

Vårdgaranti och kömiljard – uppföljning 2012

Du får gärna citera Socialstyrelsens texter om du uppger källan, exempelvis i utbildningsmaterial till självkostnadspris, men du får inte använda texterna i kommersiella sammanhang. Socialstyrelsen har ensamrätt att bestämma hur detta verk får användas, enligt lagen (1960:729) om upphovsrätt till litterära och konstnärliga verk (upphovsrättslagen). Även bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten, och du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

Artikelnr 2013-5-30

Publiserad www.socialstyrelsen.se, maj 2013

Förord

Sedan år 2005 finns en vårdgaranti som reglerar väntetider inom primärvård och specialiserad vård. Sedan år 2009 finns den särskilda satsningen ”kömiljarden”. Kopplat till dessa reformer har Socialstyrelsen ett regeringsuppdrag att genomföra årliga utvärderingar.

Denna rapport, den fjärde i ordningen, följer upp och utvärderar utvecklingen av väntetider under 2012 nationellt och regionalt. Liksom i tidigare rapporter redovisas också hur väl landstingen uppfyllt prestationskraven i kömiljarden och vilken ersättning de fått. Vårdgarantin syftar till att korta väntetiderna till nybesök i primärvården och specialistvården samt till behandling efter det att ett behandlingsbeslut fattats. Detta kan innebära att tillgängligheten till diagnostik och återbesök blir lidande och att den medicinska prioriteringsordningen åsidosätts. I regeringsuppdraget har detta problem adresserats genom att det särskilt anges att myndigheten ska studera eventuella undanträngningseffekter av vårdgarantin och kömiljarden. I denna rapport redovisas studier av undanträngning ur tre olika infallsvinklar; prioritering inom kataraktkirurgi, återbesök för patienter med glaukom samt kontrollbesök för diabetiker. Studien av karaktär och studien av diabetes har använt uppgifter från det nationella Kataraktregistret respektive det nationella Diabetesregistret. Socialstyrelsen vill rikta ett särskilt tack för det bidrag som ansvariga för dessa båda register lämnat till arbetet.

En viktig aspekt i utvärderingen av reformer är hur de omsätts i praktiken. Ett genomförande av vårdgarantin kräver att såväl befolkningen som personalen har kunskaper om innehållet i garantin och de möjligheter den ger för patienter att påverka sin väntetid. Även medborgarnas och personalens attityd till garanti och kömiljard är av vikt när det gäller att bedöma reformernas resultat. Socialstyrelsen har i de tidigare rapporterna genomfört såväl enkät- som intervjustudier med befolkningen respektive olika personalgrupper. I denna rapport har vi särskilt studerat medierapporteringens betydelse för befolkningens kunskaper och attityd till garanti och kömiljard. Studien har genomförts av Med. Dr. Mio Fredriksson vid Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, Uppsala universitet.

Liksom i tidigare utvärderingar har ett samarbete skett med SKL i det att Socialstyrelsen fått tillgång till data från den väntetidsdatabas som SKL administrerar.

Rapporten har utarbetats av delprojektledare Anne Tiainen i samarbete med projektledaren Marianne Hanning. Utredaren Jens Wilkens och statistiker Tzega Muzollo har svarat för sammanställningar och statistiska bearbetningar. Ansvarig enhetschef för uppdraget har varit Marie Lawrence.

Lars-Erik Holm
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Inledning	9
Vårdgaranti och kömiljard – bakgrund	9
Socialstyrelsens uppdrag och tidigare uppföljningar	10
Sammanfattning av Socialstyrelsens uppföljning 2009–2011	11
Metod och genomförande	14
Begrepp	17
Uppföljning av vårdgarantin	18
Inledning	18
Väntetider inom primärvården	18
Vårdgaranti och väntetider inom den specialiserade vården	21
Kömiljarden	28
Inledning	28
Landstingens ersättning från kömiljarden	28
Landstingens ersättning från kömiljarden	30
Faktiska väntetider	32
Inledning	32
Faktiska väntetider från SKL:s väntetidsdatabas	32
Faktiska väntetider inom cancervården	35
Undanträngning	38
Inledning	38
Undanträngning inom ögonsjukvården	38
Undanträngning vid operation av grå starr	39
Undanträngning och återbesök för patienter med glaukom	46
Undanträngning och tiden för kontrollbesök inom diabetesvården	49
Två andra studier av undanträngning	53
Vårdgaranti, kömiljard och medierna	55
Inledning	55
Studie av mediebevakningen av vårdgarantin och kömiljarden	56
Resultat	57

