gotland och Västmanland beskriver att varje verksamhet ansvarar för att utse en funktion för att säkerställa att rätt information skickas till nationella väntetidsdatabasen. Region Västmanland arbetar även med projekt för att säkerställa att personal har korrekt kompetens inom journalsystemen Cosmic och verksamhetsuppföljningssystemet Duva. Region Dalarna beskriver att rapportering av data sker två gånger i månaden och att ett stort arbete genomfördes 2021 när införandet av nya mätningar implementerades.

Åtta regioner rapporterade däremot in fler läkarvårdskontakter till den nationella väntetidsdatabasen jämfört med patientregistret under 2022 –

Halland, Dalarna, Jönköpings län, Uppsala, Västernorrland, Norrbotten, Värmland och Kalmar län.



Region Kalmar län utmärker sig genom att ha rapporterat in procentuellt störst andel läkarvårdskontakter till väntetidsdatabasen jämfört med till patientregistret. Regionen har rapporterat in 116 procent (2021) respektive 125 (2022) procent, men varför regionen rapporterar in fler läkarvårdskontakter till den nationella väntetidsdatabasen är inte klarlagt. I sin handlingsplan beskriver Kalmar län sitt kvalitetsarbete med att varje klinik i regionen en gång i månaden går igenom sina väntelistor och kontrollerar att registrering skett enligt anvisningar. Verksamheterna inom regionen har en analysrapport som hjälpmedel i arbetet.

Region Västerbotten rapporterade in 53 procent (2021) av vårdkontaktarna till den nationella väntetidsdatabasen respektive 59 procent (2022). Regionen har enligt SKR haft dåliga tekniska möjligheter och svårigheter att fånga in vissa vårdkontakter som t.ex. återbesökspatienter, vilket kan vara en förklaring till resultaten.

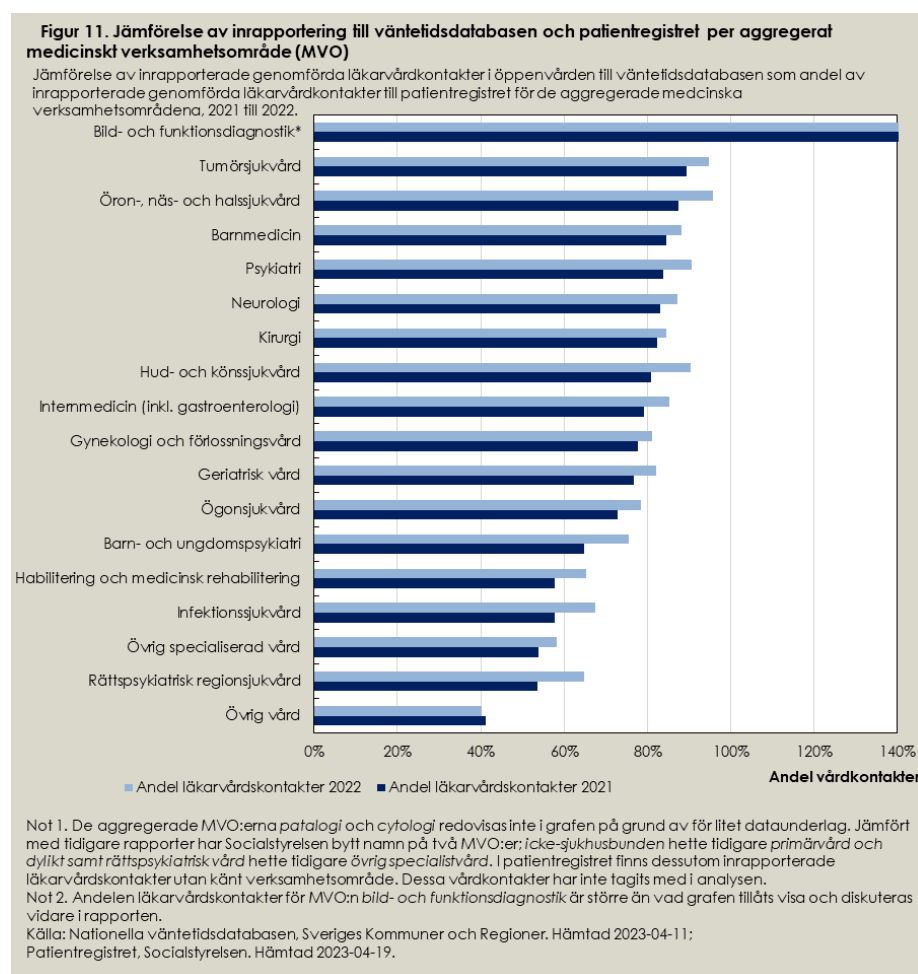
Region Skånes utveckling från 2021 till 2022 utmärker sig genom att regionen rapporterade in 28 procent av vårdkontaktarna till den nationella väntetidsdatabasen 2021 och 54 procent 2022. Som det framkommit i tidigare avsnitt kring resultatet för antalet genomförda vårdkontakter per

1 000 invånare, har Region Skåne beskrivit att regionens inrapportering till den nationella väntetidsdatabasen enbart omfattar fas 1 (första besök) utifrån hur regionen tolkat specifikationen SKR har som grund för tillgänglighetsrapportering.

Ovanstående information kan på så sätt vara en bidragande faktor till att Region Skåne rapporterar in färre läkarvårdskontakter till den nationella väntetidsdatabasen jämfört med patientregistret. En annan möjlig orsak kan vara att inrapporteringen enligt den nya uppföljningsmodellen har implementerats bredare i Skåne först under 2022, enligt SKR. Detta skulle förklara skillnaden mellan 2021 och 2022. I dialog med SKR framkommer nämligen att Skåne tidigare registrerade data manuellt och att det kan innebära att det tagit längre tid för Skåne att implementera de nya uppföljningsmodellerna jämfört med andra regioner.

Genomförda läkarvårdskontakter per MVO

I figur 11 visas graden av **genomförda läkarvårdskontakter** till den nationella väntetidsdatabasen som andel av inrapportering av vårdkontakter till patientregistret, uppdelat **per aggregerat MVO**. Se bilaga 8 för en sammanställning av kopplingen mellan MVO och aggregerad MVO.



För samtliga områden utom bild- och funktionsdiagnostik är inrapporteringen till den nationella väntetidsdatabasen lägre än till patientregistret.

För bild- och funktionsdiagnostik är andelen betydligt större, 258 procent under 2021 och 469 procent under 2022. Skillnaden mellan 2022 och 2021 beror framför allt på att det är knappt hälften så många inrapporterade läkarvårdskontakter till patientregistret 2022 jämfört med 2021.

Socialstyrelsens kontaktperson för patientregistret beskriver att en privat mottagning i Stockholm stod för en stor andel av vårdkontakterna inom bild- och funktionsdiagnostik under 2021. Denna mottagning slutade rapportera under 2022 och har sannolikt upphört. Samtidigt förklarar detta enbart en del av skillnaden i antal inrapporterade vårdkontakter mellan den nationella väntetidsdatabasen och patientregistret som helhet.

Inrapporteringsgrad

Socialstyrelsen har analyserat regionernas **inrapporteringsgrad** för att följa upp i hur stor utsträckning regionerna följer de nya uppföljningsmodellerna [13, 14]. Regionernas **inrapporteringsgrad** för en specifik variabel i de nya uppföljningsmodellerna kan definieras som hur stor andel av de totalt inrapporterade vårdkontakterna som innehåller information om den specifika variabeln.

Analysen omfattar analys av inrapporteringsgrad för följande vårdkontakter eller variabler:

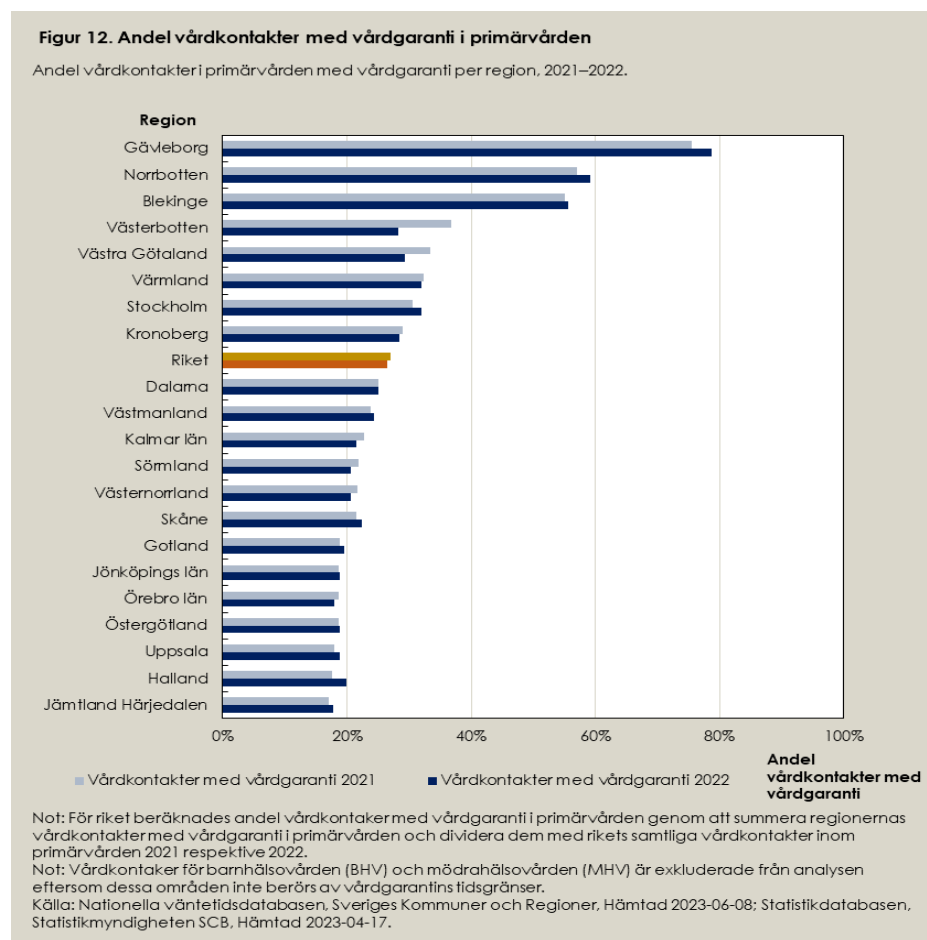
a. Vårdkontakter med vårdgaranti för respektive vårdnivå – andel genomförda vårdkontakter i **primärvården**, samt andel väntande och genomförda vårdkontakter inom den **specialiserade vården**. Analysen inkluderar även antalet vårdkontakter med vårdgaranti per 1 000 invånare. Måttet ger en närmare bild om innehållet av antalet vårdkontakter med vårdgaranti i förhållande till regionens befolkningsstorlek och ger därför möjlighet till en rimlighetsbedömning utifrån detta.

En **vårdgarantikontakt** inom primärvården definieras utifrån om patienten omfattas av vårdgarantin, eller inte. Följande gäller: *en patient omfattas av vårdgarantin om den bedöms ha ett nytt hälsoproblem, en oväntad eller kraftig försämring/förändring av ett tidigare känt medicinskt problem eller en utebliven behandlingseffekt* [25]. För den specialiserade vården gäller vårdgarantin om patienten bedöms vara i behov av den specialiserade vårdens resurser (första kontakt) eller om patienten bedöms vara i behov av en operation/åtgärd [24].

Att samma principer tillämpas mellan regioner för inrapportering och klassificering av vårdkontakter med vårdgaranti är av särskild betydelse eftersom det är dessa vårdkontakter som står till grund för den måluppfyllelse som mäts för uppföljning av vårdgarantins tidsgränser, som ofta är föremål för de prestationskrav som styrs via överenskommelser om ökad tillgänglighet (se kapitlet *Inledning* och bilaga 2 om *Statens styrning för ökad tillgänglighet*).

b. Utvalda variabler för respektive vårdnivå, **primärvården**³⁰ och **den specialiserade vården**,³¹ som Socialstyrelsen identifierat som utvecklingsområden i sina tidigare rapporter [24, 25]. Dessa variabler klassificeras som *frivilliga* respektive *obligatoriska om de är tillgängliga*³² (se tabeller i bilaga 6 för en förteckning av berörda variabler för respektive vårdnivå).

Vårdkontakter med vårdgaranti inom primärvården
Resultaten för **andelen** inrapporterade genomförda **vårdkontakter** klassificerade **med vårdgaranti** i primärvården visar på variationer mellan regionerna (figur 12).



Region Gävleborg har klassificerat cirka 80 procent av sina vårdkontakter som vårdgarantikontakter under 2021 och 2022 (figur 12). Regionen anger i sina redovisningar och handlingsplaner för överenskommelsen 2022 att de

³⁰ Medicinskt måldatum, Folkbokföring, Vårdande enhet, Diagnoser, Åtgärder, Yttre orsaker, Remittenttyp, Remittent, Avvikelse och Ägarform.

³¹ **Väntande vårdkontakter:** Medicinskt måldatum, Patientens listning, Vårdande enhet, Ägarform, Remittenttyp, Remittent, Avvikelse, Ankomstdatum remiss och RemissID.; **Genomförda vårdkontakter:** Medicinskt måldatum, Patientens listning, Diagnos, Åtgärd, Yttre orsak, Vårdande enhet, Ägarform, Remittenttyp, Remittent, Avvikelse, Ankomstdatum remiss och RemissID.

³² *Obligatorisk om tillgänglig* innebär att förutsatt att vårdkontakten har information om den specifika variabeln, så är det obligatoriskt att rapportera data om variabeln.

enbart rapporterar in vårdgarantibesök och inte andra vårdkontakter. Däremot indikerar resultatet för regionen i figur 12 att andra vårdkontakter rapporteras in. Med anledning av tekniska problem rapporterar regionen endast in i enlighet med instegsmodellen och inte grundmodellen. Detta innebär att de rapporterar in färre variabler och det är endast vårdgarantikontakt som är obligatorisk i denna modell, vilket påverkar volymerna totalt sett. Målet är rapportering enligt grundmodellen, som borde möjliggöras när de nya vårdinformationssystemen kommer till.

Region Norrbotten samt Region Blekinge cirka 60 procent av sina vårdkontakter som vårdgarantikontakter under 2021 och 2022 (figur 12). Resultatet upprepar sig från myndighetens tidigare analys av primärvårdens inrapporterade data för perioden januari till och med augusti 2020 [25]. Även då utmärkte sig dessa tre regioner genom att ha högst andel inrapporterade vårdkontakter som omfattas av vårdgarantin.

För övriga regioner är cirka 20–30 procent av de inrapporterade vårdkontakterna 2022 klassificerade som vårdgarantikontakter. Förutom vårdgarantikontakter, kan övriga vårdkontakter som rapporteras in vara nybesök som inte är vårdgarantibesök eller återbesök.

En huvudförklaring till resultaten skulle kunna vara skillnader i andelen totala vårdkontakter som rapporteras in, men som är svårt att mäta mot eftersom en validerad metod saknas för detta ändamål.

Dock kan vi utifrån resultaten i föregående avsnitt om täckningsgraden konstatera att just regionerna Gävleborg, Blekinge och Norrbotten uppvisade totalt sett lägst antal inrapporterade genomförda vårdkontakter i primärvården per 1 000 invånare (figur 7). Därtill hade Region Jämtland Härjedalen som har minst andel inrapporterade vårdkontakter med vårdgaranti istället flest totalt sett inrapporterade genomförda vårdkontakter i primärvården per 1 000 invånare (2021) (figur 7).

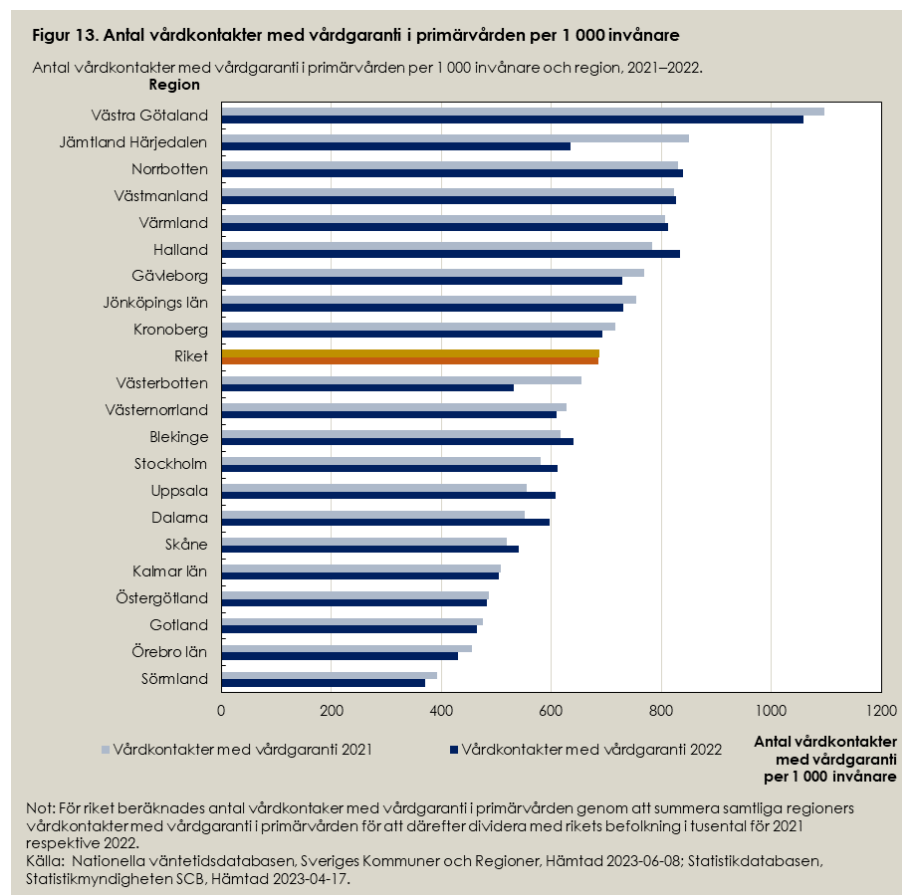
I avsnittet om täckningsgraden har det redan återgetts att Region Gävleborg enbart rapporterar vårdgarantikontakter för primärvården eftersom övriga kontakter inte är obligatoriska att rapportera, och att regionen angett detta även i sin delredovisning inklusive handlingsplan av överenskommelsen 2022. SKR:s kompletterande förklaring är att Region Gävleborg rapporterar in data enligt instegsmodellen³³ eftersom regionen har ett äldre informationssystem som påverkar inrapporteringsmöjligheterna. SKR lyfter även att det kommer att ske en stor systemförändring under 2024, vilket sannolikt kommer att resultera i en mer enhetlig rapportering.

Regionerna Blekinge och Norrbotten rapporterar dock enligt grundmodellen [14]. Region Blekinge kunde inte förklara regionens resultat, men menade att det möjligtvis kan ha att göra med att verksamheten övergått till ett normalt verksamhetsår efter covid-19-pandemin.

Även analysen av antalet inrapporterade genomförda **vårdkontakter med vårdgaranti per 1 000 invånare** i primärvården visar på att det finns

³³ *Instegsmodellen* i primärvården utgör samma modell som *grundmodellen* fast med färre tvingande variabler per vårdkontakt som rapporteras in. Exempelvis är vårdgarantikontakterna de enda obligatoriska kontakterna i instegsmodellen, till skillnad från i grundmodellen där alla vårdkontakter är obligatoriska. Följande åtta regioner rapporterar enligt *instegsmodellen*: Regionerna Gävleborg, Gotland, Skåne, Stockholm, Uppsala, Västerbotten, Västernorrland samt Västra Götalandsregionen.

skillnader mellan regionerna (figur 13). Spridningen ligger 2022 på 1 059 till 370 vårdkontakter med vårdgaranti per 1 000 invånare för Västra Götalandsregionen respektive Region Sörmland. Detta innebär att Västra Götalandsregionen med högst antal rapporterar in nästan tre gånger så många vårdkontakter per 1 000 invånare som Region Sörmland med lägst inrapportering.



Västra Götalandsregionen har det högsta antalet vårdkontakter med vårdgaranti i primärvården per 1 000 invånare jämfört med övriga regioner. Enligt SKR observeras även en hög grad av inrapportering i Västra Götalandsregionens verksamhetsstatistik i jämförelse med andra regioner. I kontakt med Västra Götalandsregionen uppges en omställning i regionen som inneburit att resurser till primärvården succesivt ökat samtidigt som resurser minskat till den specialiserade vården. En vidare förklaring som anges är datakvalitet då vissa journalsystem i regionen inte var uppbyggda för att kunna rapportera enligt SKR:s nya krav. Regionen har däremot drivit en omfattande systemutveckling under 2022, och vid driftsättning av denna rapporterades även återbesök vilket kan ha haft en påverkan på resultaten. Regionen uppger även svårigheter att felsöka data som rapporterats in från vissa privata vårdgivare som en förklaring.

Västra Götalandsregionen lyfter datakvalitet som en särskild utmaning vid t.ex. nationella jämförelser då regionen vid nedslag inför benchmarking

noterat omfattande skillnader mellan regioner i tolkningen kring hur vården ska beskrivas.

Region Sörmland anger att regionen sedan tidigare haft utmaningar med korrekta registreringar inom primärvården kopplat till vårdkontakter med vårdgaranti, vilket bland annat beror på ett äldre journalsystem som regionen upplever försvårar möjligheten att korrekt registrera denna vårdkontakt. Regionen uppger flera åtgärder för att bemöta problematiken, bland annat pågår ett arbete med att implementera ett nyare journalsystem.

Region Örebro län tillskriver sina resultat till läkarbrist, brister i sitt vårdinformationssystem, arbetssätt kring viss registrering i systemen samt lokala rutiner rörande rapportering av väntetidsdata till SKR. Regionen uppger att arbete pågår med att lösa dessa utmaningar.

Regionerna Gävleborg, Norrbotten och Blekinge som tidigare uppvisade högst andel inrapporterade vårdkontakter med vårdgaranti (figur 12), har i figur 13 flyttat sina positioner till mindre utmärkande platser.

Regionerna Jämtland Härjedalen och Västerbotten utmärker sig genom att rapportera in färre vårdkontakter med vårdgaranti 2022 jämfört med 2021 (figur 13).

I analysen tas hänsyn till befolkningsstorleken i regionen, men inte till demografiska strukturen, som skulle kunna vara en delförklaring till resultaten. Med anledning av att spridningen av resultaten mellan regionerna är så stor skulle andra möjliga förklaringar vara att klassificeringen av vårdkontakter utifrån om de ska ingå i vårdgarantin eller inte görs på olika sätt inom olika regioner.

I Socialstyrelsens tidigare analyser av regionernas inrapportering till väntetidsdatabasen belyste vissa intervjuade regioner 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 [24]. Olika förhållningssätt kan ge upphov till klassificeringsskillnader.

I dialog med SKR framkommer också exempelvis att Region Sörmland har en historia av att ha privata vårdgivare inom primärvården och att alla inte rapporterar in till väntetidsdatabasen (se även figur 7). Regionen har olika rapporteringssystem för primärvården och den specialiserade vården som komplicerar inrapporteringen. Västra Götalandsregionen rapporterar däremot in fler vårdkontakter i primärvården där även privata vårdgivare rapporterar direkt till väntetidsdatabasen (se även figur 7).

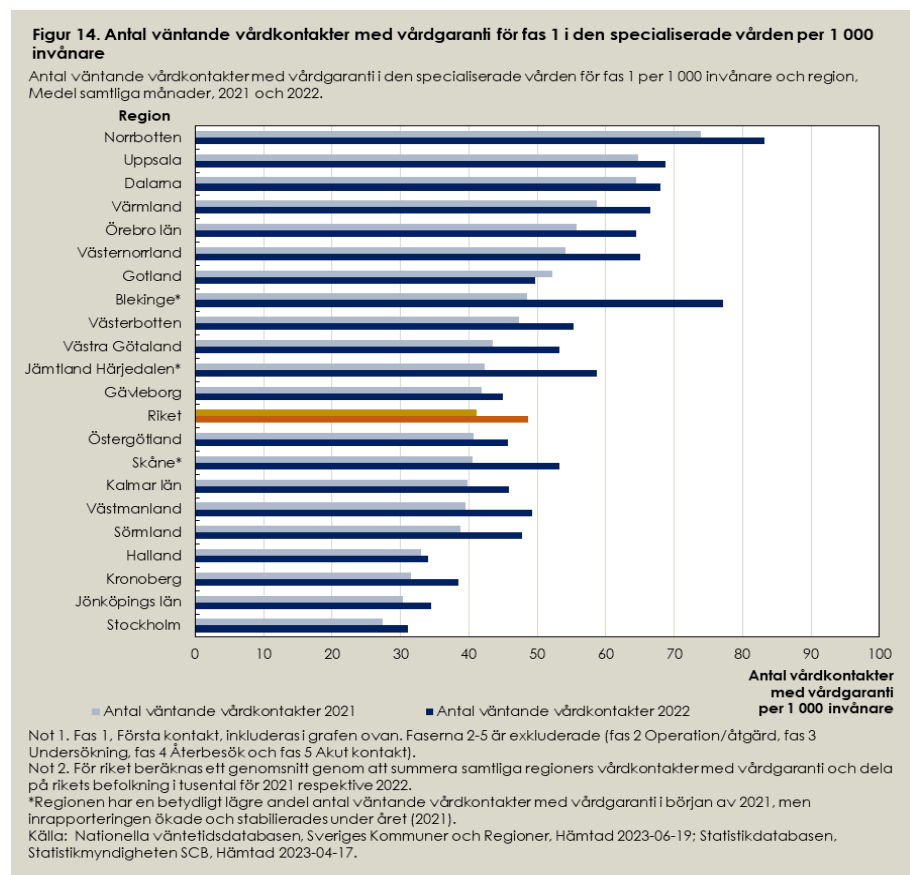
Väntande vårdkontakter med vårdgaranti inom specialiserad vård

I detta delavsnitt presenteras resultatet för Socialstyrelsens analys av inrapporteringen av **väntande vårdkontakter med vårdgarantin** inom den **specialiserade vården** utifrån fas 1 (första besök) respektive fas 2

(operation/åtgärd).³⁴ Dessa faser innehåller inrapporterad information som klassificerar om en vårdkontakt är en vårdgarantikontakt eller inte.