Information om vårdgarantin på landstingens webbplatser	64
<i>Diskussion och slutsatser</i>	65
<i>Referenser</i>	70
<i>Bilageförteckning</i>	71
<i>Bilaga 1 Olika typer av undanträngning</i>	72
<i>Bilaga 2 Genomgång av landstingens webbplatser när det gäller information om vårdgarantin</i>	75

Sammanfattning

Socialstyrelsen har följt vårdgarantin och de väntetider den omfattar i fyra år, och den bild som växer fram är att väntetiderna inom både primärvård och specialistvård minskat över åren och sedan 2011 nått en mer stabil nivå. Skillnaderna mellan landstingen är dock fortfarande relativt stora och för väntetider inom den specialiserade vården finns tendenser till att skillnaderna ökat under 2012. Bland annat varierar andelen patienter som väntat mer än tre månader på ett specialistbesök mellan drygt 20 och 2 procent.

Socialstyrelsens uppföljning av väntetider innehåller för första gången även uppgifter om de faktiska väntetiderna för de patienter som varit på ett första specialistbesök respektive för de patienter som påbörjat en behandling under året. Uppgifterna visar att en tredjedel av patienterna hade väntat mindre än en månad och inom två månader hade drygt två tredjedelar påbörjat en behandling. Andelen patienter som väntat över 90 dagar varierar mellan olika specialiteter och när det gällde plastikkirurgiska behandlingar hade över hälften av patienterna väntat mer än 90 dagar. För övriga kirurgiska specialiteter som studerats varierade andelen patienter, som fått vänta längre än 90 dagar, från 11 till 22 procent.

Prestationskraven och regelverket för att få del av den så kallade kömiljarden, vilken syftar till att stimulera landstingen till att arbeta för kortare väntetider, var desamma 2012 som för och 2011. Gotland som var ett av sju landsting som klarade alla kraven fick störst ersättning utslaget per invånare; 544 kronor. Uppsala fick däremot ingen ersättning alls och i Dalarna som fick näst minst var ersättningen endast 4 kr per invånare.

En kritik som riktats mot vårdgarantin är att den leder till omprioriteringar av patientgrupper med vårdbehov som inte omfattas av garantin. Det har hävdats att områden och delar av vårdkedjan som inte omfattas av vårdgarantin fått försämringar till förmån för den vård som garantin omfattar. Socialstyrelsen har gjort fördjupade analyser avseende eventuella undanträngningseffekter av vårdgarantin och kömiljarden. De områden som studerats omfattar tre olika vårdområden: prioritering inom kataraktkirurgi, återbesök för patienter med glaukom samt kontrollbesök för personer med diabetes. Beträffande kataraktkirurgi tyder resultaten på att undanträngning förekommit genom att väntetiderna för lägre prioriterade grupper har förbättrats på bekostnad av högre prioriterade patienters väntetid. Slutsatserna rörande återbesök för patienter med glaukom respektive kontrollbesök för patienter med diabetes är att det inte går att fastställa att undanträngning förekommer.

Socialstyrelsen har för denna uppföljning dessutom studerat medierapporteringens betydelse för befolkningens kunskaper och attityder till vårdgarantin och kömiljarden 2009-2011. Studien visar en tydlig nedgång i rapporteringsfrekvensen över perioden, vilket tyder på att frågan i sig har blivit mindre kontroversiell. Av de sambandsanalyser som gjorts framkommer att det finns ett positivt samband mellan medierapporteringens omfattning i de

olika landstingen och befolkningens kännedom om att vårdgarantin handlar om väntetider respektive befolkningens attityd till garantin.

Inledning

Vårdgaranti och kömiljard – bakgrund

Vårdgarantier har funnits i svensk sjukvård sedan 1992. Innehållet i garantierna har dock skiftat och den nuvarande utformningen har funnits sedan 2005. Under lång tid byggde garantierna på årliga överenskommelser mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), men från och med den 1 juli 2010 regleras vårdgarantin i 4 § och 3 g–3 h § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL. Enligt dessa bestämmelser har landstingen skyldighet att ge patienterna individuellt anpassad information om vårdgarantin, samt att erbjuda dem som är bosatta inom landstinget en vårdgaranti som innehåller en försäkran om att den enskilde inom viss tid får

1. kontakt med primärvården (tillgänglighetsgaranti)
2. besöka läkare inom primärvården (besöksgaranti)
3. besöka den specialiserade vården (besöksgaranti)
4. planerad vård (behandlingsgaranti).

Vilka maximala väntetider som ska gälla anges i förordningen (2010:349) om vårdgaranti. De nu gällande väntetiderna, som varit oförändrade sedan 2005, anger att primärvården ska erbjuda kontakt per telefon eller på plats samma dag som patienten kontaktar vården. Om ett läkarbesök ska göras ska detta kunna erbjudas inom sju dagar. Om patienten remitteras till en specialist ska ett första besök erbjudas inom 90 dagar från den dag när remissen utfärdas. I de fall vårdgivaren har fattat ett beslut om operation eller annan åtgärd ska patienten erbjudas en tid för detta inom 90 dagar.

I HSL anges också att i de fall landstinget inte uppfyller besöksgarantin eller behandlingsgarantin ska landstinget ansvara för att patienten får vård hos en annan vårdgivare utan extra kostnad för patienten. Slutligen stadgas i 3 § HSL att landstingen ska rapportera in uppgifter om väntetider till en nationell databas.

HSL slår fast att det alltid är medicinska prioriteringar och indikationer för vård och behandling som ska utgöra grunden för de medicinska besluten och därmed utlösa vårdgarantin. Utgångspunkten är också HSL:s krav på att vårdgivarens beslut om behandling ska tas i samråd med patienten. Detta innebär att det är förenligt med vårdgarantin att väntetiden till en operation eller annan åtgärd kan överstiga 90 dagar, om patienten och den behandlande läkaren kommer överens om detta.

Ända sedan den första vårdgarantin kom till har det funnits en stark koppling mellan vårdgarantin och valfrihetsreformen, i och med att patienterna har rätt att begära att få vård hos en annan vårdgivare om den första vårdgivaren överskrider väntetidsgränserna. Möjligheten att välja vårdgivare regleras i 5 § HSL. Om en patient väljer en annan vårdgivare är det dock vård-

garantin som ger honom eller henne rätt att även få ersättning för eventuella extra kostnader som uppstår på grund av valet.

I slutet av 2008 beslutade regeringen och SKL att en särskild satsning skulle göras för att stimulera landstingen till att arbeta för kortare väntetider. Satsningen som skulle pågå under tre år kom i dagligt tal att kallas för ”kömiljarden”. Överenskommelsen innebar att ett prestationsbaserat resurstillskott på en miljard kronor per år skulle fördelas till landstingen.

År 2011 gjordes en ny överenskommelse, där parterna förlängde kömiljardsatsningen så att den skulle gälla fram till och med 2014. I den nya överenskommelsen skärptes prestationskraven, och principerna för hur kömiljarden skulle fördelas ändrades. I överenskommelsen sägs också att de tidsgränser som har lagts fast ska tjäna som utgångspunkt, men att det även fortsättningsvis kommer att slutas årliga överenskommelser om vilka villkor som ska gälla för den prestationsbaserade ersättningen.

Det sägs också att regeringen och SKL under 2011–2012 avser att utreda förutsättningarna för att lägga om den prestationsbaserade ersättningen. Syftet med en sådan omläggning vore att fokusera uppföljningen av väntetiderna på patientens hela väg genom vården.

Socialstyrelsens uppdrag och tidigare uppföljningar

I samband med överenskommelsen om kömiljardsatsningen fick Socialstyrelsen uppdraget att följa upp vilka insatser landstingen gjort för att genomföra den nationella vårdgarantin och kömiljarden under åren 2009–2011. Uppdraget omfattade att i årliga rapporter redovisa och analysera resultatet av de åtgärder som landstingen genomfört för att uppfylla den överenskommelse som regeringen och SKL slutit om att överföra en miljard kronor årligen mellan 2009 och 2012 till landstingen, alltså den så kallade kömiljardsatsningen.