För **fas 1** (första besök) påvisas under ett månadsgenomsnitt 2022³⁵ **lägst andel** inrapporterade **väntande vårdkontakter med vårdgaranti** hos regionerna Kronoberg (66 procent), Gotland (89 procent) och Norrbotten (89 procent) (figur visas inte). Inrapporteringsgraden 2022 för övriga regioner ligger på 94–100 procent.

Vid analys av **antal väntande vårdkontakter med vårdgaranti per 1 000 invånare** för samtliga månader (månadsgenomsnitt) för **fas 1** (första besök) under 2021 och 2022 framträder en viss spridning mellan regionerna (figur 14).



Under ett månadsgenomsnitt 2022 är det 2,7 gånger fler väntande vårdkontakter med vårdgaranti per 1 000 invånare i Region Norrbotten (83 vårdkontakter) jämfört med Region Stockholm (31 vårdkontakter). Region Kronoberg med sina 38 vårdkontakter ligger tredje i ordningen med lägst antal väntande vårdkontakter med vårdgaranti per 1 000 invånare.

³⁴ I analyserna av fas 1 och fas 2 har vårdkontakter för vuxenpsykiatri och barn- och ungdomspsykiatri exkluderats med anledning av att det enligt SKR uppstår större variationer vad gäller dessa typer av vårdkontakter eftersom det är ett nytt vårdutbud som inte följts tidigare och där regionerna gör olika kring inrapporteringen.

³⁵ Socialstyrelsen har fått ta del av årsdata för analysen som beräknats om till ett månadsgenomsnitt. Antal väntande patienter är en ögonblicksbild av storleken på en regions vårdkö vid ett visst givet tillfälle för den inrapporterade månaden. Samma vårdkontakt kan vara väntande under en längre period som kan sträcka sig över flera månader. Jämförelsen för väntande patienter under ett helt år beräknas om till ett månadsgenomsnitt för att minska risken att ge en skev bild av regionernas vårdköer.

Regionerna Jämtland Härjedalen, Blekinge och Skåne utmärker sig genom att ha en betydligt lägre andel antal väntande vårdkontakter med vårdgaranti i början av våren 2021, men inrapporteringen ökar under året och stabiliserar sig.

Region Kronoberg uppger att en förklaring till resultatet är att regionen rapporterar in alla vårdkontakter med första besök, inte endast de som omfattas av vårdgarantin. Regionen uppger exempelvis att besök för kontroller ingår i regionens registrering av data för fas 1. Anledningen till att alla vårdkontakter rapporteras in är för att regionen vill kunna följa upp alla sina flöden både för väntande och för produktion.

Det är svårt att avgöra om resultatet i figur 14 tyder på en verklig skillnad vad gäller väntande vårdkontakter som omfattas av vårdgarantin eller belyser rapporteringsskillnader. Även här kan den demografiska strukturen som kan kopplas till vårdbehov vara en delförklaring.

Region Stockholm har som mål att erbjuda vård inom 30 dagar i specialiserad vård och Region Hallands motsvarande mål är inom 60 dagar, istället för vårdgarantins 90 dagar. Dessa incitament bidrar till att köerna också lättare betas av, särskilt om regionerna samtidigt har avtal med privata vårdgivare eller köper vård av andra regioner.

Enligt SKR kan det lägre antalet väntande vårdkontakter i t.ex. Region Stockholm bero på en snabbare omsättning av vård som därmed inte återfinns i den väntande kön.

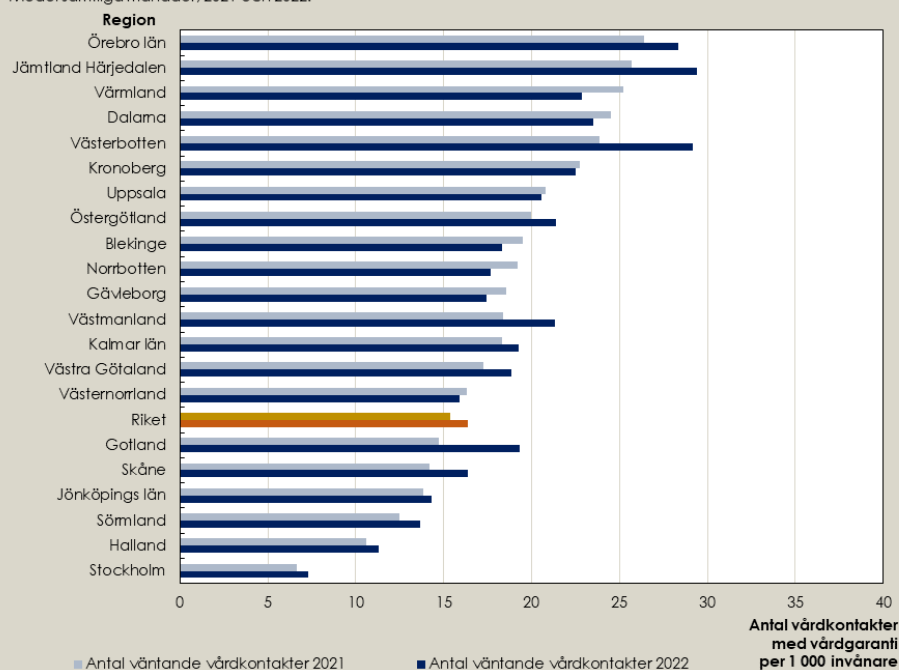
För **fas 2** (operation/åtgärd) påvisas under ett månadsnitt 2022 en låg spridning mellan regionerna vad gäller **andel** inrapporterade **väntande vårdkontakter med vårdgaranti**. Lägst andel finns hos regionerna Norrbotten (92 procent), Kronoberg (97 procent), Gotland och Västmanland på tredje plats (98 procent) (figur visas inte). Inrapporteringsgraden 2022 för övriga regioner ligger på 99–100 procent.

Vid analys av **antal väntande vårdkontakter med vårdgaranti per 1 000 invånare** för samtliga månader (månadsgenomsnitt) för **fas 2** (operation/åtgärd) under 2021 och 2022 framträder en större spridning mellan regionerna (figur 15).

Under ett månadsgenomsnitt 2022 är det över 4 gånger fler väntande vårdkontakter med vårdgaranti per 1 000 invånare i Region Jämtland Härjedalen (29 vårdkontakter), Region Västerbotten (29 vårdkontakter) och Region Örebro län (28 vårdkontakter) jämfört med Region Stockholm (7 vårdkontakter).

Figur 15. Antal väntande vårdkontakter med vårdgaranti för fas 2 i den specialiserade vården per 1 000 invånare

Antal väntande vårdkontakter med vårdgaranti i den specialiserade vården för fas 2 per 1 000 invånare och region. Medel samtliga månader, 2021 och 2022.



Not 1. Fas 1, Första kontakt, inkluderas i grafen ovan. Faserna 2-5 är exkluderade (fas 2 Operation/åtgärd, fas 3 Undersökning, fas 4 Återbesök och fas 5 Akut kontakt).
 Not 2. För riket beräknas ett genomsnitt genom att summera samtliga regioners vårdkontakter med vårdgaranti och dela på rikets befolkning i tusental för 2021 respektive 2022.
 Källa: Nationella väntetidsdatabasen, Sveriges Kommuner och Regioner, Hämtad 2023-06-19; Statistikdatabasen, Statistikmyndigheten SCB, Hämtad 2023-04-17.

Region Jämtland Härjedalen uppger att en stor del av väntande till operation/åtgärd är patienter som väntar på hörapparatprovning (69 procent av väntande och 89 procent av de som väntat över 90 dagar). Även väntande patienter inom ögon- och öronsjukvård står för en utmärkande del av väntande över 90 dagar. Regionen tillskriver det högre antalet väntande inom ovan nämnda områden främst till underbemanning, men att åtgärder pågår inom regionen för att bemöta dessa utmaningar.

Region Örebro län anger att resultaten är kopplade till generella interna utmaningar som regionen i dagsläget har kopplat till inrapportering av data till SKR.

Vad gäller Region Stockholm kan det låga antalet väntande vårdkontakter även för operationer/åtgärder enligt SKR bero på kortare väntetider med anledning av högre omsättning av vårdkontakter och incitament att uppfylla vårdgarantin inom 60 dagar, vilket gör att kontakten aldrig rapporteras in som väntande.

Även när det gäller påvisade skillnader för inrapportering av vårdkontakter med vårdgaranti i fas 2 (operationer/åtgärder), är det således svårt att avgöra om resultatet tyder på en verklig skillnad avseende väntande vårdkontakter som omfattas av vårdgarantin eller belyser rapporteringsskillnader.

Genomförda vårdkontakter med vårdgaranti inom specialiserad vård

I detta delavsnitt presenteras resultatet för Socialstyrelsens analys av inrapporteringen av **genomförda vårdkontakter med vårdgaranti** inom den **specialiserade vården** utifrån endast fas 1 (första besök) respektive fas 2 (operation/åtgärd).³⁶ Dessa faser innehåller inrapporterad information som klassificerar om en vårdkontakt är en vårdgarantikontakt eller inte.

För **fas 1** (första besök) påvisas under 2022 lägst **andel** inrapporterade **genomförda vårdkontakter med vårdgaranti** hos regionerna Kronoberg (66 procent), Norrbotten (85 procent) och Gotland (90 procent) (figur visas inte). Inrapporteringsgraden 2022 för övriga regioner ligger på 98–100 procent.

Förklaringen till Region Kronobergs resultat är samma som beskrevs tidigare för väntande vårdkontakter att regionen rapporterar in alla vårdkontakter med första besök, inte endast de som omfattas av vårdgarantin. Anledningen är att regionen vill kunna följa upp alla sina flöden både för väntande (dvs. vårdköer) och för genomförd produktion.

Vid analys av **fas 1** (första besök) 2021 och 2022 för **antal genomförda vårdkontakter med vårdgaranti per 1 000 invånare** framträder en viss spridning mellan regionerna (figur 16). Under 2022 rapporterades in dubbelt så många genomförda vårdkontakter med vårdgaranti per 1 000 invånare i Region Gotland jämfört med Västra Götalandsregionen.

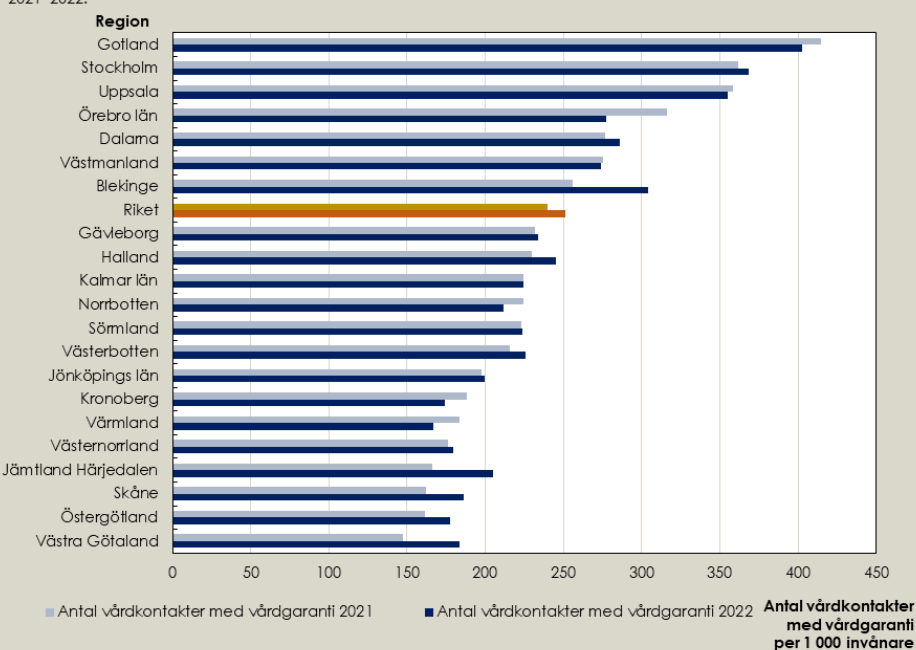
Det kan observeras att näst efter Region Gotland, har Region Stockholm högst antal genomförda vårdkontakter med vårdgaranti för fas 1 (första besök) (figur 16). Samtidigt uppvisar Region Stockholm lägst antal väntande vårdkontakter med vårdgaranti per 1 000 invånare (figur 14). Liknande samband visas dock inte för regionerna Jönköpings län, Kronoberg och Halland som efter Region Stockholm låg lägst i inrapporteringen av antalet väntande vårdkontakter per 1 000 invånare (figurerna 14 och 15). Vad gäller antalet genomförda vårdkontakter befinner sig alltså dessa regioner under rikets snitt (figur 16).

Att Region Gotland ligger högt till vad gäller antalet genomförda första besök med vårdgaranti skulle enligt SKR kunna ha att göra med att regionen har enklare att samarbeta inom hälso- och sjukvårdssystemet. Samarbetet sker även med Region Stockholm, vilket underlättar deras arbete. Invånare i Gotland tenderar också att resa för att få sin vård genomförd.

³⁶ I analyserna av fas 1 och fas 2 har vårdkontakter för vuxenpsykiatri och barn- och ungdomspsykiatri exkluderats med anledning av att det enligt SKR uppstår större variationer vad gäller dessa typer av vårdkontakter eftersom det är ett nytt vårdutbud som inte följts tidigare och där regionerna gör olika kring inrapporteringen.

Figur 16. Antal genomförda vårdkontakter med vårdgaranti för fas 1 i den specialiserade vården per 1 000 invånare

Antal genomförda vårdkontakter med vårdgaranti i den specialiserade vården för fas 1 per 1 000 invånare och region, 2021–2022.



Not 1. För riket beräknades antal genomförda vårdkontakter med vårdgaranti i den specialiserade vården genom att summera samtliga regioners genomförda vårdkontakter med vårdgaranti för att därefter dividera med rikets befolkning i tusental för 2021 respektive 2022. Fas 1, Första kontakt, inkluderas i grafen ovan. De faser som inte inkluderas är fas 2-5 (Fas 2 Operation/åtgärd, Fas 3 Undersökning, Fas 4 Återbesök och Fas 5 Akut kontakt).

Not 2. I analysen har vårdkontakter för vuxenpsykiatri och barn- och ungdomspsykiatri exkluderats med anledning av att det enligt SKR uppstår större variationer vad gäller dessa typer av vårdkontakter eftersom det är ett nytt vårdutbud som inte följts tidigare och där regionerna gör olika kring inrapporteringen.

Källa: Nationella väntetidsdatabasen, Sveriges Kommuner och Regioner, Hämtad 2023-06-08; Statistikdatabasen, Statistikmyndigheten SCB, Hämtad 2023-04-17.

För **fas 2** (operation/åtgärd) påvisas under 2022 lägst **andel** inrapporterade **genomförda vårdkontakter med vårdgaranti** hos regionerna Norrbotten (50 procent) och Örebro län (78 procent) (figur visas inte).

Inrapporteringsgraden 2022 för övriga regioner ligger på 95–100 procent.

Region Stockholm uppvisar en högre inrapporteringsgrad av genomförda vårdkontakter med vårdgaranti 2022 (99 procent) jämfört med 2021 (89 procent).

Region Stockholm har förklarat att regionen kom igång med väntande till återbesök under juli och augusti månad 2021 således är det färre återbesökskontakter under 2021. Eftersom regionen hade färre återbesök 2021 är det därför rimligt att andelen vårdgarantikontakter blir högre 2021.

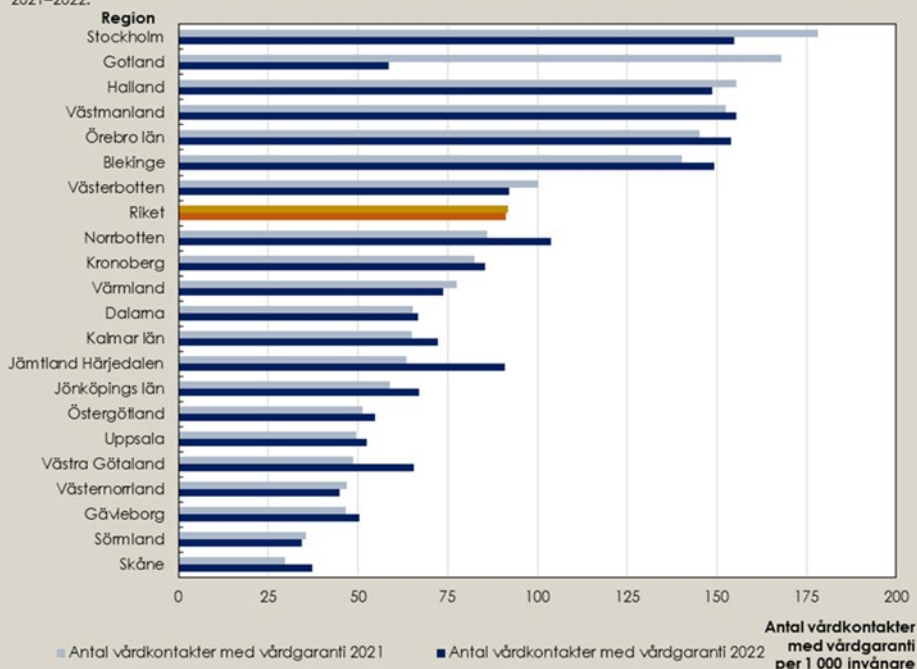
Vid analys av **fas 2** (operation/åtgärd) 2021 och 2022 för **antal genomförda vårdkontakter med vårdgaranti per 1 000 invånare** framträder en större spridning mellan regionerna (figur 17).

Under 2022 rapporterades in drygt 4,5 gånger så många genomförda vårdkontakter med vårdgaranti per 1 000 invånare i Region Stockholm och Region Västmanland (155 vårdkontakter) jämfört med Region Sörmland (34 vårdkontakter).

Enligt SKR skulle en delförklaring till Region Stockholms resultat vara att regionen till skillnad mot andra regioner i större utsträckning genomför vård åt andra regioner.

Figur 17. Antal genomförda vårdkontakter med vårdgaranti för fas 2 i den specialiserade vården per 1 000 invånare

Antal genomförda vårdkontakter med vårdgaranti i den specialiserade vården för fas 2 per 1 000 invånare och region, 2021–2022.



Not 1. För riket beräknades antal genomförda vårdkontakter med vårdgaranti i den specialiserade vården genom att summera samtliga regioners genomförda vårdkontakter med vårdgaranti för att därefter dividera med rikets befolkning i tusental för 2021 respektive 2022. Fas 2, Operation/åtgärd, inkluderas i grafen ovan. De faser som inte inkluderas är fas 1 och 3-5 (Fas 1 Första kontakt, Fas 3 Undersökning, Fas 4 Återbesök och Fas 5 Akut kontakt).

Not 2. I analysen har vårdkontakter för vuxenpsykiatri och barn- och ungdomspsykiatri exkluderats med anledning av att det enligt SKR uppstår större variationer vad gäller dessa typer av vårdkontakter eftersom det är ett nytt vårdutbud som inte följts tidigare och där regionerna gör olika kring inrapporteringen.

Källa: Nationella väntetidsdatabasen, Sveriges Kommuner och Regioner, Hämtad 2023-06-08; Statistikdatabasen, Statistikmyndigheten SCB, Hämtad 2023-04-17.

Vidare utmärker sig Region Gotland genom att regionen uppvisar en mycket lägre inrapportering 2022 jämfört med 2021. Enligt Region Gotland förklaras detta av bristen på operationspersonal under mars 2022, vilket föranledde ett beslut inom regionen att inga planerade operationer skulle utföras mellan mars och oktober 2022. I oktober startades ett extra operationsteam varvid produktionen återgick till det normala.

Region Skåne och Region Sörmland rapporterar in lägst antal genomförda vårdkontakter med vårdgaranti per 1 000 invånare (figur 17).

Region Skåne anger att under 2021 och 2022 utgjorde såväl automatisk som manuell inrapportering av det kvalitetssäkrade underlaget till SKR enligt den tidigare rapporteringsmodellen. Från och med april 2022 övergick sjukhusförvaltningarna och Simrishamns närsjukhus till automatisk rapportering för första kontakt. Dessa faktorer kan vara en förklaring till varför Skånes resultat skiljer sig från flera andra regioner avseende genomförda vårdkontakter med vårdgaranti per 1 000 invånare.

Region Sörmland uppger att resultatet bör bero på att regionen aktivt arbetar med att hänvisa patienter till andra regioner i de fall de inte har möjlighet att upprätthålla vårdgarantin. Det noteras att flera patienter inom kategori vårdgaranti hänvisas efter pandemin än innan pandemin samt att patienter inom kategorin högspecialiserad vård hänvisas, vilket också kan påverka statistiken vid jämförelse med övriga regioner. Region Sörmland

beskriver att de fortlöpande arbetar med att säkerställa att registreringen av data till väntetidsdatabasen är korrekt.

Sammantaget indikerar resultatet att regionernas inrapportering skiljer sig åt vad gäller både väntande och genomförda vårdgarantikontakter såväl som för första besök som operation/åtgärd. Andelen vårdgarantikontakter varierar eftersom alla regioner inte rapporterar in alla vårdkontakter, vilket framgick av det tidigare avsnittet om täckningsgrad. Variationer framträder dock även för måttet antal väntande eller genomförda vårdkontakter med vårdgaranti per 1 000 invånare.

Variationerna syns trots att vårdkontakter för vuxenpsykiatri och barn- och ungdomspsykiatri exkluderats i analyserna av fas 1 (första besök) och fas 2 (operation/åtgärd). Detta med anledning av att det enligt SKR uppstår större variationer vad gäller dessa typer av vårdkontakter eftersom det är ett nytt vårdutbud som inte följts tidigare och där regionerna gör olika kring inrapporteringen.

Resultaten kan bero på faktiska skillnader, men det är svårt att mäta, speciellt eftersom demografiska skillnader som analysen inte kontrollerat för kan förklara en del av resultaten. Oavsett har den kvalitativa informationshämtningen med hjälp av regionerna och SKR kunnat ge exempel på utmaningar så som att äldre informationssystem, administrativ börda och begränsningar i regionernas möjlighet till inrapportering leder till att regioner väljer ett urval av vårdkontakterna att rapportera in. Därutöver skulle skillnaderna även kunna bero på att regionernas klassificering av vårdgaranti eller täckningsgrad i inrapportering skiljer sig åt.

Utvalda variabler inom primärvården

Tabell 2 presenterar **inrapporteringsgrader för utvalda variabler inom primärvården**. Inrapporteringsgraden har överlag ökat något från 2021 till 2022 för dessa variabler.

En variabel där en stor skillnad observeras från 2021 till 2022 är *diagnoser* (obligatorisk vid förekomst) där ett flertal regioner både förbättrat eller försämrat sin inrapportering. I intervjuer med regionrepresentanter framgår att skillnader mellan inrapporteringsgrad till viss del kan orsakas av den nya uppföljningsmodellen eftersom samtliga yrkesgrupper nu ska rapportera in variabeln *diagnos*. Det innebär att det kan ta tid för yrkesgrupper andra än läkare att vänja sig vid arbetssättet och hur de ska registrera in denna variabel.

I en intervju uppger en regionrepresentant att de har ont om tid för att koda och färdigställa vårdkontakterna innan inrapportering, vilket kan påverka inrapporteringen av vissa variabler. Detta framgick även i tidigare uppföljningar [24, 25].

SKR instämmer i ovan om att en snabb inrapportering av variabeln innebär en eftersläpning i kodning inom en region, vilket i sin tur påverkar kodvolymen.

SKR hämtar in information om *ägarform* (uppgiften rapporteras inte, hämtas från extern källa) separat utifrån den publika HSA-katalogen hos Inera. Anledning till att SKR hämtar uppgiften från HSA-katalogen menar de är med anledning av att de föredrar att hämta data per automatik för att

undvika onödig rapportering för regionerna samt att detta möjliggör uppföljning av förändringar över tid. SKR uppger däremot att regionerna i varierande utsträckning kan rapportera in *ägarformen* kopplat till information om vårdgivare och vårdenhet.³⁷ Den publika HSA-katalogen är en elektronisk katalog som innehåller kvalitetsgranskade uppgifter om organisationer och personer inom vård och omsorg i Sverige. Om regionerna uppdaterat sin information i HSA-katalogen kommer variabeln som hämtas att vara enligt senaste uppdateringen menar SKR.

³⁷ SKR menar att datauttaget för *ägarform* ligger på vårdgivaren och för de regioner som skickar in regionens HSA-id som vårdgivare så finns det oftast inte någon ägarform angiven i HSA-katalogen, och därför saknas uppgiften. Det kan hända att på nästa nivå dvs. **vårdenhet** att ägarform är angiven. SKR menar även att eventuella brister i täckning beror på regionernas hantering av HSA-katalogen.