I uppdraget ingick också att analysera vilka effekter landstingens satsningar får för tillgängligheten och väntetiderna i vården samt hur patienternas situation påverkas. Myndigheten skulle även följa upp landstingens informationsinsatser samt allmänhetens respektive hälso- och sjukvårdspersonalens kännedom om och attityder till vårdgarantin. Därutöver ingick att presentera landstingsprofiler som visar de enskilda landstingens väntetidssituation samt hinder och framgångsfaktorer för det lokala tillgänglighetsarbetet.

I september 2010 fick Socialstyrelsen ett tilläggsuppdrag som gällde en fördjupad analys av den så kallade undanträngningseffekten till följd av vårdgarantin och kömiljarden. Undanträngning innebär att patienter som har problem av mindre medicinsk allvarlighetsgrad får vård före patienter som har större medicinskt vårdbehov. Med utgångspunkt i detta uppdrag har myndigheten publicerat tre rapporter under åren 2009–2012 [1-3].

I februari 2012 fick Socialstyrelsen ett förnyat uppdrag att fortsätta de årliga uppföljningarna av vårdgarantin och kömiljarden. Sedan i mars 2012 har detta uppdrag kommit att ingå i ett samlat uppdrag till myndigheten att utveckla uppföljningen av hälso- och sjukvårdens tillgänglighet.

Sammanfattning av Socialstyrelsens uppföljning 2009–2011

Positiv utveckling av väntetider

Målet med vårdgarantin och kömiljarden är att korta väntetiderna. Därför är det mest centrala i uppföljningen att se om väntetiderna har förändrats i den avsedda riktningen.

Uppföljningen av de delar av garantin som handlar om telefonkontakt samma dag samt besök i primärvården inom en vecka visade att måluppfyllelsen legat stabilt runt 90 procent i båda fallen. Det framgår också att skillnaderna i måluppfyllelse mellan landstingen minskat över åren. En annan slutsats var att en god tillgänglighet också innebär nöjdare patienter. I uppföljningen gjorde Socialstyrelsen även en jämförelse med uppgifter från den nationella patientenkäten om andelen besvarade telefonsamtal respektive andelen besök inom sju dagar. Jämförelsen visade att det finns ett klart samband mellan primärvårdens tillgänglighet och hur nöjda patienterna är.

När det gäller väntetider till besök och behandling i specialistsjukvården kunde Socialstyrelsen konstatera att rapporteringen till den nationella väntetidsdatabasen förbättrats under de senaste åren. Därmed har även möjligheterna att följa utvecklingen förbättrats. Under 2010 förtydligades dessutom olika definitioner, vilket innebar att utvecklingen från 2011 och framåt kan beskrivas med stöd av ett mer tillförlitligt underlag.

Ser man till utvecklingen från 2009 och framåt har antalet väntande patienter minskat, och minskningen är relativt kraftig. Socialstyrelsens tolkning av dessa uppgifter är att minskningen delvis åstadkommits med långsiktiga åtgärder från vårdgivarnas sida, till exempel att de har förbättrat sin logistik och på andra sätt effektiviserat arbetet. Men en annan del av förklaringen är förändringar av mer administrativ karaktär. Ett sådant exempel kan vara att vårdgivarna går igenom väntelistorna för att rensa ut de patienter som av olika skäl inte är aktivt väntande. Ett annat exempel är att garantin kan ha gjort att en vårdgivare avvaktar med att sätta upp patienter på en väntelista om de inte är i behov av vård inom tre månader.

Uppföljningen visade även att antalet väntande patienter inom den specialiserade vården i stort sett var oförändrat under 2011. Andelen patienter som väntade i längre än 90 dagar fortsatte däremot att minska något under året, när det gäller såväl besök som behandling.

Socialstyrelsen jämförde även väntetiderna inom de medicinska specialiteter vilka har åtgärder som särskilt följs upp i väntetidsdatabasen. Jämförelsen visade att väntetiderna varierade stort mellan olika specialiteter. Andelen patienter som väntat mer än 90 dagar var högst inom plastikkirurgi, ryggkirurgi och neurologi.