Tabell 2. Andel utvalda inrapporterade variabler för primärvården 2022 (2021)

Region	Mätpunkter	Patientnära information					Information om vårdkontakt			
	Medicinskt måldatum %	Folkbokföring %	Vårdande enhet %	Diagnoser %	Åtgärder %	Yttre orsaker %	Remittenttyp %	Remittent %	Avvikelse %	Ägarform ¹ %
Blekinge	100 (100)	100 (100)	0 (0)	87 (84)	4 (2)	2 (2)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	98 (97)
Dalarna	100 (100)	100 (100)	94 (97)	82 (84)	14 (9)	0 (0)	0 (0)	1 (1)	2 (2)	100 (100)
Gävleborg	0 (0)	100 (100)	0 (0)	61 (63)	34 (36)	2 (2)	100 (100)	0 (0)	1 (1)	100 (100)
Gotland	0 (0)	97 (97)	100 (100)	75 (72)	23 (21)	0 (0)	100 (100)	0 (0)	8 (7)	100 (100)
Halland	100 (100)	100 (100)	0 (0)	65 (60)	15 (17)	3 (3)	0 (0)	1 (1)	7 (6)	100 (100)
Jämtland Härjedalen	100 (100)	100 (100)	100 (100)	49 (62)	45 (60)	3 (2)	0 (0)	100 (100)	1 (1)	96 (100)
Jönköpings län	100 (100)	100 (100)	100 (100)	87 (80)	24 (24)	2 (2)	0 (0)	1 (1)	2 (1)	97 (97)
Kalmar län	100 (100)	100 (100)	0 (0)	75 (73)	27 (26)	4 (4)	0 (0)	6 (6)	2 (2)	100 (100)
Kronoberg	100 (100)	100 (100)	100 (100)	80 (80)	25 (24)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	3 (3)	100 (100)
Norrbotten	100 (100)	100 (100)	100 (100)	82 (79)	26 (22)	5 (4)	0 (0)	1 (1)	11 (10)	99 (99)
Skåne	100 (100)	100 (100)	0 (0)	82 (83)	24 (24)	2 (2)	0 (0)	0 (0)	6 (7)	100 (100)
Sörmland	100 (100)	100 (100)	6 (6)	36 (33)	38 (37)	0 (0)	100 (100)	0 (0)	3 (3)	100 (100)
Stockholm	100 (100)	100 (100)	100 (100)	94 (94)	33 (33)	3 (3)	0 (0)	5 (5)	6 (6)	99 (99)
Uppsala	0 (0)	100 (100)	0 (0)	51 (51)	53 (55)	1 (1)	100 (100)	0 (0)	11 (15)	100 (100)
Värmland	20 (19)	100 (100)	0 (0)	70 (70)	12 (9)	2 (2)	100 (100)	0 (0)	1 (1)	100 (100)
Västerbotten	100 (100)	100 (100)	100 (100)	70 (64)	39 (40)	3 (2)	0 (0)	0 (0)	5 (5)	94 (94)
Västernorrland	100 (100)	100 (100)	100 (100)	36 (39)	12 (9)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	3 (3)	100 (100)
Västmanland	100 (100)	100 (100)	100 (100)	85 (83)	29 (28)	4 (4)	0 (0)	1 (1)	2 (1)	100 (100)
Västra Götaland	28 (23)	100 (100)	0 (0)	73 (70)	39 (38)	0 (0)	64 (61)	0 (0)	2 (2)	99 (98)
Örebro län	0 (0)	100 (100)	0 (0)	70 (71)	5 (8)	1 (1)	100 (100)	0 (0)	0 (0)	100 (100)
Östergötland	0 (0)	100 (100)	100 (100)	81 (84)	23 (21)	2 (2)	1 (8)	2 (2)	7 (6)	93 (95)

Källa: Nationella väntetidsdatabasen, Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). Hämtad mars 2023-03-16. Not. Ägarform hämtas separat av SKR från HSA-katalogen vid Inera, dit regionerna rapporterar in information som fångas på olika nivåer (vårdgivare eller vårdenhet). Enheten som mappas mot vårdgivarträd i HSA-katalogen.

Metod: För att sammanställa tabellen har data för inrapportering av vårdkontakter och variabler för primärvård begärts ut från den nationella väntetidsdatabasen 2023-03-16. Inrapporteringsgraden per variabel för varje region beräknas som antal inrapporterade fall av variabeln delat på totala antalet inrapporterade vårdkontakter för regionen. Sammanställning av data för 2022 och 2021 ges i tabellen. Fall där inrapporteringsgraden av regionens inrapportering av en variabel har ökat från 2021 till 2022 har markerats grönt och fall där inrapporteringsgraden har minskat markerats i rött. För variabeln avvikelse markeras en ökning av inrapporteringsgraden i rött och en minskning i grönt.

Utvalda variabler inom specialiserad vård

Tabell 3 presenterar **inrapporteringsgraden** för utvalda variabler för **väntande vårdkontakter inom specialiserad vård**. Överlag observeras en svag positiv ökning av inrapporteringsgraden.

Störst ökning ses för variabeln *vårdande enhet* (frivillig) med sex regioner som har ökad inrapporteringsgrad från 2021 till 2022, följt av variabeln *ankomstdatum remiss* (frivillig) där fem regioner har ökat sin inrapporteringsgrad.

I intervjuer med regioner ges olika förklaringar till den utveckling som skett. Viss förbättring kan regionerna koppla direkt till utvecklingsarbeten och satsningar för att förbättra inrapporteringen av vissa variabler. Satsningarna har exempelvis handlat om interna projekt i regionerna för att tydliggöra inrapportering av en viss variabel och olika utbildnings- och informationsinsatser.

I de fall regionerna inte rapporterat in några uppgifter beskriver de intervjuade regionerna att det beror på att dessa variabler är frivilliga och att regionen har gjort bedömningen att det utifrån deras system blir för omfattande att rapportera in. En region lyfter att vissa av de frivilliga variablerna mer upplevs som en anpassning av uppföljningsmodellen för inrapporteringen till primärvården. De ser inte värdet i att exempelvis följa patientens listning inom den specialiserade vården.³⁸

Socialstyrelsen ser ett direkt värde för uppgiften inom primärvården som kan kopplas till konsumtion av vården; exempelvis för att på systemnivå följa patienterna som kommer till akutmottagningar och deras flöde kopplat till listad hälsocentral/vårdcentral.

³⁸ Patientens listning på en vårdcentral/hälsocentral i primärvården har blivit sedan juli 2022 reglerat i lag (7 kap. 3 a § HSL 2017:30), samt har implementerats i uppföljningsmodellen för den specialiserade vården sedan januari 2021 (frivillig rapportering). För primärvården har denna uppgift funnits med som obligatorisk uppgift till väntetidsdatabasen sedan januari 2023 och finns därför inte med i denna analys av primärvårdens data.

Tabell 3. Andel utvalda inrapporterade variabler för väntande vårdkontakter i den specialiserade vården 2022 (2021)

	Mätpunkter	Patientnära information	Vårdgivarinformation		Information om vårdkontakt				
Region	Medicinskt måldatum ¹ %	Patientens listning %	Vårdande enhet %	Ägarform ² %	Remittenttyp %	Remittent %	Avvikelse %	Ankomstdatum remiss %	RemissID %
Blekinge	100 (100)	0 (0)	0 (0)	100 (100)	100 (100)	0 (0)	2 (2)	0 (0)	0 (0)
Dalarna	89 (89)	98 (98)	97 (96)	100 (100)	15 (15)	9 (10)	5 (5)	13 (12)	13 (12)
Gävleborg	100 (100)	0 (0)	100 (100)	100 (100)	0 (0)	0 (0)	2 (1)	0 (0)	0 (0)
Gotland	100 (100)	0 (0)	100 (100)	99 (99)	17 (17)	15 (16)	2 (2)	17 (17)	17 (17)
Halland	100 (100)	90 (87)	98 (42)	10 (8)	100 (100)	0 (0)	5 (5)	0 (0)	0 (0)
Jämtland Härjedalen	76 (73)	76 (62)	98 (100)	100 (100)	98 (98)	42 (42)	1 (2)	98 (98)	98 (100)
Jönköpings län	100 (100)	96 (96)	100 (100)	100 (100)	100 (100)	49 (48)	7 (7)	99 (98)	99 (98)
Kalmar län	100 (100)	99 (99)	100 (99)	100 (100)	100 (100)	53 (52)	4 (6)	0 (26)	96 (96)
Kronoberg	85 (85)	97 (97)	0 (0)	1 (1)	100 (100)	0 (0)	11 (11)	0 (0)	0 (0)
Norrbottn	100 (100)	99 (99)	100 (100)	100 (100)	19 (18)	19 (18)	3 (3)	19 (18)	19 (18)
Skåne	81 (83)	51 (53)	0 (0)	96 (98)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Sörmland	98 (98)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	3 (3)	0 (0)	0 (0)
Stockholm	45 (26)	0 (0)	100 (100)	41 (50)	45 (26)	0 (0)	15 (19)	0 (0)	0 (0)
Uppsala	100 (100)	72 (69)	100 (100)	92 (91)	98 (97)	34 (34)	13 (13)	98 (97)	98 (97)
Värmland	100 (100)	94 (94)	97 (96)	99 (99)	99 (99)	3 (4)	8 (8)	99 (99)	99 (99)
Västerbotten	98 (98)	93 (93)	100 (100)	0 (0)	100 (100)	0 (0)	3 (5)	12 (9)	13 (10)
Västernorrland	85 (87)	0 (0)	0 (0)	100 (100)	0 (0)	0 (0)	5 (3)	0 (0)	0 (0)
Västmanland	84 (87)	97 (96)	98 (98)	0 (0)	29 (39)	23 (20)	4 (4)	0 (0)	98 (98)
Västra Götaland	93 (94)	0 (0)	5 (1)	99 (100)	6 (1)	0 (0)	5 (10)	0 (0)	0 (0)
Örebro län	100 (100)	91 (92)	5 (4)	100 (100)	100 (100)	0 (0)	11 (11)	0 (0)	0 (0)
Östergötland	100 (100)	95 (95)	100 (100)	7 (5)	18 (18)	8 (8)	1 (2)	18 (18)	14 (14)

Källa: Nationella väntetidsdatabasen, Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). Hämtad 2023-03-16. Not 1. För variabeln medicinskt måldatum är endast fas 1–3 med. Not 2. Variabeln ägarform rapporteras in i olika utsträckning av regionerna och hämtas separat av SKR från HSA-katalogen vid Inera.

Metod: För att sammanställa tabellen har data för inrapportering av vårdkontakter och variabler för specialiserad vård begärts ut från den nationella väntetidsdatabasen 2023-03-16. Data från den nationella väntetidsdatabasen är uppdelad i fem faser (Första kontakt, Operation/åtgärd, Undersökning, Återbesök, Akut kontakt), varav fas 5 (Akut kontakt) filterades bort i linje med rapportens avgränsningar. Inrapporteringsgraden per variabel för varje region beräknas som antal inrapporterade fall av variabeln delat på totala antalet inrapporterade vårdkontakter för regionen. Sammanställning av data för 2022 och 2021 ges i tabellen. Fall där inrapporteringsgraden av regionens inrapportering av en variabel har ökat från 2021 till 2022 har markerats grönt och fall där inrapporteringsgraden har minskat markerats i rött. För variabeln avvikelse markeras en ökning av inrapporteringsgraden i rött och en minskning i grönt.

Tabell 4 presenterar **inrapporteringsgraden** för utvalda variabler för **genomförda vårdkontakter inom specialiserad vård**. Överlag observeras en svag positiv trend för vissa variabler och en svag negativ trend för andra.

Variabeln *remittent* (frivillig) har störst ökning med fem regioner som ökat sin inrapporteringsgrad från 2021 till 2022. För variabeln *åtgärd* (obligatorisk då förekomst finns) observeras störst spridning med 16 regioner som har minskat sin inrapporteringsgrad och två regioner som förbättrat sin inrapporteringsgrad från 2021 till 2022.

Vad skillnaderna beror på går inte att avgöra utifrån analyserna. I intervjuer med regionrepresentanter har de påpekat att de i vissa fall väljer att inte rapportera in variabler som är frivilliga och i stället prioritera dem som är obligatoriska. Enligt SKR kan skillnaderna bero på en eftersläpning i regionens kodning.

Variabeln *avvikelse* för specialiserad vård

För **både väntande och genomförda vårdkontakter i den specialiserade vården** skiljer sig inrapporteringen av variabeln *avvikelse* (obligatorisk då förekomst finns) från 0 procent (väntande och genomförda) till 19 procent (väntande) respektive 12 procent (genomförda) mellan de olika regionerna.

De tre intervjuregionerna lyfter särskilt sitt arbete med inrapportering av avvikelser. En region arbetar för att samtliga verksamheter inom regionen ska hantera avvikelser på ett enhetligt vis och en annan region uppger att de arbetar med ett tydligt regelverk inom regionen.

Den tredje regionen uppger att de följer hur antal avvikelser skiljer sig mellan olika månader och att de för en kontinuerlig dialog med de olika vårdgivarna för att säkerställa att avvikelse registreras korrekt. Regionen lyfter däremot att patienter är mer benägna att vänta inom vissa verksamheter som upplevs mer känsliga eller där det har byggts upp ett förtroende mellan patient och en specifik profession. Det gäller exempelvis fotkirurgi där regionen har försökt slussa vidare patienter till andra vårdgivare men där patienterna i stor utsträckning har valt att vänta kvar.

Vad gäller avvikelser så finns det en region som rapporterar in 0 procent avvikelser för sina genomföra vårdkontakter. I dialog med SKR framkommer att Skåne har fattat ett beslut om att inte rapportera in avvikelser. Att regionerna rapporterar in på olika sätt leder till att jämförelser mellan regioner påverkas, dessutom påverkar variabeln avvikelser den mätning som görs för måluppfyllelsen av vårdgarantin.

Tabell 4. Andel utvalda inrapporterade variabler för genomförda vårdkontakter i den specialiserade vården 2022 (2021)

	Mätpunkter	Patientnära information				Vårdgivarinformation		Information om vårdkontakt				
Region	Medicinskt måldatum ¹ %	Patientens listning %	Diagnos %	Åtgärd %	Yttre orsak %	Vårdande enhet %	Ägarform ² %	Remittenttyp %	Remittent %	Avvikelse %	Ankomstdatum remiss %	RemissID %
Blekinge	100 (100)	96 (96)	81 (91)	51 (57)	2 (2)	0 (0)	100 (100)	100 (100)	0 (0)	1 (1)	0 (0)	0 (0)
Dalarna	21 (23)	98 (98)	76 (78)	54 (56)	1 (1)	96 (96)	100 (100)	17 (17)	12 (12)	5 (5)	15 (15)	15 (15)
Gävleborg	100 (100)	0 (0)	96 (96)	66 (66)	0 (0)	100 (100)	100 (100)	0 (0)	0 (0)	1 (1)	0 (0)	0 (0)
Gotland	100 (100)	84 (94)	68 (68)	51 (49)	2 (2)	100 (100)	96 (95)	100 (100)	13 (12)	3 (2)	14 (14)	14 (14)
Halland	100 (100)	88 (86)	75 (68)	49 (45)	2 (2)	98 (42)	13 (10)	100 (100)	0 (0)	5 (5)	0 (0)	0 (0)
Jämtland Härjedalen	0 (0)	92 (99)	73 (83)	58 (59)	3 (4)	97 (100)	100 (100)	100 (100)	42 (41)	1 (1)	100 (100)	100 (100)
Jönköpings län	100 (100)	96 (96)	76 (73)	64 (65)	2 (2)	100 (100)	99 (99)	100 (100)	48 (46)	10 (9)	100 (100)	100 (100)
Kalmar län	100 (100)	99 (99)	74 (80)	55 (61)	2 (2)	100 (100)	100 (100)	100 (100)	44 (44)	2 (2)	0 (24)	87 (87)
Kronoberg	0 (0)	96 (96)	73 (73)	49 (50)	1 (1)	100 (100)	2 (1)	100 (100)	0 (0)	11 (10)	0 (0)	0 (0)
Norrbottnen	100 (100)	99 (99)	88 (91)	63 (63)	4 (4)	100 (100)	100 (100)	13 (13)	13 (13)	2 (2)	13 (13)	13 (13)
Skåne	100 (100)	51 (52)	80 (80)	17 (22)	0 (0)	0 (0)	95 (98)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Sörmland	100 (100)	0 (0)	93 (95)	71 (74)	3 (4)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	6 (5)	19 (19)	13 (14)
Stockholm	0 (0)	92 (93)	19 (40)	5 (9)	2 (2)	100 (100)	38 (42)	100 (100)	0 (0)	3 (3)	0 (0)	0 (0)
Uppsala	99 (96)	73 (69)	69 (71)	52 (54)	3 (3)	100 (100)	92 (91)	98 (98)	39 (38)	11 (10)	0 (0)	0 (0)
Värmland	0 (0)	94 (94)	71 (69)	68 (70)	2 (2)	96 (96)	99 (99)	99 (99)	4 (4)	9 (8)	0 (0)	0 (0)
Västerbotten	100 (100)	92 (92)	87 (88)	54 (57)	2 (3)	100 (100)	0 (0)	100 (100)	0 (0)	2 (4)	98 (98)	98 (98)
Västernorrland	93 (93)	0 (0)	87 (89)	64 (65)	2 (3)	0 (0)	100 (100)	0 (0)	0 (0)	6 (7)	99 (99)	99 (99)
Västmanland	49 (46)	97 (95)	53 (66)	35 (44)	2 (2)	98 (98)	0 (0)	34 (49)	27 (25)	2 (2)	20 (18)	19 (21)
Västra Götaland	20 (21)	0 (0)	84 (84)	8 (9)	0 (0)	4 (1)	99 (100)	5 (1)	0 (0)	4 (12)	0 (0)	0 (0)
Örebro län	0 (15)	92 (93)	92 (91)	71 (71)	0 (0)	4 (3)	100 (100)	100 (100)	0 (0)	11 (11)	0 (0)	0 (0)
Östergötland	74 (77)	95 (95)	81 (88)	56 (65)	3 (3)	100 (100)	10 (10)	19 (19)	9 (9)	1 (1)	0 (0)	13 (14)

Källa: Nationella väntetidsdatabasen, Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). Hämtad 2023-03-12. Not 1. För variabeln medicinskt måldatum är endast fas 1–3 med. Not 2. Variabeln ägarform rapporteras in i olika utsträckning av regionerna och hämtas separat av SKR från HSA-katalogen vid Inera.

Metod: För att sammanställa tabellen har data för inrapportering av vårdkontakter och variabler för specialiserad vård begärts ut från den nationella väntetidsdatabasen 2023-03-12. Data från den nationella väntetidsdatabasen är uppdelad i fem faser (Första kontakt, Operation/åtgärd, Undersökning, Återbesök, Akut kontakt), varav fas 5 (Akut kontakt) filterades bort i linje med rapportens avgränsningar. Inrapporteringsgraden per variabel för varje region beräknas som antal inrapporterade fall av variabeln delat på totala antalet inrapporterade vårdkontakter för regionen. Sammanställning av data för 2022 och 2021 ges i tabellen ovan. Fall där inrapporteringsgraden av regionens inrapportering av en variabel har ökat från 2021 till 2022 har markerats grönt och fall där inrapporteringsgraden har minskat markeras i rött. För avvikelse markeras en ökning av inrapporteringsgraden i rött och en minskning i grönt.

Kvalitetssäkring och uppföljning

I regionernas redovisningar inklusive handlingsplaner för överenskommelsen 2022 beskrevs kvalitetssäkringsarbetet för inrapportering till den nationella väntetidsdatabasen utifrån följande fyra områden som beskrivs närmare i detta avsnitt:

- ansvarsroller för rapportering
- användning av IT-stöd
- rutiner och arbetssätt
- samverkan inom och mellan regioner.

I de genomförda intervjuerna lyftes dessa områden återigen samt reflektioner kopplade till uppföljning och utmaningar med regionens kvalitetssäkringsarbete berördes.

Myndigheten har inom ramen för regeringsuppdraget haft referensgruppsmöten med regionerna där regionerna påtalat att det är viktigt att kunna jämföra sig med andra regioner och förstå hur de presterar jämfört med andra, men att en god kvalitetssäkring kräver kontinuerligt arbete och aktivt fokus på frågan om god datakvalitet. Av Socialstyrelsens referensgruppsmöten i april och maj 2023 framkommer dessutom att regionerna delvis tolkar de definitioner och termer som finns i väntetidsdatabasen olika, vilket medför att de inte alltid registrerar samma variabel på samma sätt.

Ansvarsroller för rapportering

Att ha tydliga ansvarsroller för rapportering är en viktig del av regionernas kvalitetssäkringsarbete enligt flera regioners redovisningar inklusive handlingsplaner för ökad tillgänglighet.

Flera regioner uppger att de arbetar med kvalitetssäkring genom att utse särskilt ansvariga för kvalitetssäkring av inrapporteringen. En region har en särskild tillgänglighetssamordnare som träffar kontaktpersoner för vårdgarantin varannan månad och stämmer av registrering, avvikelser, väntelistor, ledig kapacitet och patientinformation.

En annan region uppger att de har tillsatt en särskild arbetsgrupp för att säkra att de siffror som skickas till väntetidsdatabasen enligt de nya uppföljningsmodellerna är korrekta. Denna region beskriver att de har gjort tester dels mot rapporter från den tidigare tillgänglighetsuppföljningen, dels direkt mot sitt eget IT-system.

Ytterligare en region beskriver hur regionen använder sig av tillgänglighetskoordinatorer som kvalitetssäkrar data inför varje månadsleverans till SKR.

Användning av IT-stöd

I sina handlingsplaner för tillgänglighet beskriver flera regioner även arbete med hjälp av olika digitala hjälpmedel för att kvalitetssäkra sin inrapportering. Exempelvis används särskilda analysrapporter för att säkerställa att rätt data skickas till den nationella väntetidsdatabasen.

Ett fåtal regioner uppger dessutom att de har utvecklat olika former av digitala verktyg för uppföljningen exempelvis genom applikationerna Qlik Sense, SAS³⁹ och Stratsys⁴⁰. En region har även skapat en dynamisk rapport som ger verksamheten möjlighet att särskilt granska kontakter med ovanligt lång väntetid. En annan region redovisade även att de använder sig av ett BI-verktyg (Business Intelligence) där varje verksamhet har tillgång till sina egna resultat via måltavlor⁴¹.

I intervjuerna lyfter en region att de arbetar med kvalitetssäkring med hjälp av applikationer i IT-stödet QlikView som är ett analysverktyg i väntetidsdatabasen. Applikationerna flaggar för fel som kan uppstå i inrapporteringen och varje klinik har en utsedd tillgänglighetsansvarig som ansvarar för kvalitetsgranskningen. Den regionala tillgänglighetsansvarige är därutöver ute på klinikerna för att visa hur applikationerna fungerar och används. Regionen har nyligen uppdaterat applikationen för den specialiserade vården, psykiatrin och BUP och arbetar med att uppdatera applikationen för primärvården.

Rutiner och arbetssätt

Flertalet regioner betonar vikten av att ha rutiner och arbetssätt som skapar goda förutsättningar för verksamheternas egenkontroll. I sina delredovisningar och handlingsplaner är det flera som lyfter arbete för att säkerställa goda rutiner och arbetssätt. Det handlar till stor del om rutiner för att genomföra korrekta registreringar i vårdsystemet.

I intervjuerna lyfter en region att de analyserar de vårdområden där de har lägst tillgänglighetssiffror för att undersöka om inrapporteringsgraden kan påverka resultaten. Regionen överväger att införa ett signalsystem, men har det inte på plats i dagsläget. En annan region uppger att de arbetar systematiskt för att rapportera in samma underlag till patientregistret som till den nationella väntetidsdatabasen.

Samverkan inom och mellan regioner

Samverkan inom och mellan regioner är en del av arbetet med inrapporteringen till den nationella väntetidsdatabasen som flera regioner beskriver i sina redovisningar inklusive handlingsplaner. Det handlar exempelvis om att delta i det nationella nätverket för tillgänglighet på SKR.

En region beskriver även att samverkan har etablerats mellan verksamheter på sjukhuset för att ta fram specialistvårdsövergripande utbildningspaket till anställda som hanterar remisser, tidböcker och koordinerar operationsverksamheter.

En annan region beskriver hur ett samarbete med IT-avdelningen pågår där regionen arbetat för att konstruera verktyg för testning av dataleveranser. Målsättningen uppges vara att hantera problem som kan uppkomma vid systemuppdateringar och felaktigt registerförförande.

³⁹ QlikView och SAS Visual Analytics är verktyg som används av regionerna för att analysera data och skapa underlag till datarapporter.

⁴⁰ Stratsys är en digital plattform för verksamhetsstyrning som regioner kan använda för att hantera processer.

⁴¹ Microsoft BI är ett digitalt verktyg gjort för att analysera och visualisera data.

Uppföljning

I sina redovisningar inklusive handlingsplaner beskriver regionerna inte om de arbetar med uppföljning utifrån sin inrapportering till den nationella väntetidsdatabasen.

I de genomförda intervjuerna framkommer viss information om regionernas uppföljning utifrån inrapporterade data. En region beskriver att de varje månad presenterar resultaten från inrapporteringen till den nationella väntetidsdatabasen för hälso- och sjukvårdsdirektören.

En annan region arbetar också med presentationer för den politiska organisationen och att varje klinik och verksamhetsområde ska titta på sina resultat och kommentera sin situation.

Utmaningar inom kvalitetssäkringsarbetet

Regionerna nämner sammantaget utmaningar med korrekt inrapportering, utbildning, uppföljning av privata huvudmän och resursbrist i de genomförda intervjuerna. Regionerna belyser även vissa utmaningar i sina redovisningar inklusive handlingsplaner.

I intervjuer lyfter regionerna att flera korrekta klick krävs när vissa uppgifter ska registreras vilket innebär att fel kan ske i flera led. Enligt SKR bör inte registrering av data till väntetidsdatabasen medföra merarbete för regionerna eftersom befintliga modeller baserat på regionernas egna journalsystem används för registrering till väntetidsdatabasen. Respektive region bör säkerställa att registreringen av data till journalsystemet är ändamålsenligt för professionerna. Kvaliteten på inrapporteringen till den nationella väntetidsdatabasen kan dels vara avhängigt att vårdkontakten har registrerats på ett korrekt sätt av verksamheterna.

Regionerna betonar att det behövs ett kontinuerligt arbete för att säkerställa en god efterlevnad till de uppsatta rutinerna, exempelvis genom utbildningar. Vad gäller utbildningar belyser regionrepresentanterna att det finns svårigheter att nå ut med utbildningar till samtliga berörda personer i verksamheterna. En hög personalomsättning är en av de förklaringar som nämns och som innebär att alla som arbetar med inrapportering av data inte har deltagit i utbildningar i inrapportering, vilket kan resultera i felregistreringar. En region skriver i sin handlingsplan att utbildningarna inom registrering och väntetidsområdet inte är standardiserade avseende omfattning eller innehåll.

Att följa upp vårdgivare med privata huvudmän beskrivs också som en utmaning. En regionrepresentant uppger att de bara har möjlighet att följa de privata vårdgivare som använder sig av samma journalsystem som verksamheter i egen regi. Det innebär svårigheter att följa upp tillgängligheten för vårdkontakter hos de externa leverantörerna.

En annan region påpekar att en stor felkälla är att vissa vårdgivares journalsystem ännu inte är anslutna till den regionala tillgänglighetstjänsten⁴² vilket skapar stor risk för felrapportering. Detta skapade problem med HSA-

⁴² Tillgänglighetstjänsten ingår i systemet Gemensamt vårdregister, GVR, bokningsunderlag som är kopplade till registrerade öppenvårdskontakter rapporteras. Väntetider på genomförda besök kan följas, men i dagsläget går det inte att följa antalet patienter i kön.

katalogen för ett sjukhus som inte kunde föra över data för väntande eller genomförda besök. Dessutom skapade det problem för enheter att se vilka ”vårdenheter” enheten är anknuten till.

Enligt SKR är det respektive region som beslutar hur data från privata huvudmän ska samlas in och registreras hos SKR. Vissa regioner samlar in data från privata huvudmän själva och skickar sedan in dessa till SKR. Samtidigt har andra regioner beslutat att denna data ska skickas direkt till SKR som i sin tur återsänder bearbetade data till regionen. Därtill skickar vissa privata huvudmän data för flertalet regioner samtidigt.

En tredje region påpekar att de för primärvården endast rapporterar vårdgarantibesök vilket medför en stor differens vid jämförelse med andra register.

I intervjuerna beskrivs även resursbrist som ett hinder för kvalitetssäkringsarbetet som innebär att regionerna behöver fokusera sitt arbete till ett fåtal aktiviteter. En region nämner att de har koncentrerat sitt kvalitetssäkringsarbete till att analysera om regionens inrapportering skiljer sig väsentligt jämfört med samma period året innan.

Regionernas slutredovisningar

Uppföljningen av regionernas slutredovisningar inom ramen för överenskommelsen om *ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2022* påbörjades i april 2023 och resultaten presenteras i detta kapitel.

Regionerna skulle inkomma med en slutredovisning senast den 31 mars 2023 för överenskommelsen 2022, dess tilläggsöverenskommelse och tilläggsöverenskommelsen 2021 (se bilaga 9).⁴³

Slutredovisningen skulle innehålla en beskrivning av:

- hur **2022 års stimulansmedel** har använts för att **genomföra insatser** i enlighet med vad som **anges i överenskommelsen** (avsnitt 3.3) samt **resultatet** av genomförda insatser,
- hur **2022 års stimulansmedel** har använts till att minska väntetiderna inom **BUP** (öronmärkta medel) samt **resultatet** av genomförda insatser,
- hur 2022 års stimulansmedel har använts för att **säkerställa att vård snabbare erbjuds till väntande patienter och samverkan om stödjande verksamheter** i enlighet med **tilläggsöverenskommelsen 2022** (avsnitt 2.2) samt **resultat** av genomförda insatser,⁴⁴
- hur 2021 års stimulansmedel har använts för att **stärka det strategiska tillgänglighetsarbetet och förutsättningar för att omhänderta den uppskjutna vården** i enlighet med **tilläggsöverenskommelsen 2021** (avsnitt 3.2), samt **resultatet** av genomförda insatser.

Socialstyrelsens uppföljning är en kvalitativ genomgång av de inkomna dokumenten från regionerna samt de eventuella kompletteringar som inkommit därefter och bygger på en manuell genomläsning. I de fall regionerna inte tydligt kategoriserat sina slutredovisningar enligt ovan beskrivna frågeställningar har Socialstyrelsen gjort en kategorisering utifrån sin tolkning av regionernas svar.

Svårigheter i redovisningen av medel påverkar uppföljningen

Regionernas slutredovisningar visade i likhet med delredovisningarna på en stor variation i såväl format och innehåll som omfattning. Ingen av regionerna har på ett tydligt sätt besvarat de punkter som Socialstyrelsen har specificerat utifrån överenskommelsens och tilläggsöverenskommelsens krav. Flera regioner har dessutom inte specificerat vilken av redovisningskraven som hör till vilken del i deras slutredovisningar.

⁴³ Socialstyrelsen skickade information om innehåll och slutdatum för slutredovisningen till regionerna i december 2022. Myndigheten informerade även om utskicket på introduktionsmötet med regionerna om de årliga dialogerna i januari 2023. Ett förtydligande mejl skickades också ut i mars 2023 för att svara på de flertal frågor som inkommit från regionerna avseende slutredovisningen. Myndigheten genomförde även uppföljande samtal med ungefär hälften av regionerna efter slutdatum för att få förtydligande i de delar av redovisningarna som varit otydliga.

⁴⁴ Notera att denna punkt inte anges specifikt i avsnitt 4.1 utan har kompletterats efter dialog med Socialdepartementet att även tilläggsöverenskommelsen 2022 skulle redovisas särskilt i slutredovisningen.

Denna uppföljning av regionernas slutredovisning är präglad av att regionerna redovisat på olika sätt. Det innebär att det är svårt att jämföra hur regionerna arbetat, framför allt eftersom vissa enbart redovisat insatser som finansierats av stimulansmedlen och andra regioner har redovisat samtliga insatser, oavsett finansiering, i sin handlingsplan för tillgänglighet. Utöver detta har vissa regioner inte gjort någon tydlig åtskillnad mellan vad som redovisas kopplat till vilket av överenskommelsens krav.

I dialog med regionerna har det framkommit att de upplever kraven i överenskommelsen som otydliga och att det är svårt att redovisa användningen av stimulansmedlen på de sätt som överenskommelsen efterfrågar. Exempel på förklaringar till svårigheterna som regionerna beskriver är:

- Regionerna fördelar ofta medlen **inom regionens samlade budget**, och det är ofta inte tydligt för regionerna exakt vilken satsning inom tillgänglighetsområdet som är finansierad av stimulansmedlen, som i sin tur kan komma från flera överenskommelser på området.
- Stimulansmedlen från block 1 betalas ut baserat på regionernas uppfyllnadsgrad av prestationskraven i augusti 2022 (för tidsperioden februari–juni och i december 2022 (för tidsperioden juli–november). Detta innebär att regionerna **inte vet på förhand exakt hur mycket medel** de har för att genomföra en viss insats inom ramen för överenskommelsen.
- Regionerna upplever att det är otydligt om de ska redovisa **medelsanvändningen för hela överenskommelsen** eller om det enbart rör de **medel som hör till block 2**. Flera regioner har inte gjort någon specifik åtskillnad mellan dem i sin planering av verksamheten, förutom att själva utbetalningen har skett vid olika tidpunkter.

Regionernas erhållna stimulansmedel

Totalt har 2 956 miljoner kronor betalats ut till regionerna inom ramen för överenskommelsen 2022 och 35 miljoner kronor inom ramen för tilläggsöverenskommelsen 2022 [27, 28]. Av dessa medel har 2 513 miljoner kronor (85 procent) betalats ut baserat på prestationskraven som beskrivs i block 1.⁴⁵ Inom block 2 betalas 443 miljoner kronor (15 procent) ut. Av de 443 miljoner kronor som betalades ut för block 2 var 80 miljoner kronor öronmärkta för att minska köerna inom BUP.

För 2021 var motsvarande utbetalningar 1 479 miljoner kronor (50 procent av sammanlagda medel) för överenskommelsen och 1 479 miljoner kronor (50 procent av sammanlagda medel) för tilläggsöverenskommelsen [29, 30]. För de totala medel som betalades ut 2021 var 25 procent för block 1 och 75

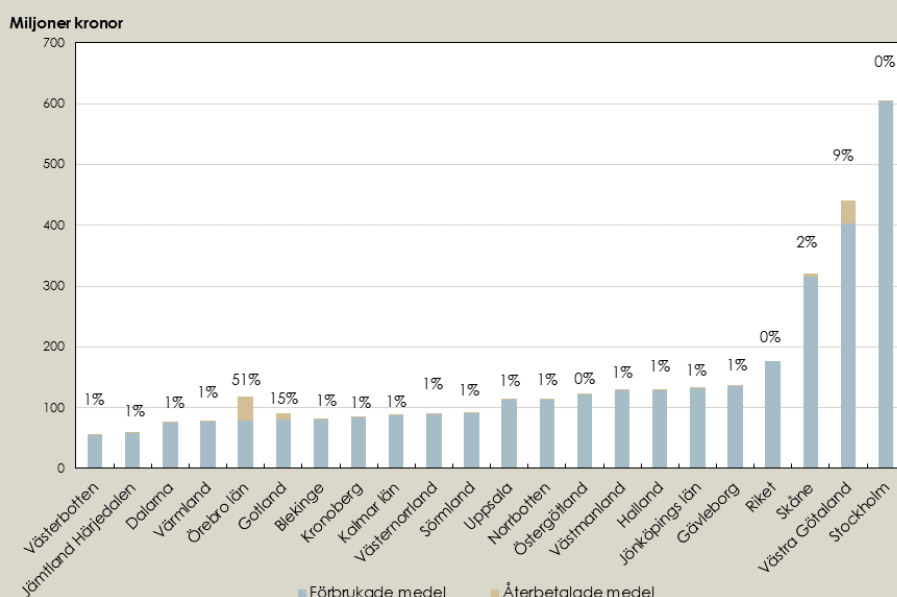
⁴⁵ Det finns en så kallad bonuspott dit medel överförs om en region inte klarar ett visst prestationskrav. Om ingen region uppfyller prestationskraven en viss månad utgår ingen ersättning till regionerna. Istället överförs alla medel för den aktuella månaden och kategorin till bonuspotten. I bonuspotten samlas därmed de medel som inte betalas ut till regionerna under året på grund av att en eller flera regioner inte uppnår prestationskraven. Bonuspotten fördelas och utbetalas i december 2022 utifrån antal prestationskrav som regionerna har uppnått under året. Varje prestationskrav som regionen uppnår under året genererar ett poäng. Ju fler prestationskrav som regionen har uppnått, desto fler poäng får regionen och desto större andel av bonuspotten tillfaller därmed regionen.

procent för block 2. Av de medel som fördelades i block 2 betalades 739 miljoner kronor ut till regionerna för att fortsätta utveckla det strategiska tillgänglighetsarbetet för att förbättra tillgängligheten och korta väntetiderna. Figur 18 visar fördelningen av förbrukade och återbetalda medel per region under 2022 [31].

Vad gäller block 1 och block 2 i överenskommelsen 2022 har de större regionerna Stockholm, Västra Götaland och Skåne fått störst fördelning av slutmedlen. Detta förklaras av att utdelningen för block 1 sker utifrån uppfyllnadsgrad av prestationskraven och invånarantal, medan medlen för block 2 fördelas till alla regionerna utifrån invånarantal. Stimulansmedlen för Tilläggsöverenskommelsen 2022 fördelades dock lika mellan alla 21 regioner (visas inte i figur 18).

Figur 18. Fördelning av förbrukade och återbetalda medel per region 2022

Regionernas erhållna stimulansmedel från överenskommelse och tilläggsöverenskommelse om ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2022 samt återbetalda medel. Procentsatsen anger andelen återbetalda medel av förbrukade medel.

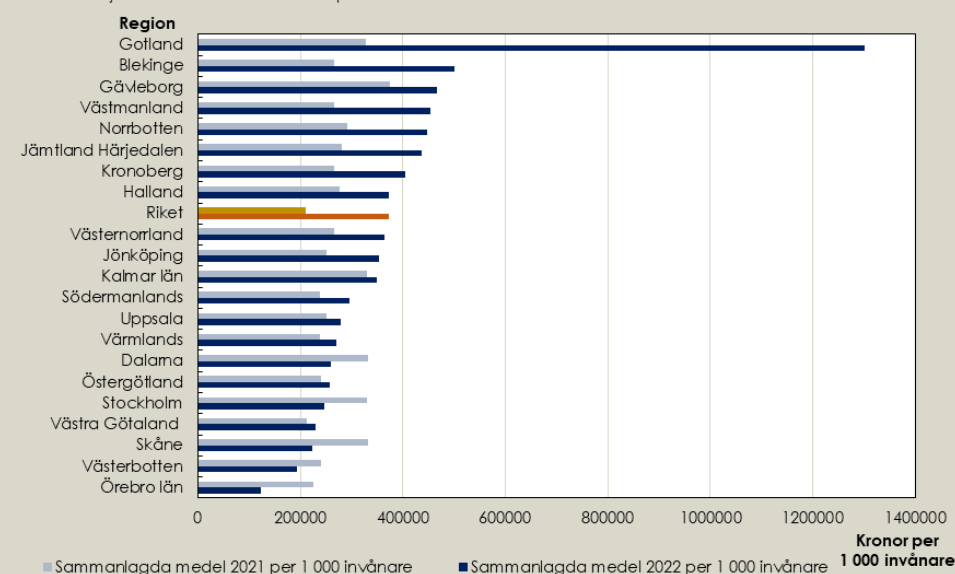


Not 1. Förbrukade medel beräknades genom att summera medel från överenskommelsen 2022, tilläggsöverenskommelsen 2022 samt utbetalningarna till varje region vid årets slut. Återbetalade medel beräknades genom att summera återbetalade medel vid slutet av året för varje region.
 Not 2. Förbrukade och återbetalade medel för riket beräknades genom att summera samtliga regioners medel från överenskommelsen 2022 och tilläggsöverenskommelsen 2022 respektive återbetalade medel och dividera med antalet regioner (21).
 Not 3. Procentsatsen som redovisas i grafen beräknas genom att för varje region dela återbetalade medel med förbrukade medel för år 2022.
 Källa: Uppdrag om återbetalning och utbetalning av statsbidrag, Socialdepartementet, S2022/00608 (delvis); Utbetalning av medel till regionerna och Sveriges Kommuner och Regioner i enlighet med överenskommelsen om ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2022, Socialdepartementet, S2022/00608 (delvis); Utbetalning av medel till regionerna och Sveriges Kommuner och Regioner i enlighet med tilläggsöverenskommelsen om ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2022, Socialdepartementet, S2022/00608 (delvis).

I figur 19 presenteras slutmedlen regionvis per 1 000 invånare inom överenskommelserna om tillgänglighet för 2021 respektive 2022. Sett till per 1 000 invånare, var det däremot Region Gotland som fick mest totala medel för såväl block 1 som block 2 år 2022 per 1 000 invånare med 1,3 miljoner kronor per 1 000 invånare. Den region som beviljades minst medel per 1 000 invånare 2022 var Västerbotten med ca 195 000 kronor per 1 000 invånare [27-30].

Figur 19. Regionernas sammanlagda stimulansmedel för överenskommelserna 2021 och 2022 per 1 000 invånare

Regionernas sammanlagda stimulansmedel från överenskommelser och tilläggsöverenskommelser om ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården för 2021 samt 2022 per 1 000 invånare.



Not 1. Sammanlagda medel beräknades genom att summera medel från överenskommelsen 2022 respektive 2021, tilläggsöverenskommelsen 2022 respektive 2021 samt återbetalning eller utbetalning vid slutet av 2022 för varje region. Not 2. För sammanlagda medel 2021 inkluderas inte återbetalning eller utbetalning på grund av bristande dataunderlag. Not 3. Genomsnittligt medel för riket beräknades genom att summera medel från överenskommelsen och tilläggsöverenskommelsen 2021 respektive 2021 samt återbetalning eller utbetalning för samtliga regioner dividerat med antal regioner (21).

Källa: Uppdrag om återbetalning och utbetalning av statsbidrag, Socialdepartementet, S2022/00608 (delvis); Utbetalning av medel till regionerna och Sveriges Kommuner och Regioner i enlighet med överenskommelsen om ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2022, Socialdepartementet, S2022/00608 (delvis); Utbetalning av medel till regionerna och Sveriges Kommuner och Regioner i enlighet med tilläggsöverenskommelsen om ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2022, Socialdepartementet, S2022/00608 (delvis); Utbetalning av medel till regionerna och Sveriges Kommuner och Regioner i enlighet med överenskommelsen om ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2021, Socialdepartementet, S2021/05368; Utbetalning av medel till regionerna och Sveriges Kommuner och Regioner i enlighet med tilläggsöverenskommelsen om ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2021, Socialdepartementet, S2021/05368.

Genomförda insatser för stimulansmedlen 2022

Regionerna redovisar hur de har använt 2022 års stimulansmedel för att **genomföra insatser** i enlighet med det som anges i överenskommelsen 2022 (avsnitt 3.3, block 2) på olika sätt.

Knappt hälften av regionerna redovisar status och resultat kopplade till specifika insatser eller insats- och målområden. Ungefär hälften av regionerna redovisar resultat för målsättningar eller områden som inte direkt går att koppla an till en specifik insats. En region redovisar inte sin medelsanvändning eller för resonemang om hur medlen har använts, utan beskriver i stället sitt nuläge inom tillgänglighetsområdet som helhet. En annan region har tydligt specificerat vad stimulansmedlen har använts till i en tabell där det framgår hur mycket medel som använts på en detaljerad nivå, exempelvis medel för IT-anpassning och stödteam för att arbeta med digitala möten.

Flera regioner redovisar **samtliga insatser** som de har gjort inom ramen för sin handlingsplan för tillgänglighet, **oavsett om de är finansierade** av överenskommelsens stimulansmedel eller inte. Regionerna redovisar ett brett spann av insatser kopplat till frågan om stimulansmedel för att genomföra

insatser. Vissa regioner redovisar insatser för att stärka **styrning och organisering** av sitt tillgänglighetsarbete.

Några exempel på hur regionerna redovisar hur de styr och organiserar sitt tillgänglighetsarbete är exempelvis en **tillgänglighetsfunktion** för att skapa rutiner och regelverk för hur kliniker och tillgänglighetsfunktionen ska arbeta tillsammans och en digital vårdöversikt för att kunna följa antal inlagda patienter på vårdavdelningar.

Därutöver redovisar regionerna insatser som till **stor del återspeglar de insatser som de har redovisat i sina handlingsplaner och delredovisningar** i september 2022 (se kapitlet om *Regionernas strategiska tillgänglighetsarbete*).

Stimulansmedel till insatser för att minska väntetiderna inom BUP

Regionerna redovisar framför allt insatser kopplade till digitalisering och digitala tjänster, inköp av neuropsykiatriska (NPF) utredningar från privata aktörer för att öka produktionen och insatser för att samla vissa bedömningar och utredningar genom exempelvis *En väg in*. Vad gäller digitala tjänster redovisar regionerna exempelvis arbete med den så kallade "blå appen" som kan användas för olika skattningsformulär, internetbaserad kognitiv beteendeterapi (KBT) och utveckling av 1177.

En region beskriver även arbete med löpande uppföljning för att följa väntetiderna där de har veckovis rapportering av tillgängligheten på BUP och där verksamhetschefen är ansvarig för att kommentera hur tillgängligheten ser ut och vilka åtgärder som genomförs för att förbättra tillgängligheten.

Stimulansmedel för samverkan och för att snabbare erbjuda vård till väntande patienter

I syfte att snabbare erbjuda väntande patienter vård, uppger sju regioner att de arbetar med så kallade vårdlotsar som stöttar patienter som väntat länge att få vård från annan vårdgivare⁴⁶. Flera regioner beskriver också arbete med produktions- och kapacitetsstyrning och kompetensförsörjning.

Regionerna beskriver även arbete med kompetensförsörjning för att säkerställa att vård snabbare erbjuds till väntande patienter, exempelvis inköp av hyrpersonal men även uppgiftsväxling för att exempelvis sjuksköterskor ska kunna ägna sig mer åt vårduppgifter och administrativ personal ska kunna ta över sjuksköterskornas administrativa uppgifter.

Därutöver arbetar regionerna med ett flertal ytterligare insatser för att snabbare erbjuda vård till väntande patienter. En region beskriver att de gav ökade medel till sjukhusen för att genomföra utökade uppdrag, där de bland annat har arbetat med att utveckla sitt digitala verksamhetssystem för uppföljning, och en annan att de har utvecklat sin uppföljning av väntetidsdata med hjälp av QlikView, en applikation för dataanalys.

⁴⁶ En sökning i samtliga regionernas slutredovisningar genomfördes med termerna "Vårdlots" samt "Väntande patienter". Samtliga slutredovisningar som gav en träff granskades för att säkerställa att regionen genomförde vårdlotsverksamhet som beskrivs i rapporten. De regionerna som identifierades skrevs sedan in i rapporten.

Regionerna beskriver även samverkan på olika sätt. Flera refererar till SKR:s tillgänglighetsnätverk och samverkan med andra regioner via det forumet. Andra regioner beskriver även samverkan inom sin sjukvårdsregion för att hitta och fördela ledig kapacitet

Stimulansmedel för att stärka det strategiska tillgänglighetsarbetet 2021

Insatserna som beskrivs rör ofta styrning, inrättande av strategiska funktioner och samverkan. Få regioner beskriver däremot hur de har använt stimulansmedlen för insatser som finansieras specifikt av medel för tilläggsöverenskommelsen 2021.

Exempel på regionernas arbete med styrning är en region som infört så kallad faktabaserad styrning som innebär att ta beslut baserade på fakta med målet att kunna tillgodose identifierade behov på ett optimalt sätt.⁴⁷ En annan region har infört en planeringsenhet för att hålla samman tillgänglighetsarbetet i regionen.

Regioner som inrättat strategiska funktioner har exempelvis inrättat en strategisk operativ tillgänglighetsgrupp på regionnivå eller infört ledningsgrupper för produktion och tillgänglighet.

Några regioner arbetar även för ökad samverkan och ökat samarbete, exempelvis genom att hjälpa andra regioner med vissa operativa ingrepp för att frigöra resurser på andra håll eller genom samverkan med kommuner om utskrivningsprocessen. Ytterligare regioner arbetar med strategiska upphandlingar för att kunna minska sina väntetider, mobila team, produktions- och kapacitetsplanering och kompetensförsörjning.

⁴⁷ Enligt regionen är faktabaserad styrning en metod där regionen samlar in information på ett kvalitetssäkrat sätt för att enklare kunna identifiera behov, planera verksamheten och följa upp resultat. Metoden anses vara en viktig del i att utveckla en långsiktig, hållbar och högkvalitativ verksamhet där utbildning av chefer och stödfunktioner ingår.

Diskussion och slutsatser

I detta kapitel följer Socialstyrelsens diskussion och slutsatser. Kapitlets resonemang bygger på resultaten för regionernas måluppfyllnad av prestationskrav mot kortare väntetider, regionernas tillgänglighetsarbete utifrån redovisningar inklusive handlingsplaner samt myndighetens analys av regionernas inrapportering till den nationella väntetidsdatabasen.

I regionernas redovisningar framkommer inte ett strategiskt tillgänglighetsarbete

Av överenskommelsen 2022 framgår att regionerna ska redovisa sitt strategiska arbete för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården i en delredovisning och en handlingsplan.

I de underlag som regionerna lämnade till Socialstyrelsen i september 2022 var det generellt **svårt att skönja beskrivningar av ett strategiskt tillgänglighetsarbete**. Vid tillämpning av uppföljningsmodellen för att systematiskt arbeta med förbättringsarbete⁴⁸ **saknades en tydlig röd tråd i tillgänglighetsarbetet** med kopplingar mellan mätbara och tidsatta mål och pågående och planerade insatser i enlighet med målen samt uppföljning av resultat och effekter. Detta innebär även att det ofta saknades förklaringar till varför regionen valt att satsa på en specifik insats och huruvida de bedömer om den är ändamålsenlig eller inte i de underlag som regionerna lämnade.

Därutöver saknades en röd tråd i bemärkelsen hur tillgänglighetsarbetet styrs och leds i organisationen samt hur arbetet förankras i verksamheterna, inklusive involvering av vårdprofessionerna i arbetet.

Regionernas avsaknad av en strategisk beskrivning av hur de arbetar med att öka tillgängligheten kan tolkas som en avsaknad av struktur i tillgänglighetsarbetet, men behöver inte innebära att så är fallet. Utan en tydlig struktur i arbetet kommer dock chanserna minska för att uppnå ett kontinuerligt, hållbart och långsiktigt arbete för ökad tillgänglighet. En otydlig handlingsplan innebär även en risk för att den inte implementeras i verksamheten, och därmed inte används i arbetet för att öka tillgängligheten i regionen.

Samtidigt har regionerna uttryckt svårigheter att särskilja delredovisningen och handlingsplanen och upplevt skillnaden dem emellan som otydlig, bland annat eftersom handlingsplanen syftar till att beskriva regionens långsiktiga tillgänglighetsarbete medan delredovisningen av överenskommelsen fokuserar på redovisning av överenskommelsen som är kortsiktig. Detta försvårar såväl regionernas rapportering av sitt tillgänglighetsarbete såväl som enhetligheten och jämförbarheten mellan regioner, vilket i förlängningen påverkar det långsiktiga lärandet.

⁴⁸ Anpassad PDSA-cykel; de fyra stegen i modellen anpassades för sammanställningen av regionernas delredovisningar inklusive handlingsplaner.

En ytterligare faktor som påverkar lärandet är att flertalet regioner inte tydligt beskriver hur de följer upp insatserna för att förbättra tillgängligheten och därav går det inte att bedöma resultat och effekter av en insats/åtgärd. Detta påverkar möjligheten att identifiera och sprida goda exempel inom och mellan regionerna.