Färre landsting klarade kömiljardens skärpta prestationskrav

Under 2011 förändrades de krav som landstingen skulle uppfylla för att få del av kömiljarden. Framför allt ändrades tidpunkterna för när avstämningarna för att få del av miljarden ska ske. Sedan 2011 sker avstämningarna varje månad. För 2011 skärptes också prestationskraven, så att den maximala väntetiden för ersättning gick från att vara 90 dagar till 60 dagar. Sam-

tidigt sänktes procentsatsen från 80 och 90 procent till 70 respektive 80 procent, det vill säga att vårdgivaren för att få ersättning ska erbjuda vård till 70 eller 80 procent av patienterna inom 60 dagar.

År 2009 fick alla landsting del av kömiljarden. Även under 2010 fick samtliga landsting del av kömiljarden, men skillnaderna i ersättning var relativt stora och många landsting hade svårt att klara 90-procentsmålet, framför allt för tiden till behandling. Under 2011 var det fem landsting som endast klarade kravet att minst 70 procent av patienterna på väntelistorna till specialistläkarbesök skulle ha väntat 60 dagar eller mindre. Ersättningsmässigt innebär detta en skillnad för landstingen mellan 11 och 590 kronor per invånare.

Även i specialistvården jämförde Socialstyrelsen tillgänglighet och patientnöjdhet, men med ersättningen från kömiljarden som ett mått på tillgänglighet. Denna jämförelse visade att när det gäller specialistsjukvården får landsting som har kortare väntetider bättre betyg av sina invånare, jämfört med i primärvården.

Undanträngning en svårbedömd fråga

Ända sedan den första vårdgarantin kom 1992 har frågan om undanträngning diskuterats. Det som ansetts vara det största problemet med systemet med maximala väntetider är att den kan leda till problem med att upprätthålla prioriteringsprincipen som säger att det är vårdbehovet som ska avgöra hur länge en patient ska behöva vänta. Representanter för patientorganisationer och i viss utsträckning även landstingens representanter har bekräftat denna bild. Det är oftast patienter med kroniska sjukdomar och behov av regelbundna återbesök som lyfts fram som exempel på en grupp som riskerar att trängas undan.

Socialstyrelsens uppföljningar har fokuserat på återbesök för patienter med långvariga vårdbehov. I en särskild studie jämfördes till exempel väntetidsutvecklingen för patienter som väntar på ett första specialistbesök med väntetidsutvecklingen för patienter som väntar på återbesök inom samma verksamhetsområde. Utöver att göra dessa mer statistiska jämförelser inhämtade Socialstyrelsen även underlag från intervjustudier med olika yrkesgrupper, tog kontakt med patientorganisationer och gick igenom tillsynsändringen och klagomål till Socialstyrelsen och patientnämnderna i landet.

Den jämförande återbesöksstudien visade att patientgrupper som är i behov av regelbundna kontroller eller rehabiliteringsinsatser ofta blir kallade till återbesök först långt efter att det medicinska måldatumet har passerats. Detta behöver inte tyda på undanträngningseffekter som har orsakats av vårdgarantin eller kömiljarden, men den samlade bilden var ändå att det finns ett sådant samband. Till exempel framkom det av de uppgifter som har ingått i uppföljningen att det under 2009 och 2010 förekom att vårdgivarna omprioriterade återbesökspatienter för att uppnå prestationskraven inför avstämningarna när medel från kömiljarden skulle fördelas.

Vid uppföljningen för 2011 fanns det bättre uppgifter över väntetiderna för patienter som väntar på återbesök. Av dessa uppgifter kunde Socialstyrelsen dra slutsatsen att väntetidsutvecklingen för återbesökspatienter ibland avviker kraftigt från förstabesökspatienters. I flera fall kunde det till

exempel visas att väntetiderna för återbesökspatienter hade förlängts markant jämfört med hur läget var i slutet av 2010. Men även det omvända mönstret förekom.

En annan fråga som Socialstyrelsen menade bör studeras mer ingående är om utomlänspatienter tränger undan patienter med exakt samma åkommor i det egna landstinget, eftersom de genererar större intäkter. Inom ramen för uppföljningarna har några sådana exempel dykt upp. Om det skulle visa sig att sådan undanträngning är vanligt förekommande skulle det kunna vara en negativ bieffekt av vårdgarantin och kömiljarden. Något som komplicerar uppföljningen är dock att andra reformer kan ha liknande undanträngningseffekter och påverka samma patientgrupper. Ett exempel är att utformningen av vissa ersättningssystem som introducerades i samband med vårdvalsreformen har gett upphov till diskussioner om vårdinsatser för ”lönsamma” och ”olönsamma” patienter.