Regionerna har i betydande utsträckning i dialoger med Socialstyrelsen uttryckt behovet av en mer enhetlig redovisningsstruktur som dessutom underlättar förståelsen för syftet och nyttan med redovisning respektive handlingsplan.

För att uppnå en förbättrad tillgänglighet krävs ofta verksamhetsutveckling genom exempelvis förändringar i arbetssätt, organisation och ledarskap. Det är centralt att regionerna arbetar strategiskt och systematiskt med att förbättra tillgängligheten i regionen och för att skapa förutsättningar för att korta väntetiderna på såväl kort som lång sikt. Detta lyftes även i Tillgänglighetsdelegationens betänkanden [2, 3].

Socialstyrelsen har påbörjat ett arbete med att ta fram strukturer och verktyg för att möta regionernas behov

Socialstyrelsen önskar möta regionernas behov av en ökad tydlighet för regionernas framtida redovisningar av överenskommelser och handlingsplaner för ökad tillgänglighet. En sådan ansats har som mål att skapa en struktur som bidrar till en ändamålsenlig uppföljning av regionernas tillgänglighetsarbete och möjlighet till jämförbarhet mellan regioner samt att minska den administrativa bördan på lång sikt. Att uppnå detta mål kommer gynna såväl regionerna som myndigheten i sina uppföljningar av regionernas tillgänglighetsarbete. Socialstyrelsen bedömer också att redovisningar och handlingsplaner bör ha en tydlig struktur för att vägleda regionerna i sitt tillgänglighetsarbete.

Socialstyrelsen har därför sedan våren 2023 arbetat med att utveckla strukturer och verktyg som kan stödja i arbetet för en systematisk uppföljning som stärker regionernas strategiska och långsiktiga förbättringsarbete på tillgänglighetsområdet. Utvecklingen har resulterat i två verktyg som kan tillämpas via datorprogrammet Excel för regionens: 1) *Redovisning av arbetet kring överenskommelsers krav* och 2) *Handlingsplan för det strategiska tillgänglighetsarbetet*.

Socialstyrelsen har utformat verktygen så att regionernas arbete med överenskommelsen kan passa in i regionens övergripande planeringsarbete. Detta genom att regionerna ska kunna överföra den information som ifylles i verktygen till ett format som kan appliceras till regionernas egna mallar för exempelvis vidare rapportering till politiska ledningen. Det möter ett av önskemålen från regionerna.

De utgångspunkter Socialstyrelsen har haft i arbetet är att verktygen ska:

- Följa frågor och krav i **överenskommelsen**.
- Ha särskilt fokus på **resultat och utveckling över tid**.
- Bidra till **långsiktighet** och **förutsägbara redovisningskrav** över tid.

- **Ge utrymme för regionerna** att utforma handlingsplanen så att den blir varje regions egen.

Verktuget för regionernas redovisning av överenskommelser

Verktuget syftar till att stödja regionerna i att tydliggöra de krav som ställs i överenskommelsens del som kopplar till det strategiska tillgänglighetsarbetet.

Ett antal frågeställningar ges i verktuget som anpassas utefter de krav som ställs i framtida överenskommelser om ökad tillgänglighet. Regionernas svar på dessa frågeställningar kommer därmed redovisas på ett strukturerat sätt och därför bli lättare att följa upp över tid.

Verktuget har vidare byggts på med frågeställningar för att ta vara på vad regionerna särskilt vill lyfta vid de årliga tillgänglighetsdialogerna med Socialstyrelsen. Möjligheten ges att redovisa även goda eller lärande exempel som kan spridas vidare.

Verktuget handlingsplan tillgänglighet

Detta verktyg syftar till att stödja regionen i sin beskrivning av sin handlingsplan för sitt strategiska tillgänglighetsarbete. Utgångspunkten är överenskommelsen 2022:s krav på vad som ska ingå i regionernas handlingsplan för ökad tillgänglighet. De frågeställningar som ställs i verktuget har omsatts i fyra-steps-modellen för ett systematiskt förbättringsarbete som beskriver följande: 1) behovsanalys, 2) mål, 3) insatser och åtgärder samt 4) uppföljning (se kapitlet om *Regionernas strategiska tillgänglighetsarbete*).

Att arbeta systematiskt med förbättringsarbete är centralt för att lyckas åstadkomma förändringar i organisationer. Verktuget innebär en förbättrad möjlighet att systematiskt följa upp och lära utifrån regionernas handlingsplaner. Det innebär också att regionerna kan få en översikt av hur deras identifierade behov samspelar med uppsatta mål, insatser och uppföljning och det kan förhoppningsvis stötta regionerna i att kontinuerligt stärka sitt systematiska och långsiktiga förbättringsarbete. Verktuget möjliggör bland annat för regionerna att tydliggöra vilka målsättningar som regionen arbetar med, vilket är en förutsättning för att skapa riktning och arbeta strategiskt med tillgänglighet.

Regionerna har svårt att redovisa hur stimulansmedlen har använts

Många patienter får fortsatt inte vård inom vårdgarantins gränser och det finns fortfarande stora skillnader i regionernas väntetider. 2 513 miljoner kronor (85 procent av totalen) betalades ut till regionerna 2022 baserat på deras uppfyllnadsgrad av prestationskraven för kortare väntetider (block 1).

Regionerna kvalificerade sig generellt till stimulansmedlen för kortare väntetider främst för att de har uppvisat en förbättring jämfört med samma månad föregående år snarare än att de har uppnått måluppfyllnaden för den kravställda vårdinsatsen.

För regionernas strategiska tillgänglighetsarbete (block 2) betalades 443 miljoner kronor (15 procent av totalen) ut till regionerna, vilket är relativt mindre än medlen för block 1. Sett till riket utnyttjades de samlade medlen till fullo.

Som framgår av myndighetens uppföljning av regionernas slutredovisningar av överenskommelsen 2022 redovisar regionerna på olika sätt. Inför och efter lämnande av slutredovisningen i mars 2023 har flertalet regioner uppgett att de retrospektivt har behövt undersöka hur medlen använts, och att detta ofta inte har varit möjligt att identifiera. Detta resulterade i att flertalet **regioner inte kunde följa upp och redovisa hur mottagna stimulansmedel** använts för överenskommelserna.⁴⁹

Sammantaget medför det svårigheter för Socialstyrelsen att följa upp, jämföra och dra slutsatser från regionernas slutredovisningar av överenskommelsen 2022.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys drog nyligen liknande slutsatser i uppföljningen av regeringssatsningarna för att förbättra vården för kvinnor och förlossningsvården sedan 2016 [32]. En av myndighetens slutsatser var att de inte kunde kartlägga hur regionerna använt tilldelade medel i satsningarna. De kunde inte heller bedöma vare sig relevans eller effekt av regionernas angivna insatser inom ramen för satsningarna i den uppföljningen.

Varierande inrapportering och följsamhet till uppföljningsmodellerna försvårar nationell uppföljning av tillgängligheten i vården

Enligt överenskommelsen om ökad tillgänglighet 2022 ska regionernas inrapportering till den nationella väntetidsdatabasen ske i enlighet med överenskomna anvisningar mellan SKR och regionerna för de nya uppföljningsmodellerna av primärvården och den specialiserade vården.

Socialstyrelsens uppföljning och analys av regionernas inrapportering av data till väntetidsdatabasen i denna rapport är en fortsättning på den förra analysen som myndigheten gjorde inom ramen för överenskommelsen om ökad tillgänglighet 2020 [24, 25]. Redan då ställdes samma krav på inrapporteringen med syftet att få en nationell översikt och jämförbarhet av tillgänglighet i vården.

Den kvantitativa analysen i denna rapport fokuserade på det totala antalet vårdkontakter, vårdkontakter som omfattas av vårdgarantin samt ett antal utvalda variabler inom primärvården⁵⁰ och den specialiserade vården⁵¹ som

⁴⁹ Överenskommelsen för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2022, tilläggsöverenskommelsen 2022 samt tilläggsöverenskommelsen 2021.

⁵⁰ Utvalda variabler inom primärvården: Medicinskt måldatum, Folkbokföring, Vårdande enhet, Diagnoser, Åtgärder, Yttre orsaker, Remittenttyp, Remittent, Avvikelse och Ägarform.

⁵¹ Utvalda variabler inom den specialiserade vården för både väntande och genomförda: Medicinskt måldatum, Patientens listning, Vårdande enhet, Ägarform, Remittenttyp, Remittent, Avvikelse, Ankomstdatum remiss och RemissID. För genomförda vårdkontakter ingick även: Diagnoser, Åtgärder och Yttre orsak.

lyftes fram som utvecklingsområde i den förra analysen (se resultatkapitlet och bilaga 6) [24, 25]. Analysen har kompletterats med, och har haft utgångspunkt i, den information som regionerna angett i sina redovisningar inklusive handlingsplaner av överenskommelsen 2022. Därtill har myndigheten genomfört intervjuer och samtal med utvalda regioner och SKR för att fördjupa förståelsen för inrapporteringen.

Både den kvantitativa och kvalitativa analysmetoden som tillämpats har sina begränsningar. Den data som Socialstyrelsen har hämtat från SKR är aggregerad och bygger på huruvida en variabel eller typ av vårdkontakt har rapporterats in, eller inte. Data för endast de analyserade måtten har begärts ut. Detta innebär att en fullödlig bild kring kvalitet vad gäller inrapporterade vårdens storlek (t.ex. rimlighet i variationer mellan månader) inte kan ges. I den kvantitativa analysen har inte regionernas demografi vad gäller exempelvis kön eller åldersfördelning tagits i beaktande, vilket också skulle kunna vara en delförklaring till resultaten. Med anledning av att rapporten tagits fram under en begränsad tid har alla regioner inte heller kunnat intervjuas och kommentarer, särskilt från alla regioner som avviker i resultaten, har inte kunnat hämtas.

I regionernas delredovisning av överenskommelsen om ökad tillgänglighet 2022 belyser ett antal regioner att de antingen har 100 procent eller en god/hög täckningsgrad av inrapporterade data. En förklaring som anges är att regionerna rapporterar vidare det som finns i regionernas system till SKR. Två regioner beskriver att de har täckningsgrad på minst 65 procent för primärvården. Analysen visar att flertalet regioner visar en god följsamhet till uppföljningsmodellernas krav baserat på den täcknings- och inrapporteringsgrad av de vårdkontakter och variabler som studerats.

Analysen tyder dock på att det finns regioner vars totala antal vårdkontakter, och till viss grad även vårdkontakter som omfattas av vårdgarantin, inte rapporteras in till väntetidsdatabasen. Detta berör även de utvalda variablerna. Analysen visar på att det är fortsatt svårt att avgöra den faktiska täckningsgraden av regionernas inrapporterade data till den nationella väntetidsdatabasen. För de regioner som angett god täckningsgrad (bilaga 3, tabell 3) syns en närmare överensstämmelse med den kvantitativa analysen av den specialiserade vårdens läkarvårdskontakter som jämförs mellan väntetidsdatabasen och patientregistret (figur 10). För måttet inrapporterade vårdkontakter i primärvården per 1 000 invånare observeras dock en stor variation, speciellt mellan de två regioner som anger 100 procents täckningsgrad.

Regionerna redovisar utmaningar relaterat till inrapportering till väntetidsdatabasen och det har framgått att regionerna inte upplever att data från väntetidsdatabasen är jämförbar mellan regioner.

Sammantaget är slutsatsen - från Socialstyrelsens rimlighetsbedömning baserat på den kvantitativa analysen samt på den information som inhämtats i övrigt - att det finns variationer i regionernas inrapportering av väntetidsdata och följsamheten till uppföljningsmodellerna som står till grund för inrapporteringen till väntetidsdatabasen, både för primärvården och den specialiserade vården.

Det finns flera förklaringar till variationerna

Det finns flera olika förklaringar till varför variationer kan uppstå i regionernas följsamhet till uppföljningsmodellerna. Olika faktorer kopplade till inrapportering är en förklaring. En annan förklaring är hur regionen hanterar att vissa variabler är frivilliga och andra är villkorat obligatoriska. Vidare påverkar skillnader i regionernas arbetssätt och förutsättningar samt teknik för att hämta ut data.

Det totala antalet inrapporterade vårdkontakter inom primärvården och den specialiserade vården skiljer sig mellan regioner. Detta kan tyda på skillnader i inrapporteringsgrad där exempelvis regioner **underrapporterar** sina vårdkontakter. Det kan också handla om att vissa regioner behöver tid för att komma i gång med inrapportering enligt de **nya uppföljningsmodellerna**. Även möjligheterna för **privata vårdgivare** att rapportera in direkt till väntetidsdatabasen påverkar till skillnader. Att **olika kontaktpersoner** inom regionerna arbetar med inrapporteringen till respektive datakälla (väntetidsdatabasen och patientregistret) kan också påverka till skillnader.

Jämförelsen i denna analys mellan inrapportering till den nationella väntetidsdatabasen och patientregistret hos Socialstyrelsen vad gäller antal läkarvårdkontakter visar att en majoritet av regionerna **rapporterar in fler läkarkontakter i den specialiserade öppenvården till Socialstyrelsens patientregister** än till den nationella väntetidsdatabasen. Det finns även en stor variation mellan regionerna.

Skillnader mellan regionerna avseende inrapportering av andel vårdkontakter med vårdgaranti och antalet vårdkontakter med vårdgaranti per 1 000 invånare kan också fortfarande observeras. Detta har av regionerna och SKR förklarats bero på dels **tekniska systembegränsningar**, men även på att regionerna **väljer att rapportera in antingen alla registrerade vårdkontakter eller endast delar av vårdkontakterna**. Även klassificering eller **tolkning av vårdgarantikontakt** skiljer sig mellan regionerna.

Enligt SKR har arbetet med uppföljningsmodellerna och definitionerna för variablerna tagits fram i ett samarbete mellan SKR och regionerna. I regionernas delredovisning av överenskommelsen om ökad tillgänglighet 2022 belyser i princip samtliga regioner att de följer de riktlinjer och regelverk som tagits fram för uppföljningsmodellerna (bilaga 3, tabell 3). Om definitionerna följs och inrapporteringen är fullständig ges goda förutsättningar för jämförelser mellan regionerna. Varför regionerna gör **olika tolkningar** kan antingen bero på att de inte känner till definitionerna, att regionerna använder sig av egna definitioner som beslutats inom regionen eller att definitionerna är otydligt formulerade. SKR har sedan 2010 ett regelverk där definitioner för vårdgaranti ingår.

Därutöver observeras en **stor spridning i regionernas inrapporteringsgrad för variabler som är frivilliga eller villkorat obligatoriska**. SKR menar att analys av de *frivilliga* eller *villkorat obligatoriska* variablerna inte är ett bra mått för att bedöma regionernas kvalitet i inrapporterade data. Motiveringen är att variablerna är frivilliga och att kvalitet enbart bör mätas på de obligatoriska variablerna.

Socialstyrelsens bedömning är att variation i regionernas inrapportering av variabler som är *frivilliga* eller *villkorat obligatoriska* innebär svårigheter att analysera och jämföra inrapportering av dessa variabler, men bidrar totalt sett också till svårigheter att följa vårdproduktionen mellan regionerna. Detta innebär i sin tur minskade möjligheter att göra en bredare analys av tillgängligheten i vården, vilket är ett syfte med de nya uppföljningsmodellerna.

För en del frivilliga och villkorat obligatoriska variabler finns en ytterligare 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**. Dessutom kan en del av dessa variabler i kombination med andra variabler påverka mätningar av vårdgarantins måluppfyllelse; exempelvis beror variabeln *medicinsk bedömning* inom tre dagar på huruvida variabeln *avvikelse*, *diagnos*, och *åtgärd* rapporteras in, eller inte. Detta har Socialstyrelsen påtalat även i tidigare analyser av inrapporteringen till väntetidsdatabasen [24, 25].

Enstaka regioner rapporterar till exempel inte in *avvikelse* inom den specialiserade vården, vilket leder till olikhet i definitionen för den data som står till grund för mätning av vårdgarantins måluppfyllelse.

Vidare har inrapporteringen enligt de nya uppföljningsmodellerna även inneburit en stor omställning både vad gäller arbetssätt samt teknik för att hämta ut data. Detta gäller inte minst utmaningar i att säkerställa att **medarbetare har relevant utbildning och tid** för att genomföra en korrekt registrering. För en del yrkeskategorier innebär rapporteringen ett nytt arbetssätt, speciellt för primärvården. Dess uppföljningsmodell innebar en **stor omställning till arbetssätt** med bland annat införande av ICD-10-SE⁵² och KVÅ-kod⁵³ för medicinsk bedömning. För den specialiserade vården som har en historia av den slags kodning innebar inte modellen samma förändrade arbetssätt.

Flera regioner står inför en modernisering av sina IT-system vilket också påverkar resurser och möjligheter att utveckla befintliga ålderstigna journalsystem.

Regionernas arbetssätt för **kvalitetssäkring och uppföljning varierar** fortsatt i olika grad, något som även har beskrivits i Socialstyrelsens tidigare rapporter [24, 25]. En del regioner belyser också fortsatta utmaningar med att säkerställa en tillräckligt god täckning av den data som uppföljningsmodellerna efterfrågar.

⁵² ICD-10-SE är den svenska versionen av internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem. Klassifikationen är obligatorisk för rapportering till Socialstyrelsens hälsodataregister.

⁵³ Klassifikation av vårdåtgärder, en s.k. KVÅ-kod, är en åtgärds kod som används för statistisk beskrivning av åtgärder i bl.a. hälso- och sjukvården. KVÅ-koder är obligatoriska att rapportera till Socialstyrelsens hälsodataregister.

Regionerna och SKR beskriver **tekniska hinder** som exempelvis påverkar att åtta regioner⁵⁴ **rapporterar in primärvårdsdata i enlighet med det som kallas för instegsmodellen istället för grundmodellen**. Instegsmodellen bygger på samma modell som *grundmodellen* fast med färre tvingande variabler per vårdkontakt. Exempelvis är vårdgarantikontakterna de enda obligatoriska kontakterna i instegsmodellen, till skillnad från i *grundmodellen* där alla vårdkontakter är obligatoriska. För regioner som väljer att endast rapportera in obligatoriska variabler skapar det automatiskt skillnader i täckningen av data.

Regionerna har **olika arbetssätt och förutsättningar för att säkerställa inrapporteringen från de privata vårdgivarna**. Enligt SKR kräver exempelvis Region Sörmland att alla privata vårdgivare registrerar i regionens system vilket underlättar regionens inrapportering vidare till väntetidsdatabasen. Vårdgivaren Capio som har avtal med flera regioner⁵⁵ för den specialiserade vården rapporterar däremot in respektive regions data direkt till väntetidsdatabasen. När det gäller primärvården skickar privata vårdgivare från främst Västra Götalandsregionen data direkt till väntetidsdatabasen. De flesta privata vårdgivare har *grundmodellen*, någon enstaka har *instegsmodellen*, enligt SKR. Regionerna hämtar dessa data från sina privata vårdgivare istället från väntetidsdatabasen via s.k. API:er (Application Program Interface),⁵⁶ tillägger SKR.

Regionerna upplever svårigheter med att jämföra väntetidsdata mellan varandra

Regionerna har vid upprepade tillfällen uttryckt svårigheter med att jämföra data från SKR:s väntetidsdatabas mellan regioner. Bland annat har regionerna lyft ämnet under samtliga referensgruppsmöten och introduktionsmötet inför de årliga dialogerna 2023 samt vid några av de årliga dialogerna under våren 2023.⁵⁷

SKR har tillsammans med regionerna tagit fram underlag i form av anvisningar, riktlinjer och uppföljningsmodeller för att möjliggöra att data som rapporteras av regionerna är jämförbara. Regionerna ska följa dessa överenskomna anvisningar mellan dem och SKR vilka baseras på existerande definitioner enligt HSA-katalogens struktur och Socialstyrelsens termbank. Enligt SKR är det däremot regionernas ansvar att kvalitetssäkra data som skickas till väntetidsdatabasen.

Socialstyrelsen anser det som problematiskt att regionerna uttrycker att data från väntetidsdatabasen inte är tillförlitlig och därmed inte jämförbar mellan regioner. Detta bland annat med anledning av att myndigheten tar fram en nationell uppföljning av pågående tillgänglighetsarbete som en del av regionernas samlade uppföljning inom ramen för regeringsuppdraget.

⁵⁴ Följande åtta regioner rapporterar enligt *instegsmodellen*: Regionerna Gävleborg, Gotland, Skåne, Stockholm, Uppsala, Västerbotten, Västernorrland samt Västra Götalandsregionen.

⁵⁵ Västra Götalandsregionen, Region Halland, Region Skåne och Region Örebro.

⁵⁶ Ett API (Application Program Interface) är ett kontrollerat sätt att överföra information mellan system.

⁵⁷ Inom ramen för arbetet med regeringsuppdraget att *strategiskt, långsiktigt och kontinuerligt följa upp och föra dialog om hälso- och sjukvårdens tillgänglighet* (S2022/01664).

Vidare är vissa statsbidrag och stimulansmedel baserade på väntetidsdata, vilket understryker vikten av att data är pålitlig och jämförbar.

Nationell jämförbarhet för jämlik vård och förbättringar

En nationell jämförbarhet av tillgänglighet i vården innebär att kunna följa den nationella utvecklingen av tillgängligheten samt att kunna göra jämförelser mellan regionerna. Det är av vikt att kunna följa om vården är jämlik och jämställd, vilket inrymmer såväl geografiska skillnader inom och mellan regioner, som skillnader mellan individer och grupper. Med uppföljningar som kan visa på hur läget ser ut kan statens stöd och insatser riktas för att förbättra tillgängligheten, men även jämställdheten och jämlikheten i vården.

Ovanstående är även relevant för den regionala uppföljningen, samt för att hitta utvecklingsområden eller att lära sig av andra regioner genom jämförelser. Det kan bidra till att förbättringar kan åstadkommas i regionens tillgänglighetsarbete.

De nya uppföljningsmodellerna [13, 14] är generella och syftar till att ge ökad kunskap om vårdens tillgänglighet såväl som att verka som ett underlag för verksamhetsutveckling. Uppgifterna för variablerna i modellerna är antingen obligatoriska, villkorat obligatoriska eller frivilliga för regionerna att lämna vilket kan medföra variationer i inrapporteringen (se närmare i bilaga 4 och 5). Om regionerna har samma följsamhet till uppföljningsmodellerna där data håller en hög kvalitet stärker det förutsättningar att följa upp tillgängligheten i vården i en bredare bemärkelse, men även möjliggöra analyser av jämställdhet och jämlikhet.

Exempel på frågeställningar som kan följas upp är vilka som väntar på och konsumerar vård, vilken typ av vård som efterfrågas, hur det skiljer sig mellan patientgrupper, vilka yrkeskategorier som patienterna möter och på vilka sätt patienter har kontakt med vården. SKR har nyligen publicerat fakta om öppen hälso- och sjukvård som presenterar tillgänglighetsdata från bland annat väntetidsdatabasen [33].

Detta inbegriper bredare analyser än det som den nationella väntetidsdatabasen ursprungligen byggdes upp för, dvs. väntetider och vårdköer för att belysa måluppfyllelsen för vårdgarantin. Vårdgarantins tidsgränser kan förändras över tid och har delvis förändrats. Ett exempel är mätning av tre dagars medicinsk bedömning inom primärvården (se bilaga 2). Detta ställde nya krav på inrapporteringen till väntetidsdatabasen, vilket föranledde till de nya uppföljningsmodellerna [13, 14]. Men även möjligheten att kunna följa listning finns i modellerna, vilket är något som lagreglerades i juli 2022 för primärvården.

Socialstyrelsens analys i denna rapport belyser sammantaget variation i regionernas inrapportering av data till den nationella väntetidsdatabasen baserat på täckningsgrad och inrapporteringsgrad av de vårdkontakter och variabler som ingått i analysen för primärvården och den specialiserade vården. Skillnaderna påverkar i högsta grad möjligheten för nationella uppföljningar av produktionsdata kopplat till tillgänglighet, men även i viss grad väntetider och vårdköer och därmed måluppfyllelsen för vårdgarantin.

Variationer i täcknings- och inrapporteringsgrad ger en missvisande nationell bild, vilken blir större om det dessutom gäller regioner med en större befolkningsmängd. Men oavsett regionens befolkningsstorlek kommer en varierad täcknings- och inrapporteringsgrad att försämra tilliten till data och jämförbarheten mellan regionerna.

Ytterligare exempel på variationer som har belysts i Socialstyrelsens tidigare analyser, och som fortfarande är aktuella, är att vissa regioner (Region Stockholm, Västra Götalandsregionen och Region Västmanland) inte rapporterar in kön och ålder till väntetidsdatabasen. Detta påverkar den nationella uppföljningen vad gäller analyser där ålder och kön inkluderas. Därmed påverkas möjligheten att göra nationella analyser av tillgängligheten och specifikt väntetiderna och vårdköerna utifrån ett jämställdhets- och jämlikhetsperspektiv.

Framtida åtgärdsförslag

I detta kapitel följer Socialstyrelsens framtida åtgärdsförslag som bygger på slutsatserna som beskrivs i föregående kapitel. Syftet med åtgärdsförslagen är att stärka arbetet med en systematisk uppföljning av tillgängligheten i hälso- och sjukvården samt bidra till regionernas systematiska och långsiktiga förbättringsarbete.

Stöd för ett strategiskt tillgänglighetsarbete

Generellt har överenskommelser som slutits mellan staten och SKR som rör den nya kömiljardens modell (under åren 2019–2022) huvudsakligen fokuserat på regionernas strategiska utvecklingsarbete. Behovet av ett strategiskt och strukturerat tillgänglighetsarbete som är långsiktigt hållbart på såväl regional som nationell nivå uppfattas som stort.

För att skapa förutsättningar för detta är det viktigt att staten och regionerna genom överenskommelsen gemensamt planerar för ett sådant långsiktigt tillgänglighetsarbete och att styrsignalerna till hälso- och sjukvårdens verksamheter blir enhetliga och ändamålsenliga.

Regionerna kan använda verktygen som stöd i sitt fortsatta strategiska tillgänglighetsarbete

Socialstyrelsen har påbörjat ett utvecklingsarbete för att ta fram verktyg som kan vara ett stöd i regionernas strategiska tillgänglighetsarbete. Myndigheten anser att det i kommande överenskommelser bör framgå tydligare att regionerna ska redovisa sitt arbete enligt överenskommelsens krav inklusive arbetet med den regionala handlingsplanen enligt de framtagna verktygens struktur. Det är av vikt för regionerna samt för att Socialstyrelsen bättre ska kunna stötta regionerna **i deras strategiska tillgänglighetsarbete**, exempelvis i den årliga dialogen. Verktygen är även värdefulla för att **möjliggöra kontinuerlig uppföljning samt enhetlighet och jämförbarhet** mellan regioner, vilket i förlängningen påverkar det **långsiktiga lärandet**.

Socialstyrelsen har under året kontinuerligt vidareutvecklat verktygen i samråd med regionerna och SKR för att ta fram så ändamålsenliga verktyg som möjligt, och därmed möta regionernas behov.

Under våren 2023 genomfördes ett referensgruppsmöte med majoriteten av regionerna och representanter från SKR. Vid mötet uttryckte sig deltagarna generellt positivt till att verktygen kan bidra med en struktur och tydlighet kring vad som ska redovisas enligt överenskommelsen om ökad tillgänglighet.

Socialstyrelsen ser ett stort värde i att regionerna använder verktygen i sitt fortsatta tillgänglighetsarbete, vilket är av särskilt vikt i samband med redovisningar av överenskommelser inklusive handlingsplaner. Myndigheten

ser nyttan med att verktyget för handlingsplanen används även om överenskommelser inte ställer krav på detta.

Socialstyrelsen ser i sin stödjande roll vikten av att kunna erbjuda regionerna ett verkningsfullt **implementeringsstöd för införande av verktygen**. Det handlar dels om ett stöd som riktar sig till användarna genom att praktiskt instruera hur verktygen kan användas, dels om stöd kring genomförande av implementeringsprocessen på en övergripande nivå [34-36]. Ett antal regioner kommer även att testa verktygen under hösten 2023 för att möjliggöra kontinuerliga anpassningar utefter regionernas upplevda behov.

Därutöver är det essentiellt att regionerna ser möjligheterna med att arbeta mer strategiskt för ökad tillgänglighet med stöd av verktygen och är motiverade till att utveckla och förändra sina nuvarande arbetssätt. Det är regionerna som ansvarar för att driva förbättringsarbetet i sin region.

Skapa möjligheter för att sprida lärande exempel

Verktyget för handlingsplanen om ökad tillgänglighet kan stödja regionerna i att systematiskt följa upp insatsers och åtgärders resultat och effekter. Detta är centralt för att identifiera goda och lärande exempel, vilket är något regionerna efterfrågar som stöd i sitt tillgänglighetsarbete.

Om mål samt insatsers resultat och effekter inte följs upp och återges i redovisningarna och handlingsplanerna försvåras identifiering och vidare spridning av goda och lärande exempel inom och mellan regionerna.

Möjligheten för regionerna att **dela goda eller lärande exempel ges även i verktyget för redovisning av överenskommelser** och kan sammankopplas till regionens årliga dialog.

Socialstyrelsen planerar att löpande genomföra lärande seminarium för tillgänglighetsarbetet. Lärande exemplen kommer bland annat inhämtas från regionerna och genom deras redovisningar inklusive handlingsplaner samt genom de årliga dialogerna. Det kan också finnas andra goda exempel, internationella lärdomar, stödjande och lärande insatser som skulle kunna vara relevanta att beakta. Förutom regionerna och deras verksamheter, kan även SKR, statliga myndigheter, forskningsinstitut samt övriga relevanta aktörer bidra i ett sådant arbete.

Ett första lärande seminarium genomfördes i juni 2023 inom föreliggande regeringsuppdrag med fokus på BUP.

Möjliggöra uppföljning av resultat och stimulansmedel

Socialstyrelsen bedömer att regeringen bör ställa krav på regionerna att kunna redogöra för hur de har använt statens medel för att öka tillgängligheten i hälso- och sjukvården. Det behöver tydligt framgå för regionerna vad som efterfrågas.

Socialstyrelsen föreslår att regeringen och SKR säkerställer att det tydligt framgår i överenskommelser hur regionerna ska redovisa användning av tilldelade stimulansmedel för att kommande uppföljningar av överenskommelser ska kunna utvecklas. Exempelvis kan det specificeras att

regionerna ska redovisa resultat, hur de har använt medlen och hur mycket som gått åt till respektive insatsområde. Verket för regionernas redovisning av överenskommelser som Socialstyrelsen nu arbetar fram föreslås användas för detta ändamål. Emellertid är det viktigt att inte fler krav bör ställas på hur regionerna använder tilldelade medel, med hänvisning till Statskontorets utvärdering om negativa konsekvenser för regionen i samband med riktade statsbidrag, såsom försvårande av ett effektivt resursutnyttjande och höga administrativa kostnader statlig styrning kan leda till [37].

I framtida överenskommelser rekommenderar Socialstyrelsen att en större andel av stimulansmedlen läggs på regionernas strategiska utvecklingsarbete eftersom detta är essentiellt för att åstadkomma en varaktig förändring. Exempelvis skulle regionerna kunna ges utrymme att rikta medlen till åtgärder som ska möta regionens specifika utmaningar eller behov av förbättringsarbeten som respektive region identifierat. Detta är även i linje med Tillgänglighetsdelegationens rekommendationer i sitt delbetänkande [3].

Socialstyrelsen bedömer att det kan vara av värde att regeringen och SKR ser över premisserna för utbetalning av stimulansmedel. Detta bland annat med anledning av att flertalet regioner inte fick medel då prestationskraven för kortare väntetider inte uppnåddes trots många väntande i regionen.

Regionerna har i de löpande dialogerna inom regeringsuppdraget framfört att insatser som genomförs inom tillgänglighetsområdet sträcker sig över flera olika överenskommelser, vilket ytterligare ökar svårigheten att redovisa stimulansmedlens användning, samt ökar den administrativa bördan för regionerna. Det senare påpekade Socialstyrelsen även i planen som togs fram för genomförande av regeringsuppdraget [18]. Mot bakgrund av detta bedömer myndigheten att regeringen bör se över hur flera överenskommelser mellan staten och SKR som tangerar tillgänglighetsfrågan i hälso- och sjukvården kan samordnas. Detta för att underlätta utifrån ovanstående aspekter och för att kunna arbeta utifrån helheten med tillgänglighetsfrågorna regionalt och nationellt.

Behov av en utvecklad nationell uppföljning av tillgänglighet

Riksrevisionen lyfte i sin granskning av statens insatser för kortare väntetider i vården i juni 2023 vikten av att det finns en nationell väntetidsstatistik av god kvalitet och täckningsgrad, som går att använda till analys och uppföljning över tid [38]. Socialstyrelsen efterfrågar dock inte bara väntetidsstatistik, utan möjligheter till en bredare uppföljning av tillgänglighet, jämlikhet och jämställdhet (se kapitlet *Diskussion och slutsatser*) [18]. Tillgänglighet i bemärkelse av väntetider, vårdköer och vårdproduktion, men även andra hälsorelaterade parametrar som kan kopplas till patientens vårdflöde.

Det har nu gått minst två år sedan införandet av de nya uppföljningsmodellerna för regionernas inrapportering av data till

väntetidsdatabasen.⁵⁸ Modellernas krav på inrapportering syftade till möjligheter att skapa en bredare uppföljning, med fortsatt möjlighet att följa vårdgarantins tidsgränser. Socialstyrelsen konstaterade i sina tidigare analyser av inrapporteringen till väntetidsdatabasen, att införandet av de nya uppföljningsmodellerna för tillgänglighet ger nya förutsättningar för att förstå olika aspekter av tillgänglighet inom hälso- och sjukvården.

De inrapporteringsskillnader som redovisas i denna rapport påverkar möjligheten att använda data för en bredare nationell uppföljning av tillgänglighet och begränsar därmed även jämförelser mellan regioner. Även inrapporteringen av vårdkontakter som omfattas av vårdgarantin och som ligger till grund för mätning av vårdgarantins måluppfyllelse uppvisar variationer.

Det är centralt att den data som används för nationella uppföljningar och jämförelser mellan regioner inte lämnar utrymme för osäkerheter i datakvaliteten.

Socialstyrelsen fortsätter sitt arbete för att möjliggöra en bredare nationell uppföljning av tillgänglighet till vården

På kort sikt arbetar Socialstyrelsen med att ta in väntetidsdata från den nationella väntetidsdatabasen vid SKR för den samlade uppföljningen som myndigheten ska utveckla inom regeringsuppdraget [18, 39]. Inom ramen för uppdraget ingår även att Socialstyrelsen på längre sikt ska samla in väntetidsdata direkt från regionerna till myndigheten.⁵⁹ Enligt planen som Socialstyrelsen publicerade i oktober 2022 [18] skulle inhämtningen av väntetidsdata utgå från förslagen i slutrapporten för regeringsuppdraget om att utveckla förutsättningarna för att samla in väntetidsdata, som myndigheten skulle lämna till regeringen i slutet av november samma år [40].

Rapporten belyste bland annat begränsningar med väntetidsdatabasen, exempelvis att väntetidsdatabasen inte kan kopplas till personnummer för de vårdkontakter som rapporteras in av regionerna, vilket fortsatt är aktuellt. Personnummer skulle möjliggöra att uppgifter om väntetider kan kopplas till befintliga register som innehåller personnummer, såsom Socialstyrelsens hälsodataregister och SCB:s befolkningsregister samt nationella kvalitetsregister, vilket ytterligare skulle stärka möjligheterna till fler och fördjupade analyser [40, 41]. Detta kommer bland annat möjliggöra en bredare uppföljning av tillgänglighet, jämlikhet och jämställdhet där patientens väntan på vård kan kombineras med flera andra uppgifter. Exempel på sådana uppgifter kan vara patientens aktuella diagnoser, vårdtyngd och vårdåtgärder från olika vårdnivåer.

I slutrapporten framhåller Socialstyrelsen att myndigheten behöver ett nytt författningsstöd för att samla in uppgifter om primärvårdens vårdkontakter eller om vårdkontakter hos övriga yrkeskategorier i den specialiserade vården

⁵⁸ Den nya uppföljningsmodellen för primärvården infördes januari 2019, och uppföljningsmodellen för den specialiserade vården infördes redan oktober 2020, men implementerades helt från januari 2021.

⁵⁹ Socialstyrelsens regeringsuppdrag från mars 2022 om att *strategiskt, långsiktigt och kontinuerligt följa upp och föra dialog om hälso- och sjukvårdens tillgänglighet* (S2022/01664).

än läkare [40]. Uppgifterna är nödvändiga för att kunna utveckla väntetidsrapporteringen inom ramen för det nationella patientregistret.

I mars 2023 tillsatte regeringen en särskild utredare som ska se över lagen (1998:543) om hälsodataregister och analysera och lämna förslag på en utökning av förordning (2001:707) om patientregister hos Socialstyrelsen med uppgifter om primärvården, väntetider och samtliga besök i öppenvården.

I juni 2023 fick Socialstyrelsen ett nytt uppdrag att förbereda arbetet inför en utökad insamling av uppgifter från hälso- och sjukvården (S2023/02167 (delvis)).

Socialstyrelsen fortsätter arbetet med att möjliggöra en bredare nationell uppföljning av tillgänglighet till vården ur flera perspektiv. Inom ramen för detta regeringsuppdrag rör det insamling av såväl väntetidsdata (på lång sikt) som vårdplatsdata direkt från regionerna [18, 39].

Utveckling av nuvarande rapportering till väntetidsdatabasen hos SKR behöver fortgå

SKR menar att väntetidsdatabasen ursprungligen byggdes för att följa vårdgarantins tidsgränser och att uppföljningsmodellerna kommer att behöva ännu längre tid för en optimal följsamhet.

Samtidigt kommer det att ta tid för Socialstyrelsen att ha en direkt och fullständig insamling av väntetidsdata från regionerna till myndigheten på plats. Fram till dess kommer väntetidsdatabasen att fortsätta vara den främsta nationella datakällan för mätning av vårdgarantins tidsgränser.

Det har skett en del förbättringar i inrapporteringen, men flera av de variationer, utmaningar och hinder som beskrivits i de tidigare analyserna kvarstår. Att båda uppföljningsmodellerna planerats för och införts i nära takt med varandra har tillsammans med uppkomsten av covid-19-pandemin påverkat regionernas resursmöjligheter till inrapportering och kvalitetssäkring. En del regioner har även tekniska hinder som begränsar inrapporteringen. SKR menar att den typen av hinder kan komma att lösas när de nya vårdinformationsmiljöerna är på plats. Om det finns systemtekniska hinder som inte kan lösas och som skulle kunna påverka den framtida insamlingen till patientregistret är svårt att förutse i dagsläget.

Socialstyrelsen identifierade ett flertal utvecklingsområden i de tidigare analyserna som inkluderade möjliga vägar framåt för regionernas arbete med att kvalitetssäkra sina data med stöd av SKR och staten. En del av dessa stöd och insatser gäller fortfarande, men skulle kunna fokuseras till att stärka regionerna i de mest centrala hindren i sin kedja från registrering på verksamhetsnivå till inrapportering av data till väntetidsdatabasen och därifrån användning av data för uppföljning.

Detta innebär att fortsatta åtgärder kommer att vara nödvändiga för att upprätthålla en god uppföljning av tillgängligheten tills dess att en annan lösning finns på plats. Det betyder att det är nödvändigt att i viss grad stärka inrapporteringen till väntetidsdatabasen, åtminstone för att stärka de centrala variablerna som krävs för uppföljning av vårdgarantins tidsgränser som är lagreglerade.

Socialstyrelsen rekommenderar följande åtgärder:

- Initiera ett arbete för att **utveckla möjligheten att kvalitetssäkra täckningsgraden**, exempelvis på liknande sätt som regionerna i dagsläget kan kvalitetssäkra sin inrapportering till den nationella väntetidsdatabasen genom att jämföra sin inrapportering med tidigare månader och andra regioner samt genom jämförelser med inrapportering till patientregistret. Parterna i överenskommelsen skulle kunna inkludera utveckling av en sådan modell i överenskommelsen.
- **Att SKR** fortsätter arbetet med att stötta och säkerställa utvecklingen av **följsamhet och jämförbarhet av inrapporteringen** till den nationella väntetidsdatabasen. SKR har utvecklat möjligheten att via SKR:s analysverktyg mäta rimligheten i den data som regionerna rapporterar in till väntetidsdatabasen. Detta behöver regionerna använda sig av i samband med sin inrapportering. SKR kan exempelvis stötta regionerna för att utveckla **arbetssätt för regional kvalitetssäkring** av inrapporterade data, vilket inkluderar kvalitetssäkring på verksamhetsnivå samt i att utveckla stöd för hur verksamheterna kan använda **insikter från sin uppföljning i lokalt förbättringsarbete och verksamhetsutveckling**.
- Starta ett arbete för att utveckla följsamhet och jämförbarhet i inrapporteringen innefattar även inrapporteringen av de **frivilliga och villkorat obligatoriska variablerna**. För SKR finns olika alternativ:
 1. Att arbeta för att öka följsamheten kring vissa prioriterade variabler inom den existerande modellen.
 2. Att förändra kraven för inrapportering och göra de variabler som anses vara särskilt relevanta att följa upp till ovillkorat obligatoriska. Det skulle exempelvis innebära att det av inrapporteringen behöver framgå när en viss uppgift inte är relevant för en specifik vårdkontakt (exempelvis diagnos). På så sätt kan variabeln rapporteras in även när den inte innehåller en specifik uppgift.
 3. Förenkla kraven och säkerställa att den inrapportering som sker är av god kvalitet och ta bort de variabler för vilka det inte är möjligt att säkerställa att uppföljningar är jämförbara mellan regionerna.
- **Att regionerna** fortsätter sitt arbete för att säkerställa en god täckningsgrad, inrapporteringsgrad och kvalitet i sin inrapportering till den nationella väntetidsdatabasen. Det innebär att fortsätta arbetet med att **utveckla och implementera metoder och rutiner** för såväl verksamheternas som regionens centrala kvalitetssäkring av de data som inrapporteras.
- Att regionerna fortsätter arbetet med att ta vara på de möjligheter som finns med de nya uppföljningsmodellerna till den nationella väntetidsdatabasen. Det innefattar exempelvis att **tillgängliggöra data för uppföljning** inom regionen, men även för jämförbarhet mellan regioner. Därigenom kommer även incitamenten för kvalitetssäkringsarbetet att öka eftersom nyttan med data som registreras av verksamheten och rapporteras in till väntetidsdatabasen kommer att synliggöra, dels behov kring

utveckling av metoder och rutiner för lokalt förbättringsarbete, dels
lärdomar från andra regioner.

Referenser

1. Tillgänglighet i hälso- och sjukvården - Februari 2018. Socialstyrelsen; 2018.
2. Vägen till ökad tillgänglighet - delaktighet, tidiga insatser och inom lagens ram (SOU 2022:22). Delegationen för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården (S2020:12); 2021.
3. Vägen till ökad tillgänglighet - långsiktig, strategisk och i samverkan (SOU 2021:59). Delegationen för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården (S2020:12); 2022.
4. Regeringsuppdrag att stödja regionernas hantering av uppdämda vårdbehov samt följa och analysera väntetider i hälso- och sjukvården, slutrapport mars 2022. Socialstyrelsen; 2022.
5. Uppdämda vårdbehov - analys och förslag till insatser, slutredovisning. Socialstyrelsen; 2022.
6. Uppdrag att betala ut statsbidrag till regionerna för att öka antalet vårdplatser (S2022/01057). Regeringskansliet; 2022.
7. Redovisning av 2022 års statsbidrag för att öka antalet vårdplatser (S2022/01259) (Dnr 9.2-9452/2022). Socialstyrelsen; 2023.
8. Uppdrag att fördela, betala ut och följa upp medel för att öka antalet disponibla vårdplatser S2023/00680 (delvis). Regeringskansliet; 2023.
9. Uppdrag att fördela medel till regionerna för hantering av de uppdämda vårdbehoven (S2022/00456). Regeringskansliet; 2022.
10. Redovisning av 2022 års statsbidrag för riktade insatser för att omhänderta de uppdämda vårdbehoven (S/2022/00765) (Dnr 9.2-3737/2022). Socialstyrelsen; 2023.
11. I väntan på vård – ineffektiv statlig styrning för kortare köer (2023:12). Riksrevisionen; 2023.
12. Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2022. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner (S2022/04844). Regeringen och SKR; 2022.
13. Modell för nationell uppföljning av tillgänglighet inom specialiserad vård - För ökad kunskap och stöd för verksamhetsutveckling. Utgåva P01-6. Sveriges Kommuner och Regioner; 2020.
14. Utvidgad modell för nationell uppföljning av tillgänglighet inom primärvården – För ökad kunskap och stöd för verksamhetsutveckling. Sveriges Kommuner och Regioner; 2019.
15. Utvidgad modell för nationell uppföljning av tillgänglighet inom primärvården - För ökad kunskap och stöd för verksamhetsutveckling - instegsmodell. Utgåva 3.5. Sveriges Kommuner och Regioner; 2022.
16. Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2022. Tilläggsöverenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner (S2022/02249). Regeringen och SKR; 2022.
17. Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2021. Tilläggsöverenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner (S2021/05366). Regeringen och SKR; 2021.
18. Socialstyrelsens plan för att följa upp och föra dialog om hälso och sjukvårdens tillgänglighet - oktober 2022. Socialstyrelsen; 2022.
19. Deming, W. Edwards. Out of the crisis. Cambridge, MA: Massachusetts Institute of Technology, Center for Advanced Engineering Study; 1986.

20. Deming, W. Edwards (2000). The New Economics for Industry, Government, Education. ISBN 9780262541169: The MIT Press; 2000.
21. Knudsen, S V., et al. Can quality improvement improve the quality of care? A systematic review of reported effects and methodological rigor in plan-do-study-act projects. BMC Health Services Research, **19**(1): p. 683; 2019.
22. Taylor M J., et al. Systematic review of the application of the plan–do–study–act method to improve quality in healthcare. BMJ Qual & Safety **23**(4): p. 290-8; 2014.
23. Agera för säker vård: Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024. Socialstyrelsen; 2020.
24. Uppföljning och analys av överenskommelsen om ökad tillgänglighet 2020. Regionernas inrapportering av data till den nationella väntetidsdatabasen för den specialiserade vården. Delrapport juni 2021. Socialstyrelsen; 2021.
25. Uppföljning och analys av överenskommelsen om ökad tillgänglighet 2020. Regionernas inrapportering av primärvårdsdata till den nationella väntetidsdatabasen. Delrapport december 2020. Socialstyrelsen; 2020.
26. Analys av första och andra covid-19-vågen – produktion, köer och väntetider i vården. Socialstyrelsen; 2021.
27. Utbetalning av medel till regionerna i enlighet med överenskommelsen om ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2022 (S2022/00608). Socialdepartementet; 2022.
28. Utbetalning av medel till regionerna i enlighet med tilläggsöverenskommelsen om ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2022 (S2022/02308). Socialdepartementet; 2022.
29. Utbetalning av medel till regionerna i enlighet med tilläggsöverenskommelsen om ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2021 (S2021/05366). Socialdepartementet; 2021.
30. Utbetalning av medel till regionerna i enlighet med överenskommelsen om ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2021 (S2021/03694). Socialdepartementet; 2021.
31. Uppdrag om återbetalning och utbetalning av statsbidrag (S2022/00608 (delvis)). Socialdepartementet; 2023.
32. Över tiden? En uppföljning av satsningen på kvinnors hälsa (2023:4). Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2023.
33. Fakta om öppen hälso- och sjukvård. Sveriges Kommuner och Regioner; 2023.
34. Om implementering. Socialstyrelsen; 2012.
35. Hasson, H och von Thiele Schwarz, U. Implementeringsboken: så inför du nytt som gör nytta. Natur & Kultur Läromedel; 2023.
36. Mosson R. Leading implementation in health and social care: the line manager in the spotlight [avhandling]. Stockholm: Karolinska institutet; 2018.
37. Att styra de självstyrande – En analys av statens styrning av kommuner och regioner (2023:7). Statskontoret; 2023.
38. I väntan på vård – ineffektiv statlig styrning för kortare köer (2023:12). Riksrevisionen; 2023.
39. Att strategiskt, långsiktigt och kontinuerligt följa upp och föra dialog om hälso- och sjukvårdens tillgänglighet, Delredovisning 2023. Socialstyrelsen; 2023.

40. Regeringsuppdrag om att utveckla förutsättningar för insamling av väntetidsdata, Slutrapport, november 2022. Socialstyrelsen; 2022.
41. Regeringsuppdrag om att utveckla förutsättningar för insamling av väntetidsdata. Delrapport, mars 2022. Socialstyrelsen; 2022.
42. En mer tillgänglig och patientcentrerad vård. Sammanfattning och analys av landstingens och regionernas handlingsplaner – delrapport. Socialstyrelsen; 2016.
43. Tjänsteutveckling för en tillgänglig och patientcentrerad vård. Om utvecklingskraft i landsting och regioner. Socialstyrelsen; 2017.
44. Bättre resursutnyttjande i hälso- och sjukvården. Uppföljning av 2017 års överenskommelse om stöd till bättre resursutnyttjande i hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen; 2018.
45. Patientmiljarden – insatser för att förbättra tillgängligheten och samordningen i hälso- och sjukvården. Sammanställning av landstingens handlingsplaner för 2018. Socialstyrelsen; 2018.

Bilaga 1. Den samlade uppföljningen

Socialstyrelsen arbetar med att utveckla en samlad uppföljning av regionernas tillgänglighetsarbete som beskrivs närmare i den plan som myndigheten redogjorde för i oktober 2022 [18] och vars status beskrivs i delredovisningen mars 2023 [39].

Uppföljningen syftar dels till att skapa en överblick över regionernas tillgänglighetsarbete för att myndighetens ska kunna bedöma utvecklingen, dels till att utgöra underlag inför de årliga dialogerna som Socialstyrelsen enligt uppdraget ska genomföra med de 21 regionerna under 2023.⁶⁰

Den samlade uppföljningen utgörs utöver sammanställningen av delredovisningarna inklusive handlingsplanerna av följande: vårdproduktion, väntetider och vårdköer inom primärvården, den specialiserade vården, inklusive BUP samt uppföljning av utvecklingen av vårdplatser.

Den samlade uppföljningen består av följande tre underlag:

1. Bakgrund och metod

Underlaget ger en överblick kring hur Socialstyrelsen har arbetat och arbetar för att utveckla en samlad uppföljning på kort och lång sikt i enlighet med regeringsuppdraget. Detta inkluderar dialogförfarandet och metodförklaringen till den nationella översikten samt den regionala sammanställningen (se nedan punkt 2 och 3).

2. Nationell översikt⁶¹

Underlaget innehåller aggregerade regiondata som ger en övergripande bild av samtliga regioners tillgänglighetsarbete. Syftet med översikten är att ge regionerna en överblick kring det nationella tillgänglighetsarbetet, möjliggöra för regionerna att jämföra delar av sitt eget tillgänglighetsarbete med andra regioner, samt bidra till exempel på insatser som skulle kunna fungera som lärande exempel.

3. Sammanställning per region⁶¹

Underlaget innehåller data på en mer detaljerad regionspecifik nivå med utgångspunkt i Socialstyrelsens sammanställning av regionens delredovisning inklusive handlingsplan. Syftet med den regionala sammanställningen är att skapa en enhetlig översikt och uppföljning av regionens tillgänglighetsarbete.