Mer långsiktiga insatser för att korta köerna och väntetiderna

Socialstyrelsen genomförde under 2009 och 2010 besök i samtliga landsting. Vid dessa besök framkom att landstingen alltmer arbetade för att få till stånd mer långsiktiga förändringar för att lösa problemet med väntetiderna, till exempel genom produktionsplanering, omorganisation och processtyrning. Vårdgarantin och kömiljarden hade också ökat landstingsledningarnas engagemang i frågan.

Två åtgärder som visade sig vara vanliga i landstingen var att köpa in kapacitet från producenter utanför landstinget och att hyra in personal, framför allt läkare. Både att köpa vård och att hyra in personal kan dock anses vara kortsiktiga åtgärder. I uppföljningarna kunde dock konstateras att dessa lösningar blivit mer eller mindre permanenta i en del landsting.

Ökat patientinflytande

En positiv effekt av vårdgarantin, som personal och patientorganisationer har framhållit, är att patienternas inflytande över den egna vården har ökat. En befolkningsenkät som ingick i uppföljningarna visade dock att invånarna hade låg kännedom om de möjligheter till inflytande och val av vårdgivare som vårdgarantin ger dem.

I uppföljningarna har det också framkommit att även personalen har en bristfällig kännedom om vårdgarantin och de bestämmelser den bygger på för att patienterna ska kunna garanteras den hjälp och det stöd de har rätt att få. Socialstyrelsen har därför framhållit att det är viktigt att landstingen ser över både sina rutiner och innehållet i den information som ges till patienter i de fall där vårdgarantin inte kan hållas.

Personalen positiv till vårdgaranti, men mer tveksam till kömiljarden

Personalens kunskap och attityder till vårdgarantin och kömiljarden studerades i en intervjuundersökning i slutet av 2011. I undersökningen framkom att många menade att vårdgarantin hade haft positiva effekter genom att

patienterna till exempel fått bättre tillgång till vården. En annan ståndpunkt var att garantin hade ökat motivationen för vårdgivarna att effektivisera sitt arbete och att förbättra samarbetet i vårdkedjan. De intervjuade såg det också som positivt att det nu fanns tydliga krav på väntetider.

I intervjuerna lyftes också vissa negativa effekter upp. Några exempel var att vårdgarantin kan ge en högre arbetsbelastning, och att inte alla patienter, framför allt inte de äldre, ges den tid de behöver inför till exempel ett större ingrepp.

Personalens attityder till kömiljarden var inte lika positiv. Problem som nämndes var till exempel att ersättningarna från ”miljarden” går till lands-ting som redan har en god ekonomi, att det bara är en tillfällig satsning, och att den har lett till ”fiffel” med redovisningen för att nå upp till kraven.

Metod och genomförande

Modell för uppföljningen

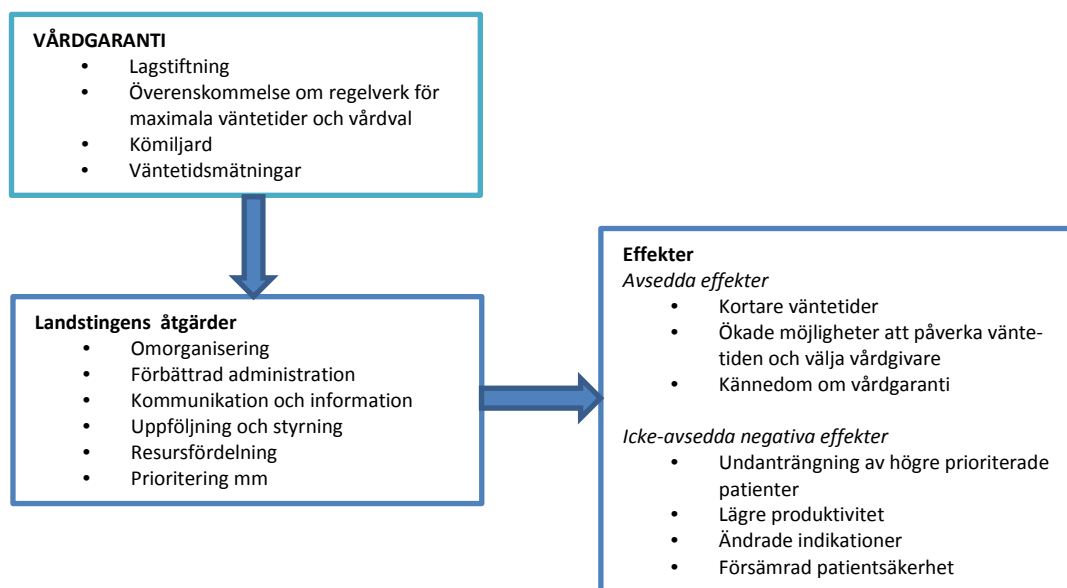
I sitt uppdrag att följa upp vårdgarantin och kömiljarden ska Socialstyrelsen med stöd av olika uppgifter redogöra för effekterna av reformerna. I möjligaste mån ska myndigheten även kunna relatera dessa effekter till olika åtgärder som vidtagits på nationell och regional nivå.