⁶⁰ Den samlade uppföljningen kommer finnas tillgänglig efter avslut av respektive regions årliga dialog. Se i övrigt avsnittet avgränsningar (diarienummer: 13973/2023). För ytterligare information om den samlade uppföljningen och dialogprocessen se Socialstyrelsens delredovisning *Att strategiskt, långsiktigt och kontinuerligt följa upp och föra dialog om hälso- och sjukvårdens tillgänglighet* (mars 2023).

⁶¹ Innehållet i den nationella översikten och den regionala sammanställningen varierar beroende på om den årliga dialogen ägde rum under våren eller hösten 2023. För vårens fem dialoger utgick Socialstyrelsen ifrån regionernas delredovisningar inklusive handlingsplaner och prestationskravsdata (SKR) samt regionernas arbete med disponibla vårdplatser, utlokaliseringar och överbeläggningar. Underlaget för höstens dialoger har kompletterats med data för produktion, väntetider och vårdköer inom primärvården, den specialiserade vården inklusive BUP, och för vissa regioner sammanfattning av slutredovisningen.

Bilaga 2. Statens styrning för ökad tillgänglighet

Den nationella vårdgarantin är en lagstadgad skyldighet

Vårdgarantier har under de senaste 30 åren varit det främsta styrmedlet för att åtgärda de långa väntetiderna inom den svenska hälso- och sjukvården. Under tidigt 1990-tal introducerades den första vårdgarantin för att minska köerna i hälso- och sjukvården [1, 3]. Staten och de dåvarande landstingen kom då överens om gränser för hur länge en patient som mest skulle behöva vänta på behandling för tolv specifika ingrepp. Därefter vidareutvecklades vårdgarantin till att beskriva hur lång tid en patient som längst ska behöva vänta på att få kontakt med och få besöka primärvården samt få behandling eller operation i specialistvården efter remiss.

Från och med 2005 etablerades en gemensam vårdgaranti med följande maximala tidsgränser: 0 dagar för kontakt med primärvården, 7 dagar för besök i primärvården, 90 dagar för besök i specialistvården efter remiss samt 90 dagar för påbörjad behandling efter beslut i specialistvården.

Sedan 2010 är vårdgarantin lagreglerad i 9 kap. 1 § HSL och därefter även i 2 kap. 3 § patientlagen (2014:821), PL. Tidsgränserna för den lagstadgade vårdgarantin regleras i 6 kap. 1 § hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80), HSF. Därmed är vårdgarantin en lagreglerad skyldighet för regionerna att uppfylla.

I början av 2019 utvecklades vårdgarantin genom en förändring i HSL som berörde gränsen 7 dagar för läkarbesök i primärvården. I stället för en bortre tidsgräns för läkarbesök omfattar vårdgarantin nu en bortre tidsgräns för att få en *medicinsk bedömning* inom 3 dagar av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom primärvården. Det är patientens behov som främst avgör vilken yrkeskategori som ger den medicinska bedömningen och som ska styra om bedömningen bör göras vid ett fysiskt besök eller distansbesök (prop. 2019/20:164).

Syftet med vårdgarantin är att reglera inom vilka tidsgränser som patienten ska erbjudas bland annat kontakt, bedömning och besök inom hälso- och sjukvården. Emellertid regleras exempelvis inte i vårdgarantin om vård ska ges över huvud taget eller vilken vård som ska ges. Det övergripande målet med vårdgarantin är att öka tillgängligheten till den planerade vården samt att avveckla köer och väntetider. Vårdgarantins nuvarande gränser illustreras i faktarutan nedan.

Tidsgränser i vårdgarantin sedan den 1 januari 2019

I 6 kap. 1 § HSF anges de tidsgränser som gäller för den lagstadgade vårdgarantin. Tidsgränserna beskrivs ofta med sifferkombinationen 0–3–90–90, vilket avser följande:

0 – Den som söker primärvård ska få kontakt samma dag.

3 – Den som söker primärvård ska få en medicinsk bedömning inom 3 dagar av en läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom primärvården.

90 – Den som behöver specialistsjukvård ska som mest behöva vänta 90 dagar på ett besök i specialistsjukvården efter att en remiss eller vårdbegäran har skickats.

90 – Den som har fått en behandling eller operation ordinerad av en specialistläkare ska inte behöva vänta i mer än 90 dagar.



I det slutbetänkande som Tillgänglighetsdelegationen publicerade i maj 2022 föreslås bland annat en ny vårdgaranti med nya tidsgränser för både primärvården och den specialiserade vården [2].

Urval av överenskommelser mellan staten och SKR

Kömiljarden: 2008–2014

I slutet av 2008 beslutade staten, dåvarande Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och dåvarande landstingen om en särskild satsning som syftade till att korta väntetiderna till hälso- och sjukvården, den så kallade *kömiljarden*.

Kömiljarden innebar att prestationsbaserad ersättning fördelades till landstingen utifrån följsamhet till vårdgarantin inom den specialiserade vården: garantin om besök och behandling i specialistvården. Utöver de prestationsbaserade kraven skulle landstingen även uppfylla vissa krav avseende inrapportering till den nationella väntetidsdatabasen. Fram till 2014 slöts därefter årliga överenskommelser mellan staten och SKL utifrån kömiljardens modell.

Överenskommelser med fokus på landstingens utvecklingsbehov: 2015–2018

Överenskommelser som slöts 2015–2018 hade ett bredare fokus på tillgänglighet än på väntetider specifikt. Överenskommelserna gick bland annat under benämningen professionsmiljarden och patientmiljarden och fokuserade sammantaget mer på landstingens utvecklingsbehov för att uppnå

en mer tillgänglig och patientcentrerad vård samt för att stärka förutsättningarna för en god, jämlik och effektiv hälso- och sjukvård [42-45]. Kravet för att ta del av medlen i dessa överenskommelser var att ta fram och presentera handlingsplaner, vilka bland annat skulle innehålla vilka åtgärder som landstingen planerade att genomföra.

Den uppdaterade kömiljarden: 2019

År 2019 ingick staten och SKR en överenskommelse om en uppdaterad kömiljard som skulle utvecklas framöver i kommande överenskommelser. Vårdgarantin utgjorde fortfarande grunden men överenskommelsen pekade ut fler delar av vårdkedjan än endast de som ingår i vårdgarantin för att korta väntetiderna. Målet var att skapa goda förutsättningar och incitament för vårdens systematiska arbete för en god tillgänglighet.

I överenskommelsen om en uppdaterad kömiljard 2019 var en central del att förbättra väntetidsrapporteringen och utveckla uppföljningen av väntetider. Ett krav var att SKR tillsammans med regionerna skulle utveckla och implementera en modell för utvecklad uppföljning av specialiserad vård. Detta skulle ske i enlighet med en redan utvecklad uppföljning av primärvården som introducerades 1 januari 2019 med anledning av införandet av den förstärkta vårdgarantin om medicinsk bedömning inom tre dagar (se faktarutan på föregående sida).

En del av överenskommelsen om en uppdaterad kömiljard 2019 var även att regionerna skulle inkomma med en nulägesrapport under hösten 2019 som skulle utgöra grunden för en handlingsplan 2020.

Överenskommelser om ökad tillgänglighet: 2020–2021

Inom ramen för överenskommelsen 2020 mellan staten och SKR skulle samtliga regioner bland annat ta fram en regional handlingsplan med regionala målsättningar för väntetider och vårdköer. Handlingsplanen skulle utgöra en beskrivning av hur regionen arbetar och strategiskt avser att arbeta för att förbättra tillgängligheten i regionen.

I april 2020 tecknade staten och SKR en tilläggsöverenskommelse 2020 med anledning av covid-19-pandemin, vilket bland annat innebar att redovisningsdatumet för att inkomma med handlingsplanen flyttades fram till den 31 mars 2021. Enligt överenskommelsen skulle regionerna senast i oktober 2020 rapportera alla besök i primärvården och i den specialiserade vården, inklusive BUP, till den nationella väntetidsdatabasen i linje med den nya uppföljningsmodellen.

Överenskommelsen om ökad tillgänglighet 2021 mellan staten och SKR fokuserade huvudsakligen på covid-19-pandemin. I detta ingick att redogöra för regionernas hantering av uppdämda vårdbehov till följd av pandemin. I överenskommelsen ingick även att Tillgänglighetsdelegationen ska stötta regionerna i framtagandet och genomförandet av handlingsplanerna genom dialog med regionerna. Dessutom skulle delegationen följa upp de insatser och åtgärder som regionerna redovisar i sin handlingsplan genom en nulägesrapport som regionerna skulle inkomma med senast i oktober 2021.

Bilaga 3. Regionernas svar på överenskommelsens tio punkter för utveckling av handlingsplanen

Tabell 1. Regionernas svar på överenskommelsens tio punkter för utveckling av handlingsplanen

Frågeställning i överenskommelse för ökad tillgänglighet ¹	Regioner som <u>inte</u> har besvarat överenskommelsens frågeställning ²
1. Vilka tidsatta och mätbara mål har regionen satt upp på kort och lång sikt för att öka tillgängligheten?	Alla regioner beskriver mål/ambitioner. De regioner som inte beskriver någon form av <u>tidsatta</u> mål är: Region Blekinge, Region Gotland, Region Halland, Region Jämtland Härjedalen, Region Värmland, Region Västmanland, Region Örebro län, Region Östergötland, och Västra Götaland.
2. Vilka insatser bedömer regionen krävs för att uppnå respektive mål i handlingsplanen?	Alla regioner beskriver insatser. De regioner som inte tydligt kopplar an insatserna till respektive mål är: Region Blekinge, Region Gotland, Region Halland, Region Jämtland Härjedalen, Region Jönköping län, Region Kalmar län, Region Skåne, Region Stockholm, Region Sörmland, Region Uppsala, Region Värmland, Region Västerbotten, Region Västernorrland, Region Västmanland, och Västra Götalandsregionen.
3. Vilka insatser avser regionen göra för patientgrupper med särskilda behov?	Alla regioner beskriver insatser. De regioner som inte kopplar insatserna till patientgrupper med särskilda behov är: Region Västerbotten.
4. Hur avser regionen att följa upp att insatserna bidrar till måluppfyllelse?	Region Stockholm och Region Uppsala.
5. Vilka åtgärder behöver regionen vidta om den riskerar att inte uppnå uppsatta mål?	Region Dalarna, Region Gotland, Region Gävleborg, Region Halland, Region Jämtland Härjedalen, Region Jönköping län, Region Kalmar län, Region Kronoberg, Region Norrbotten, Region Stockholm, Region Sörmland, Region Uppsala, Region Värmland, Region Västerbotten, Region Västernorrland, Region Örebro län, och Region Östergötland
6. Vilka olika interna verksamheter och externa samverkansparter är delaktiga i tillgänglighetsarbetet?	Region Västerbotten.
7. Vilka insatser gör regionen för att säkerställa rapporteringen av data till den nationella väntetidsdatabasen sker enligt framtagna riktlinjer och regelverk?	Alla regioner beskriver arbete med rapporteringen av data till nationella väntetidsdatabasen.
8. Vilka insatser gör regionen för att säkerställa en komplett rapporteringen av data till den nationella väntetidsdatabasen och att regionen redovisar täckningsgraden?	Alla regioner beskriver arbete med rapporteringen av data till nationella väntetidsdatabasen.
9. Vilka insatser gör regionen för att säkerställa aktuella väntelistor?	Region Stockholm, Region Västerbotten, och Västra Götalandsregionen.
10. Vilka mål och resultat har regionen redan uppnått utifrån tidigare handlingsplaner?	Region Jönköping län, Region Stockholm, Region Uppsala, Region Värmland, Region Västerbotten, och Region Västernorrland.

¹ Förkortade frågeställningar från block 2 av överenskommelsen om *ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2022*.

² Regioner som endast adresserar frågeställningen till viss del anses ändå ha besvarat frågeställningen och har i dessa fall inte lagts in i tabellen.

Tabell 2. Exempel på regionernas rapportering av sitt arbete med inrapportering av data till väntetidsdatabasen, baserat på svaren från frågeställningarna 7 och 8 i tabell 1 ovan

Svaren har tematiserats i olika områden enligt nedan i tabell 2.

Område	Exempel
Ansvarsroller för rapportering och väntelistor	- Utsedda personer inom förvaltningarna som har ansvar för planeringslistor/väntelistor där en del av uppdraget är att kvalitetssäkra posterna som finns uppsatta på listorna. – Region Halland - Rapporteringen av data till nationella väntetidsdatabasen är delad mellan förvaltningen och IT-organisationen där den senare står för en automatiserad rapportering av en delmängd och förvaltningen står för en del manuell inmatning (ledig kapacitet och förväntad väntetid). – Region Halland - Berörd förvaltning ansvarar för utförande och uppföljning av tillgängligheten inom respektive SVF. I varje SVF finns nationella ledtidsmål som rapporteras månatligen till SKR. Det sker avstämningar med koordinatorena och processteam för att identifiera förbättringar för effektiva och säkra vårdflöden. – Region Halland - En tillgänglighetssamordnare träffar kontaktpersoner för vårdgarantin varannan månad och stämmer av registrering, avvikelser, väntelistor, ledig kapacitet och patientinformation. Information om nationella nyheter m.m. är en stående punkt på agendan, liksom erfarenhetsutbyte mellan verksamheterna. – Region Jämtland Härjedalen - Väntetidsamordnare som har kontinuerlig uppföljning med respektive klinik för att säkerställa att detta arbete bedrivs enligt riktlinjer. – Region Kalmar län - Arbetsgrupp för att säkra att de siffror som skickas till väntetidsdatabasen i den nya väntetidsmätningen är korrekta. Arbetsgruppen har gjort tester dels mot rapporter från den tidigare tillgänglighetsuppföljningen dels direkt mot VAS. Tester görs också mot Signe. – Region Norrbotten - Verksamhetschef ansvarar för att rutin för genomgång av väntelistor finns inom verksamheten samt att uppföljning av data avseende väntande i respektive grupp (nybesök/återbesök) sker månadsvis. Avvikelser från uppsatt mål analyseras och ska vid behov utmynna i handlingsplaner för att justera uppkommen avvikelse oavsett om denna beror på en registrerings anomali eller en faktisk brist i tillgänglighet. – Region Örebro - Rapportörer från respektive mottagning inom den specialiserade vården rapporterar in ledig kapacitet och förväntad väntetid till SKR:s databas Signe. – Region Jämtland Härjedalen - En regional grupp bestående av tillgänglighetskoordinatorer (TK-nätverket) samt de verksamheter som väntetidsdata berör kvalitetssäkrar väntetidsdata inför varje månadsleverans av till SKR. Jämförelse med manuella data från interna system görs i vissa faser. – Region Skåne - Enheten Verksamhetsanalys har fördelat ut väntetidssamordning till mer verksamhetsnära enhet; Vårdgarantikansli. Verksamhetsanalys producerar rapporter för uppföljning av tillgänglighet, bl.a. anpassade för Tillgänglighetsöverenskommelsen. – Region Värmland - Innan data har skickats till SKR i de traditionella tillgänglighetsuppföljningarna har varje kliniks utsedda väntetidsrapportörer kvalitetssäkrat och godkänt sina värden. – Region Västmanland
Digitala hjälpmedel	- Användning av analysrapport som hjälpmedel för att säkerställa att rätt data skickas till den nationella väntetidsdatabasen. – Region Kalmar län - Utveckling av ett verksamhetsstöd utifrån den nya uppföljningsmodellen av ledtider - <i>Nationell uppföljning av tillgängligheten inom specialiserad vård</i> - för att internt tillgängliggöra den data som exporteras till SKR. En applikation (Qlik Sense) med möjlighet att se data ur olika perspektiv och med olika urval är publicerad och tillgänglig för alla medarbetare i regionen. – Region Halland - Användning av SAS Viya som rapport- och analysverktyg för att ta fram statistik för analyser och uppföljning. Rapporterna i SAS Viya är tillgängliga för verksamheterna. – Region Uppsala - Kvalitetssäkring av verksamhetens data innan automatisk överföring görs med ett nytt BI-system där respektive verksamhet har tillgång till sina egna resultat via måltavlor. – Region Jämtland Härjedalen - Uppföljning av insatser och resultat av respektive verksamhetsområde och månatlig redovisning i systemet Stratsys. – Region Jönköping - Regionen har skapat en dynamisk rapport som ger verksamheten möjlighet att särskilt granska kontakter med ovanligt/orimligt lång väntetid. – Region Värmland

Område	Exempel
Andra hjälpmedel	- Region Halland har regionövergripande tillämpningsanvisningar som stöd för hur registreringarna ska genomföras i vårdsystemen. – Region Halland - Rutin för ökad uppföljning av specialiserad vård. – Region Norrbotten - Utbildningar för personal i hur man kontinuerligt registrerar samt kontrollerar sina väntelistor så att väntelistor är aktuella. – Region Kronoberg - Informationsträffar en gång i månaden som hålls av TK-nätverket tillsammans med andra grupper involverade i väntetidsrapporteringen. Träffarna riktar sig till administrativt ansvariga för väntelistor, väntetidsrapportörer, ansvariga för samordning med mera. Träffarna filmas och innehållet sprids skriftligen i nyhetsbrev. Under mötena presenteras ändringar i rapporteringsmodellen, ändringar av rutiner med mera. Mellan 50 till 200 personer brukar delta. – Region Skåne - Tillgänglighetssamordnare går in och säkerställer att det finns data i Signe kontinuerligt och stöttar och utbildar rapportörer för manuellt rapporterade data. – Region Kalmar län - Regionen har riktlinjer för tillgänglighet inom vårdens samtliga områden. Riktlinjerna beskriver vad som ska ingå i uppföljningen och hur det ska dokumenteras. De uppdateras kontinuerligt. – Region Östergötland
Samverkan	- Nationellt deltagande i nätverk tillgänglighet på Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) samt samarbete med de södra regionerna. – Region Kronoberg - Tillgänglighetssamordnaren deltar i SKR:s nationella nätverk på uppdrag av Hälso- och sjukvårdsdirektören och är genom det nätverket också delaktig i ett antal arbetsgrupper, likt arbetsgruppen om juridik i samband med dataöverföring till nationella databasen Signe. – Region Jämtland Härjedalen - Ett samarbete har utvecklats mellan involverade verksamheter på sjukhuset för att ta fram specialistvårdsövergripande utbildningspaket till anställda som hanterar remisser, tidböcker och koordinerar operationsverksamheter. – Region Uppsala - Ett samarbete med IT-avdelningen pågår där man kommer att konstruera verktyg för testning av dataleveranser, avser hantera problem som kan uppkomma i och med systemuppdateringar men också vissa typer av fel som kan uppstå till följd av ett felaktigt registreringsförfarande. – Region Värmland
Felkällor och möjliga orsaker	- För att öka täckningsgraden av de data som förs över har en utredning gjorts för att identifiera de största felkällorna till varför väntetidsposter inte förs över. Den största felkällan är att vissa vårdgivares journalsystem ännu inte är anslutna till den regionala tillgänglighetstjänsten och regionen arbetar löpande för att ansluta fler. – Region Stockholm - Vissa kombikor (kundregister) är inte kopplade mot HSA-id i de regionala systemen och information om vilken "vårdenhet" som "enheten" är kopplad till saknas för vissa vårdenheter i de regionala systemen. För väntande finns det inte heller CVR-koder som matchar SKR:s koder. – Region Stockholm - Sjukhusets förvaltningar har identifierat att det saknas likriktade övergripande utbildningar inom registrering och väntetidsområdet. Avsaknaden får till följd att medarbetare har varierande kompetens och arbetar olika med likartade arbetsuppgifter. – Region Uppsala - Regionen bedömer att om något faller beror det på brist i handhavande, t ex datum i fel tidsordning, och kontakter som inte uppfyller valideringskontakterna exkluderas. – Region Östergötland - För primärvården rapporterar regionen enbart vårdgarantibesöken och inte övriga besök. Det medför att en differens vid jämförelse med siffrorna i t ex. hälsodataregistret. – Region Gävleborg

Tabell 3. Utdrag ur respektive regions beskrivning av sin täckningsgrad till nationella väntetidsdatabasen och regionens arbete utifrån svaren från frågeställningarna 7–9 i tabell 1 ovan

Region	Täckningsgrad angivet av regionen	Regionens beskrivning (utdrag från den regionala sammanställningen)
Samtliga regioner anger i princip att rapportering till väntetidsdatabasen sker enligt framtagna riktlinjer och regelverk.		
Blekinge	100 procent.	Regionen redovisar att data som levereras nationellt överensstämmer med deras lokala uttag och applikationer. Regionen arbetar med ständig kvalitetssäkring av data.
Dalarna	Anger att täckningsgraden är bra.	Regionen anger att siffrorna som skickas till den nationella väntetidsdatabasen ses över så att de överensstämmer med regionens interna system och jämförs med föregående månader. De patienter som väljer att få vård hos privat vårdgivare utanför regionens gränser, enligt vårdgarantin och eget vårdval, rapporteras inte som utförda. Patienten är väntande fram till att remiss skickas till den valda vårdgivaren.
Gotland	Anges inte.	Regionen beskriver att centralt för tillgänglighetsarbetet är den arbetsgrupp som ansvarar för rapportering av väntetider för att säkra att tillgänglighetsdata tas fram och skickas på rätt sätt, enligt gällande regelverk. Utifrån de rapporter som arbetsgruppen producerar ansvarar varje verksamhet för egenkontroll.
Gävleborg	Regionen anger att täckningsgraden inom primärvården är minst 65 procent.	Regionen beskriver att det finns utmaningar gällande felregistreringar inom både primärvård och specialiserad vård. För primärvården rapporterar regionen enbart vårdgarantibesöken och inte övriga besök. Det medför att en differens vid jämförelse med siffrorna i t.ex. hälsodataregistret. Vid införande av rapportering för primärvården är enbart vårdgarantibesöken obligatoriska. Av tekniska orsaker har regionen valt att endast rapportera dessa.
Halland	Anges inte.	Region Halland har regionövergripande tillämpningsanvisningar som stöd för hur registreringarna ska genomföras i vårdsystemen. Det finns utsedda personer inom förvaltningarna som har ansvar för planeringslistor/väntelistor där en del av uppdraget är att kvalitetssäkra posterna som finns uppsatta på listorna. Region Halland har utvecklat ett verksamhetsstöd utifrån den nya uppföljningsmodellen av ledtider, "Nationell uppföljning av tillgängligheten inom specialiserad vård", för att internt tillgängliggöra den data som exporteras till SKR. En applikation (Qlik Sense) med möjlighet att se data ur olika perspektiv och med olika urval är publicerad och tillgänglig för alla medarbetare i regionen. Rapporteringen av data till nationella väntetidsdatabasen är delad mellan förvaltningen och IT-organisationen där den senare står för en automatiserad rapportering av en delmängd och förvaltningen står för en del manuell inmatning (ledig kapacitet och förväntad väntetid).
Jämtland Härjedalen	Anges inte.	Regionen beskriver att kontinuerlig kvalitetssäkring av verksamhetens data sker innan automatisk överföring görs med ett nytt BI-system där respektive verksamhet har tillgång till sina egna resultat via måltavlor. En tillgänglighetssamordnare träffar kontaktpersoner för vårdgarantin varannan månad och stämmer av registrering, avvikelser, väntelistor, ledig kapacitet och patientinformation. För manuellt rapporterade data går tillgänglighetssamordnaren in och säkerställer att det finns data i Signe kontinuerligt och stöttar och utbildar rapportörer.

Region	Täckningsgrad angivet av regionen	Regionens beskrivning (utdrag från den regionala sammanställningen)
Samtliga regioner anger i princip att rapportering till väntetidsdatabasen sker enligt framtagna riktlinjer och regelverk.		
Jönköpings län	Nära 100 procent.	Regionen beskriver att den volym som rapporteras till den nationella väntetidsdatabasen finns vid kontroll i samma omfattning i Region Jönköpings läns egna utdata-rapporter. Varje månad går en central person igenom aktuella väntelistor och vid behov uppmärksammar respektive klinik på felaktigheter.
Kalmar län	Anges inte.	Systematisk genomgång av väntelistor minst en gång per månad för att kontrollera att registrering skett enligt anvisningar. Användning av analysrapport som hjälpmedel för att säkerställa att rätt data skickas till den nationella väntetidsdatabasen. Systemstöd för att hitta eventuella registreringar med uppenbara fel.
Kronoberg	Anges inte.	Regionen anordnar utbildningar för personal i hur man kontinuerligt registrerar samt kontrollerar sina väntelistor så att väntelistor är aktuella.
Norrbottnen	Anges inte.	Regionen har en arbetsgrupp för att säkra att de siffror som skickas till väntetidsdatabasen i den nya väntetidsmätningen är korrekta. Arbetsgruppen har gjort tester dels mot rapporter från den tidigare tillgänglighetstjänsten dels direkt mot VAS. Tester görs också mot Signe.
Skåne	Anges inte.	Regionen anger att kvalitetssäkring görs inför varje månadsleverans av väntetidsdata till SKR. Kvalitetssäkringen genomförs av en regional grupp bestående av tillgänglighetskoordinatorer (TK-nätverket) samt de verksamheter som väntetidsdata berör. Jämförelse med manuella data från interna system görs i vissa faser.
Stockholm	Anges inte.	Regionen uppger att de strävar efter att föra över samtliga vårdkontakter till den nationella väntetidsdatabasen. För att öka täckningsgraden av de data som förs över har regionen identifierat de största felkällorna till varför väntetidsposter inte förs över. Den största felkällan är att vissa vårdgivares journalsystem ännu inte är anslutna till den regionala tillgänglighetstjänsten och regionen arbetar löpande för att ansluta fler. I slutet av 2021 anslöts SLSO:s journalsystem för Barn- och ungdomspsykiatri (Pastill) även för väntande. SLSO står för majoriteten av besök inom BUP, vilket innebär att täckningsgraden för väntande inom BUP ökade från ca 20 procent till 100 procent. Det finns problem med HSA-katalogen där bland annat information om vilken "vårdenhet" som "enheten" är kopplad till saknas för vissa vårdenheter i de regionala systemen. För väntande finns det CVR-koder som inte matchar SKR:s koder. Regionen kommer att arbeta löpande med att åtgärda de tre ovan felkällorna. Region Stockholm initierade hösten 2021 ett projekt för att starta upp inrapportering av medicinskt måldatum från vårdgivarnas patientadministrativa system (källsystem). Arbetet med detta fortsätter under hösten 2022. Detta förväntas möjliggöra uppföljning av återbesök.
Sörmland	Anges inte.	Fortlöpande och systematiskt arbete med kvalitetssäkring av registrering för att öka täckningsgraden samt att rapportera korrekt data. Säkerställande av rapportering sker genom att alla regionens verksamheter har kartlagts där väntande och genomförda besök rapporteras utifrån detta. Vid uppstart av ny verksamhet tas den med i rapporteringen så fort det är möjligt. När rapportering av vårdutbudet har förändrats så har regionen varit med från början i det arbetet, därav regionens goda täckningsgrad.