När man genomför reformer finns en risk att de inte enbart får avsedda effekter, utan också effekter som inte var avsiktliga. Dessa icke-avsiktliga effekter kan vara både positiva och negativa för verksamhetens övergripande mål. I fallet med vårdgarantin och kömiljarden kan undanträngning vara en sådan icke-avsedd negativ effekt. Andra tänkbara icke-avsiktliga negativa effekter kan gälla försämrad arbetsmiljö, sämre patientsäkerhet, förändrad produktion och en anpassning av indikationerna för olika behandlingar.

Två förhållanden som kan påverka resultatet av en reform förändringar i omvärlden. Det tar lång tid att anpassa en verksamhet till nya regelverk, och under denna tid hinner det inträffa många förändringar som inte är en del av reformen, men som ändå påverkar det som reformen är tänkt att uppnå. Dessa förhållanden minskar givetvis möjligheterna kunna konstatera att en viss effekt har ett samband med just vårdgarantin och kömiljarden.

En enkel modell över vårdgarantireformens styrmedel och effekter beskrivs i figur 1.

Figur 1: Vårdgarantireformen – styrmedel och effekter



Material

I denna rapport, liksom i Socialstyrelsens tidigare rapporter, har underlaget för att följa upp väntetiderna i vården huvudsakligen hämtats från den nationella väntetidsdatabas som SKL administrerar (www.vantetider.se). Databasen hanterar uppgifter om patienternas väntetider till nybesök i primärvården, till det första besöket till en specialist samt deras väntetid till behandling. Den del av vårdgarantin som handlar om telefontillgänglighet följs upp av varje enskilt landsting, men SKL sammanställer sedan dessa uppgifter nationellt.

De väntetider som rapporteras in till väntetidsdatabasen avser hur länge de som finns på väntelistorna vid mättillfället har väntat. Från och med halvårsskiftet 2010 utökades inrapporteringen, så att landstingen numera även rapporterar hur länge patienterna faktiskt fick vänta på specialistbesök och behandlingar. I den här uppföljningen finns nu för första gången även dessa faktiska väntetider med.

I det avsnitt som beskriver faktiska väntetider ingår också en redogörelse för de faktiska väntetiderna inom cancerområdet. Redogörelsen bygger på de mätningar som Socialstyrelsen gjort med stöd av uppgifter från kvalitetsregister på området [4].

Uppföljningen av undanträngning har i denna årsrapport fokuserats på tre områden: prioritering av gråstarrsoperationer, återbesök för patienter med glaukom samt kontrollbesök för personer med diabetes. För varje område har en särskild studie genomförts. Studierna av grå starr och diabetes bygger på material från kvalitetsregistren inom respektive område. Kontrollbesöken vid glaukom har studerats med hjälp av Socialstyrelsens patientregister.

I årets uppföljning ingår också en särskild studie av medias roll för befolkningens kunskap om och attityder till vårdgarantin och kömiljarden.

Underlaget till denna studie kommer från en mediebevakningstjänst som Socialstyrelsen haft under ett antal år.

Mer detaljerade redogörelser för de olika underlag som använts i uppföljningen finns i inledningen till respektive studie och avsnitt.