Region	Täckningsgrad angivet av regionen	Regionens beskrivning (utdrag från den regionala sammanställningen)
Samtliga regioner anger i princip att rapportering till väntetidsdatabasen sker enligt framtagna riktlinjer och regelverk.		
Uppsala	Anges inte.	Region Uppsala använder SAS Viya som rapport- och analysverktyg för att ta fram statistik för analyser och uppföljning. Rapporterna i SAS Viya är tillgängliga för verksamheterna. Utveckling av kvalitet och höja kompetensen inom specialiserad vård. Detta genomförs genom en rad insatser, bl.a. förändrade riktlinjer till lokala väntetidsnätverk, stöttning av enskilda verksamhetsområden med utmaningar inom väntetidsområdet samt att riktade mindre förbättringsprojekt genomförs lokalt. Sjukhusets förvaltningar har identifierat att det saknas likriktade övergripande utbildningar inom registrering och väntetidsområdet. Avsaknaden får till följd att medarbetare har varierande kompetens och arbetar olika med likartade arbetsuppgifter. Specialistvårdsövergripande utbildningspaket till anställda framtaget som hanterar remisser, tidböcker och koordinerar operationsverksamheter.
Värmland	Anges inte.	Regionen har skapat en dynamisk rapport som ger verksamheten möjlighet att granska kontakter med ovanligt/orimligt lång väntetid. För att säkerställa kvalitet på registreringarna finns utförliga rutiner som speglar SKR:s riktlinjer och regelverk till stöd för verksamheten, både generella och en del verksamhetsspecifika.
Västmanland	Regionen anger att täckningsgraden inom primärvården är minst 65 procent.	Innan data har skickats till SKR i de traditionella tillgänglighetsuppföljningarna har varje kliniks utsedda väntetidsrapportörer kvalitetssäkrat och godkänt sina värden. När det gäller den nya utökade tillgänglighetsuppföljningen inom specialistvården som innehåller extremt stora volymer med data pågår ett arbete med att se över hur denna kvalitetssäkring ska gå till utan att skapa extra administration i vården. En viktig aspekt för att nå målnöjdhetsnivå när det gäller vårdgarantin är att inrapporterade data är korrekta. Det pågår arbete med att säkerställa att personalens kompetens och arbetssätt blir enhetligt gällande journalsystemet Cosmic och verksamhetsuppföljningssystemet Duva.
Västerbotten	Anges inte.	Regionen beskriver att kvaliteten på registrerade uppgifter har förbättrats men att arbetet fortgår. I den specialiserade vården rapporteras inte alla resurser involverade i en vårdkontakt r, endast den resurs som indikerar om bokningen avser vårdgarantikontakt. Avsteget medför att registrering och uppföljning av vårdgaranti redovisas rätt.
Västernorrland	Anges inte.	Regionen arbetar med korrekta väntelistor och med kunskap om och följsamhet till regelverk som styr den nationella gemensamma databasen om väntetider samt kunskap om vad vårdgarantin innebär, för medarbetare, patienter och medborgare.
Västra Götalandsregionen	På totalen har regionen en hög täckningsgrad.	Regionen arbetar tillsammans för att säkerställa att det som rapporteras till SKR överensstämmer med de patienter som väntar och/eller är genomförda enligt registrering. Dock behöver strukturen och arbetssätten utvecklas då svar på de frågor vi behöver få besvarade för att komma vidare kommer sent eller rent av uteblir.
Örebro län	Anges inte.	Inom den sjukhusanslutna delen av område Nära vård (ONV-S) pågår ett kontinuerligt arbete med att hålla väntelistor uppdaterade och aktuella. Eftersom felregistreringar av planerade kontakter sker regelbundet krävs ett kontinuerligt arbete med regelbunden genomgång av väntelistor för såväl nybesök som återbesök.
Östergötland	Regionen bedömer att täckningsgraden är god.	Region Östergötland ser inga uppenbara brister i registreringen av tillgänglighetsdata, men det är viktigt att poängtera att det kan vara en utmaning att registrera på korrekt sätt liksom att ha följsamhet i sin registrering. För frivilliga variabler gäller att de alltid rapporteras in när dataförekomst finns. Regionen bedömer att täckningsgraden är god, om något faller beror det på brist i handhavande, t ex datum i fel tidsordning, och kontakter som inte uppfyller valideringskontakterna exkluderas.

Källa: Diarienummer: 13973/2023

Bilaga 4. Modell för nationell uppföljning av tillgänglighet inom primärvården

Enligt SKR:s anvisningar, har den nationella uppföljningen av primärvårdens tillgänglighet tidigare varit begränsad till att endast omfatta besök till läkare. För att i en högre grad kunna bidra till utveckling och verksamhetsförbättring har uppföljningsmodellen utvidgats till att omfatta övriga vårdgivare, flera kontaktformer utöver traditionella besök samt i förekommande fall diagnoser och åtgärder [24, 25].

Tabell 1. Utvidgad modell för nationell uppföljning av tillgänglighet inom primärvården [14]

Delområde	Variabel	Beskrivning	Rapporteringskrav
1. Mätpunkter	Beslut om öppenvårdskontakt	Tidpunkt i en vårdprocess då beslut tas att en aktivitet/åtgärd ska utföras.	Obligatorisk
	Medicinskt måldatum	Tidpunkt i en vårdprocess då beslutade hälso-och sjukvårdsåtgärder bör inledas. Medicinskt måldatumkan även omfatta ett klockslag.	Obligatorisk
	Genomföra öppenvårdskontakt	Datum och klockslag för genomförd öppenvårdskontakt avslutar mätning av tillgänglighet.	Obligatorisk
2. Patientnära information	Patientens födelseår	Patientens födelseår	Obligatorisk
	Patientens kön	Kön redovisas med 1=Man, 2=Kvinna, 3=Kön okänt	Obligatorisk
	Patientens folkbokföringskommun	Kommunkod enligt SCB:s klassificering	Obligatorisk
	Region	HSA-id högsta nivå, producent	Obligatorisk
	Vårdcentral/klinik	Redovisas med utförande vårdcentral HSA-id	Obligatorisk
	Patientens listning	Redovisas med listad enhets HSA-id.	Obligatorisk om tillgänglig
	Diagnos	Redovisas med koder, i första hand baserat på ICD-10-SE, men även KSH97 kan användas.	Obligatorisk om tillgänglig
	Yttre orsak	Redovisas med koder baserat på ICD-10-SE.	Obligatorisk om tillgänglig
	Åtgärd	Redovisas med koder baserat på klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ).	Obligatorisk om tillgänglig
	Vårdande enhet	Redovisas med utförande vårdande enhets HSA-id	Frivillig

Delområde	Variabel	Beskrivning	Rapporteringskrav
3. Information om vårdkontakt	Verksamhetskod	HSA verksamhetskod	Separat rapportering
	Ägarform	Utförande enhets ägarskap. Med privata enheter avses enheter inom ramen för vårdval som tecknat avtal med region	Separat rapportering
	Vårdkontakts-id	Vårdkontaktens unika identifikation som skapas av uppgiftslämnaren.	Obligatorisk
	Remittenttyp	Redovisas med 1=Remiss, 2=Egenvårdbegäran	Obligatorisk
	Bokningssätt	Redovisas med 1=Bokat själv, 2=Bokad, 3=Obokad	Obligatorisk
	Delområde	Redovisas med koder baserat på "Verksamhetsindelning för landsting och regioner - VI2000"	Obligatorisk
	Första linje-patient	Det finns ingen nationell definition av vad som räknas som en första linje- kontakt, så regionen rapporterar utifrån sin egen definition. Första linje- patient NEJ: Patienten har fått en kontakt som INTE definieras en första linje- kontakt av regionen eller att patienten är äldre än 17 år. Första linje-patient JA: Om inte NEJ	Obligatorisk
	Form av öppenvårdskontakt	Redovisas med 1=Besök, 2=Besök på distans, 3=Hembesök, 4=Telefon- /brevkontakt	Obligatorisk
	Vårdgarantipatient	Redovisas med 1=Vårdgarantipatient JA, 2=Vårdgarantipatient NEJ	Obligatorisk
	Yrkesgrupp	För varje kontakt ska yrkesgrupp anges. Redovisas med koder baserat på klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ)	Obligatorisk
	Remittent	Remitterande enhet. Redovisas med remitterande enhets HSA-id	Obligatorisk om tillgänglig
	Avvikelse (patientvald eller medicinskt orsakad väntan)	Redovisas med 1=Patientvald väntan, 2=Medicinskt orsakad väntan.	Frivillig

Bilaga 5. Modell för nationell uppföljning av tillgänglighet inom specialiserad vård

Enligt SKR:s anvisningar, ska modellen följa den specialiserade vårdens tillgänglighet ur ett vidare perspektiv och omfattar därför såväl väntande som genomförda kontakter. Modellen är generell och syftar till att ge ökad kunskap om vårdens tillgänglighet samt ge underlag för verksamhetsutveckling. Uppföljningsmodellen beskriver begreppet tillgänglighet ur flera perspektiv, exempelvis form av vårdkontakt, yrkesgrupp och orsak [13]. Uppföljningsmodellen började användas i oktober 2020 [13].

Tabell 1. Modell för nationell uppföljning av tillgänglighet inom specialiserad vård [13]

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

Delområde	Variabel	Beskrivning	Rapporteringskrav för genomförda vårdkontakter	Rapporteringskrav för väntande vårdkontakter	Rapporteras för följande faser
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
	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

Delområde	Variabel	Beskrivning	Rapporteringskrav för genomförda vårdkontakter	Rapporteringskrav för väntande vårdkontakter	Rapporteras för följande faser
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
	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

Delområde	Variabel	Beskrivning	Rapporteringskrav för genomförda vårdkontakter	Rapporteringskrav för väntande vårdkontakter	Rapporteras för följande faser
	Bokningssätt	Beskriver om och hur besöket bokats ur 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
	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 6. Utvecklingsområden och metod för analys av inrapportering av data

Socialstyrelsens tidigare uppföljningar och analyser av regionernas inrapporteringsgrad till den nationella väntetidsdatabasen inom ramen för överenskommelsen *ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2020* resulterade i två rapporter med fokus på primärvården respektive den specialiserade vården [24, 25].

Uppföljningen visade att regionerna hade en god inrapportering av de variabler som i de nya uppföljningsmodellerna är obligatoriska att rapportera in för alla vårdkontakter, till exempel *födelseår, kön* och *vårdgivare*. Socialstyrelsen konstaterar även att införandet av de nya uppföljningsmodellerna för tillgänglighet ger nya förutsättningar för att förstå olika aspekter av tillgänglighet inom hälso- och sjukvården.

Därutöver identifierar Socialstyrelsen ett flertal utvecklingsområden för regionernas inrapportering till väntetidsdatabasen. Det gäller bland annat följsamhet till inrapportering av de variabler inom såväl primärvården som den specialiserade vården som klassificeras som frivilliga respektive obligatoriska om de är tillgängliga (tabell 1 och 2), skillnader i täckningsgrad mellan regioner samt arbete för att tillse att all data som täcks av de nya uppföljningsmodellerna rapporteras in till den nationella väntetidsdatabasen. Socialstyrelsen betonar även att en prioritering av utvecklingsområdena utifrån vad som ger mest nytta för att följa upp tillgängligheten till hälso- och sjukvården i Sverige behöver diskuteras med berörda parter [24, 25].

Metod

Analysen av inrapportering av data till den nationella väntetidsdatabasen i denna rapport utgår från kraven i överenskommelsen 2022 och ett urval av de utvecklingsområden som Socialstyrelsen identifierat i sina tidigare rapporter [24, 25]. Den samlade analysen av inrapportering av data till väntetidsdatabasen har avgränsats till följande tre områden:

1. Täckningsgrad

- a. Jämförelse av regionernas inrapporterade vårdkontakter per 1 000 invånare.
- b. Jämförelse av regionernas inrapportering till den nationella väntetidsdatabasen med aggregerade data från patientregistret hos Socialstyrelsen.

2. Inrapporteringsgrad

- a. Andel vårdkontakter med vårdgaranti samt antalet vårdkontakter med vårdgaranti per 1 000 invånare.

- b. Andel vårdkontakter för utvalda variabler.

3. Kvalitetssäkring och uppföljning

Socialstyrelsens analys för område 1 och 2 utgår från följande datakällor: SKR:s nationella väntetidsdatabas, Socialstyrelsens patientregister och Statistikmyndigheten SCB:s statistikdatabas. För datauttag från den nationella väntetidsdatabasen har ansvariga för väntetidsdatabasen vid SKR bistått med metodstöd. I analyserna av regionernas täckningsgrad har data från den nationella väntetidsdatabasen kombinerats med data från Socialstyrelsens patientregister och Statistikmyndigheten SCB:s statistikdatabas.

Socialstyrelsens analys inom område 2 omfattar även inrapporteringsgrad för de variabler som Socialstyrelsen identifierat som utvecklingsområden i sina tidigare rapporter. Detta innefattar variabler med en inrapporteringsgrad lägre än 100 procent under perioderna januari–augusti 2020 (primärvård) och oktober 2020–januari 2021 (specialiserad vård) [24, 25]. Samtliga av dessa variabler är frivilliga eller obligatoriska om tillgängliga för regionerna att rapportera in (se tabell 1 respektive tabell 2 i avsnittet nedan).

För **område 3** har Socialstyrelsen följt upp regionernas arbete med *kvalitetssäkring och uppföljning*. Tidigare rapporter fastslår att det finns variationer i inrapportering och klassificering mellan regionerna, vilket indikerar att kvalitetssäkring sker i varierande grad [24, 25]. Analyserna har genomförts genom en dokumentanalys och intervjuer i syfte att bättre förstå hur regionerna arbetar och vad de identifierar som utmaningar.

Tidigare identifierade utvecklingsområden med utvalda variabler

Tabell 1. Utvecklingsområden för inrapportering av primärvårdsdata.

Område	Variabel	Rapporteringskrav för vårdkontakt	Antal Regioner (2020)
Mätpunkter	Medicinskt måldatum	Obligatorisk då förekomst finns.	14
Patientnära information	Patientens folkbokföringskommun	Obligatorisk då förekomst finns.	20
	Diagnos	Obligatorisk då förekomst finns.	0
	Yttre orsak	Obligatorisk då förekomst finns.	0
	Åtgärd	Obligatorisk då förekomst finns.	0
	Vårdande enhet	Frivillig	9
Information om vårdkontakt	Remittenttyp	Obligatorisk då förekomst finns.	13
	Bokningsätt	Obligatorisk då förekomst finns.	18
	Avvikelse (POV, MOV)	Frivillig	0

Tabell 2. Utvecklingsområden för inrapportering av data i specialiserad vård.

Område	Variabel	Genomförd /väntande	Rapporteringskrav	Antal Regioner (2021)
Mätpunkter	Medicinskt måldatum	Genomförd	Obligatorisk vid rapportering av återbesök, för övriga faser rapporteras mätpunkten vid förekomst.	9
		Väntande	Obligatorisk vid rapportering av återbesök, för övriga faser rapporteras mätpunkten vid förekomst.	10
Patientnära information	Patientens listning	Genomförd	Obligatorisk då förekomst finns.	0
		Väntande	Obligatorisk då förekomst finns.	0
	Diagnos	Genomförd	Obligatorisk då förekomst finns.	0
	Yttre orsak	Genomförd	Obligatorisk då förekomst finns.	0
	Åtgärd	Genomförd	Obligatorisk då förekomst finns.	0
Vårdgivar-information	Vårdenhet (vårdande enhet)	Genomförd	Frivillig	0
		Väntande	Frivillig	0
	Ägarform	Genomförd	Hämtas separat	11
		Väntande	Hämtas separat	11
Information om vårdkontakt	Avvikelse	Genomförd	Obligatorisk då förekomst finns.	0
		Väntande	Obligatorisk då förekomst finns.	0
	Remittenttyp	Genomförd	Obligatorisk då förekomst finns.	9
		Väntande	Obligatorisk då förekomst finns.	7
	RemissID	Genomförd	Frivillig	1
	Remittent	Genomförd	Frivillig	0
	Remissdatum	Genomförd	Frivillig	0
	Ankomstdatum	Genomförd	Frivillig	0

Bilaga 7. Intervjuguide för regionernas inrapportering av väntetidsdata

Bakgrund

- Inom ramen för överenskommelsen *ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2022* specificeras ett antal krav på regionernas inrapportering av data till den nationella väntetidsdatabasen.
- Socialstyrelsen genomförde 2020–2021 analys och uppföljning av regionernas inrapportering av primärvårdsdata och data inom den specialiserade vården. I dessa analyser utpekades ett antal utvecklingsområden för regionernas fortsatta arbete.
- Utifrån överenskommelsen 2022 och de tidigare identifierade utvecklingsområdena har Socialstyrelsen valt ut ett antal frågeställningar för fortsatt analys;
 - Andel vårdkontakter med vårdgaranti
 - Hur skiljer sig andel vårdkontakter med och utan vårdgaranti inom primärvård och specialiserad vård mellan regionerna?
 - Täckningsgrad
 - Hur har regionernas täckningsgrad av andelen vårdkontakter utvecklats (2021–2022)?
 - Hur skiljer sig antal vårdkontakter inom primärvård och specialiserad vård per 1 000 invånare mellan de olika regionerna (2021–2022)?
 - Inrapporteringsgrad
 - Hur har regionernas inrapportering utvecklats (2021–2022) för de tillgängliga variabler som är frivilliga respektive obligatoriska och där minst en region rapporterat in mindre än 100 procent av vårdkontakterna?
 - Kvalitetssäkring och uppföljning
 - Hur arbetar regionerna med kvalitetssäkring av sin rapportering?
 - Hur arbetar regionerna för att tillgängliggöra inrapporterade data i sin regionala uppföljning av hälso- och sjukvården?
- Under dagens intervju föreslår vi att vi fokuserar på frågorna om inrapporteringsgrad, arbetssätt, metoder och uppföljning

Frågor

Arbete med kvalitetssäkring av inrapportering

- Angående kvalitetssäkring av inrapporterade data - Hur arbetar:
 - a. Verksamheterna med det?
 - b. Regionen med det?
- Hur bedömer ni kvaliteten på inrapporterade data?
- Har ni märkt några utmaningar under det löpande arbetet med inrapporteringen till den nationella väntetidsdatabasen?
 - a. Om ja: - Vilka?
 - b. om ja: hur arbetar ni med dessa utmaningar?
 - b. om ja: vad skulle krävas för att åtgärda utmaningen?
- Hur arbetar ni med rapportering/registrering av avvikelser och patientvald väntan i er region?

Förbättringar framåt

- Har ni förslag på ytterligare sätt att utveckla SKR:s och det regiongemensamma arbetet med väntetidsdatabasen?
 - a. Vad som rapporteras?
 - b. Hur det rapporteras?
 - c. Hur data presenteras?
 - d. Samarbetet med SKR och andra regioner?
 - e. Annat?

Arbete med uppföljning (i mån av tid)

- 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?

Utveckling av er inrapportering av ett urval av variabler

[Regionrepresentanterna fick se tabeller med sin inrapporteringsgrad för ett urval av *frivilliga* och *obligatoriska om tillgängliga* variabler för genomförda vårdkontakter inom primärvården och väntande och genomförda vårdkontakter i den specialiserade vården. Representanterna tillfrågades om variabeln avvikelse samt de variabler där de haft en positiv eller negativ utveckling mellan 2021 och 2022.]

Bilaga 8. Aggregerade medicinska verksamhetsområden

De medicinska verksamhetsområdena (MVO) ingår i inrapporteringen till den nationella väntetidsdatabasen enligt modellen för nationell uppföljning av tillgänglighet inom specialiserad vård [13]. 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 1. Sammanställning av aggregerade medicinska verksamhetsområden (MVO).

MVO	Beskrivning av MVO	Aggregerad MVO i denna delrapport
000	Finns ej	Övrig specialiserad vård
001	Finns ej	Övrig specialiserad vård
003	Mödrahälsovård (MVC)	Övrig vård
009	Barnhälsovård (BVC)	Övrig vård
010	Finns ej	Övrig specialiserad vård
011	Distriktsläkarvård	Övrig vård
014	Distriktsköterskeverksamhet	Övrig vård
015	Jourläkarverksamhet	Övrig vård
016	Allmän vård	Övrig specialiserad vård
019	Primärvårdsansluten hemsjukvård (PAH)	Övrig vård
020	Hälso- och sjukvård i särskilt boende	Övrig vård
021	Korttidsvård	Övrig specialiserad vård
022	Företagshälsovård	Övrig vård
023	Skolhälsovård	Övrig vård
024	Ungdomsmottagningsvård	Övrig vård
030	Finns ej	Övrig vård
041	Observationsplatsvård	Övrig specialiserad vård
045	Ambulansverksamhet	Övrig vård
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	Intermedicinsk vård	Intermedicin (inkl. gastroenterologi)
102	Allmän intermedicin	Intermedicin (inkl. gastroenterologi)
103	Allmän intermedicin	Intermedicin (inkl. gastroenterologi)
104	Finns ej	Intermedicin (inkl. gastroenterologi)
105	Gastroenterologi	Intermedicin (inkl. gastroenterologi)

MVO	Beskrivning av MVO	Aggregerad MVO i denna delrapport
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
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

MVO	Beskrivning av MVO	Aggregerad MVO i denna delrapport
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
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	Övrig vård
571	Oralkirurgisk vård	Kirurgi
572	Specialisttandvård	Övrig specialiserad vård
573	Tandhygienistverksamhet	Övrig vård
581	Socialmedicinsk vård	Övrig specialiserad vård
601	Giftinformationscentral	Övrig vård

MVO	Beskrivning av MVO	Aggregerad MVO i denna delrapport
611	Apoteksverksamhet	Övrig vård
636	Övriga enheter inom inrättningen	Övrig vård
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
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	Rättpsykiatrisk regionsjukvård	Rättpsykiatrisk regionsjukvård
944	Specialvård, psykiatrisk	Psykiatri

MVO	Beskrivning av MVO	Aggregerad MVO i denna delrapport
945	Alkoholsjukvård	Psykiatri
946	A-sjukvård	Psykiatri
948	Psykoterapeutisk verksamhet	Psykiatri
950	Kuratorsverksamhet	Psykiatri
951	Psykologverksamhet	Psykiatri
952	Familjevård	Psykiatri
953	Toxikomanivård	Psykiatri
954	Narkomanvård	Psykiatri
955	Somatisk vård vid psykiatriskt sjukhus	Övrig specialiserad vård
956	Rätt psykiatrisk 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	Vakansexp personalpool	Övrig specialiserad vård

Bilaga 9. Utskick till regionerna om att inkomma med slutredovisning

Socialstyrelsen skickade nedan skrivelse till regionerna den 21 december 2022.

Slutredovisning av överenskommelse om ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2022

Socialstyrelsen har fått i uppdrag att följa upp och föra dialog om hälso- och sjukvårdens tillgänglighet. Socialstyrelsen ska utforma uppföljningen så att den omfattar en rad områden, bland annat överenskommelsen mellan staten och SKR om ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården inklusive regionernas handlingsplaner för ökad tillgänglighet. En del av uppdraget är att följa upp och analysera regionernas uppfyllnad av de ingående delarna av överenskommelsen om ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården.

I överenskommelsen för 2022 (avsnitt 4.1) och i tilläggsöverenskommelsen 2022 (avsnitt 4.1) framgår att regionerna ska lämna en slutredovisning senast den 31 mars 2023. I slutredovisningen ska regionerna redovisa hur de har använt medlen inom ramen för överenskommelsen, inklusive tilläggsöverenskommelsen 2021 tilläggsöverenskommelsen 2022. Redovisningen ska innehålla en beskrivning av:

- hur **2022 års stimulansmedel** har använts för att genomföra insatser i enlighet med vad som anges i överenskommelsen samt **resultatet av genomförda insatser**,
- hur **2022 års stimulansmedel** har använts till att **minska väntetiderna inom BUP** samt resultatet av genomförda insatser,
- hur **2021 års stimulansmedel** har använts för att **stärka det strategiska tillgänglighetsarbetet och förutsättningar för att omhänderta den uppskjutna vården** i enlighet med **tilläggsöverenskommelsen 2021** (avsnitt 3.2), samt resultatet av genomförda insatser.
- hur **2022 års stimulansmedel** har använts för att **säkerställa att vård snabbare erbjuds till väntande patienter och samverkan om stödjande verksamheter** i enlighet med **tilläggsöverenskommelsen 2022** (avsnitt 2.2) samt resultat av genomförda insatser.

Slutredovisning ska lämnas senast den 31 mars 2023 till både Socialstyrelsen och Regeringskansliet (Socialdepartementet).

[Kontaktuppgifter till Socialstyrelsen och Regeringskansliet angavs.]