Rapportens disposition

Rapporten inleds med en redogörelse för hur väntetiderna utvecklats och i vilken mån vårdgarantins väntetidsgränser har uppfyllts under 2012. Jämförelser görs också med föregående år. För den specialiserade vården redovisas även en översiktlig jämförelse av utvecklingen från 2009 och framåt.

Därefter följer ett kapitel om kömiljarden och landstingens måluppfyllelse. Där redovisas även den ersättning som de olika landstingen fått under 2012.

I ett särskilt kapitel redovisas sedan de nya uppgifterna om faktiska väntetider, från väntetidsdatabasen samt från Socialstyrelsens egen uppföljning av väntetider inom cancervården.

I ett relativt omfattande kapitel redovisas därefter de tre separata studier som genomförts för att belysa problemet med undanträngning.

Det näst sista kapitlet berör olika frågeställningar kring vårdgaranti och kömiljard, där särskilda studier har gjorts. Det avslutas med ett avsnitt om mediebevakningen och befolkningens kunskaper om och attityder till dessa reformer.

Rapporten avslutas med en diskussion där Socialstyrelsen redogör för de slutsatser som myndigheten kommit fram till i 2012 års uppföljning. I Socialstyrelsens rapport för 2009–2011 ingick ett mer teoretiskt avsnitt om olika typer av undanträngning och om myndighetens förhållningssätt när det gäller undanträngning. Detta avsnitt ingår även i år, men nu som en bilaga till rapporten.

Avgränsningar

Av figur 1 framgår att uppföljningen av vårdgarantin och kömiljarden är avgränsad till

- reformernas effekter på väntetiderna
- patienternas situation
- kännedomen om vårdgarantin
- undanträngningen av vissa patientgrupper.

Socialstyrelsen menar att även följande områden behöver följas upp, för att bilden av vårdgarantins effekter ska bli mer komplett:

- hur produktionen utvecklas
- i hur stor utsträckning patienter byter vårdgivare
- om indikationerna för olika insatser förändras.

Även förändringar i remissförfarande och i administrationen av väntelistor är effekter som bör studeras ytterligare, men som hittills inte har ingått i uppföljningarna.

I årets uppföljning ligger fokus på den specialiserade vården. Skälet till detta är att det är för denna del av vårdgarantin som kömiljarden fördelas. Vårdgarantins effekter på primärvården har alltså inte studerats lika ingående, trots att beroendet mellan primär och sekundär vård är omfattande.

I tidigare uppföljningar av vårdgarantin har det framgått att problemet med väntetider är mer eller mindre omfattande inom olika verksamhetsområden och för olika behandlingar. I den här rapporten ingår dock endast en översiktlig jämförelse av väntetiderna inom några kirurgiska specialiteter. Jämförelsen pekar på vissa skillnader, som visar att det i framtida uppföljningar vore önskvärt att mer ingående studera sambanden mellan väntetider, produktivitet och indikationer inom olika områden. Ett exempel på hur en sådan studie skulle kunna genomföras finns i det avsnitt i rapporten som redogör för undanträngning inom gråstarrskirurgi.

Begrepp

I rapporten kommer fortsättningsvis beteckningen landsting att användas även för Region Halland, Region Skåne, Västra Götalandsregionen och Region Gotland. Landstingen benämns dessutom oftast enbart med den geografiska delen av namnet, exempelvis Jämtland i betydelsen Jämtlands läns landsting.

Förkortningen SKL används för organisationen Sveriges Kommuner och Landsting.

En del av vårdgarantin gäller väntetiden till behandling. I begreppet behandling ingår alla behandlande åtgärder, operationer och så vidare.

Uppföljning av vårdgarantin

Inledning

De uppgifter som Socialstyrelsen har använt för att följa upp vårdgarantin kommer från SKL:s databas *Väntetider i vården*.¹ Väntetidsdatabasen omfattar sedan 1 april 2010 samtliga patienter som väntar på en operation eller åtgärd och inte enbart de 42 operationer och åtgärder som har följts upp sedan tidigare [2, 3]. I denna rapport presenteras båda uppgifterna.

Telefontillgängligheten och besöksgarantin inom primärvården omfattats inte av kömiljarden. De är därmed inte heller föremål för någon prestationsbaserad ersättning på nationell nivå.

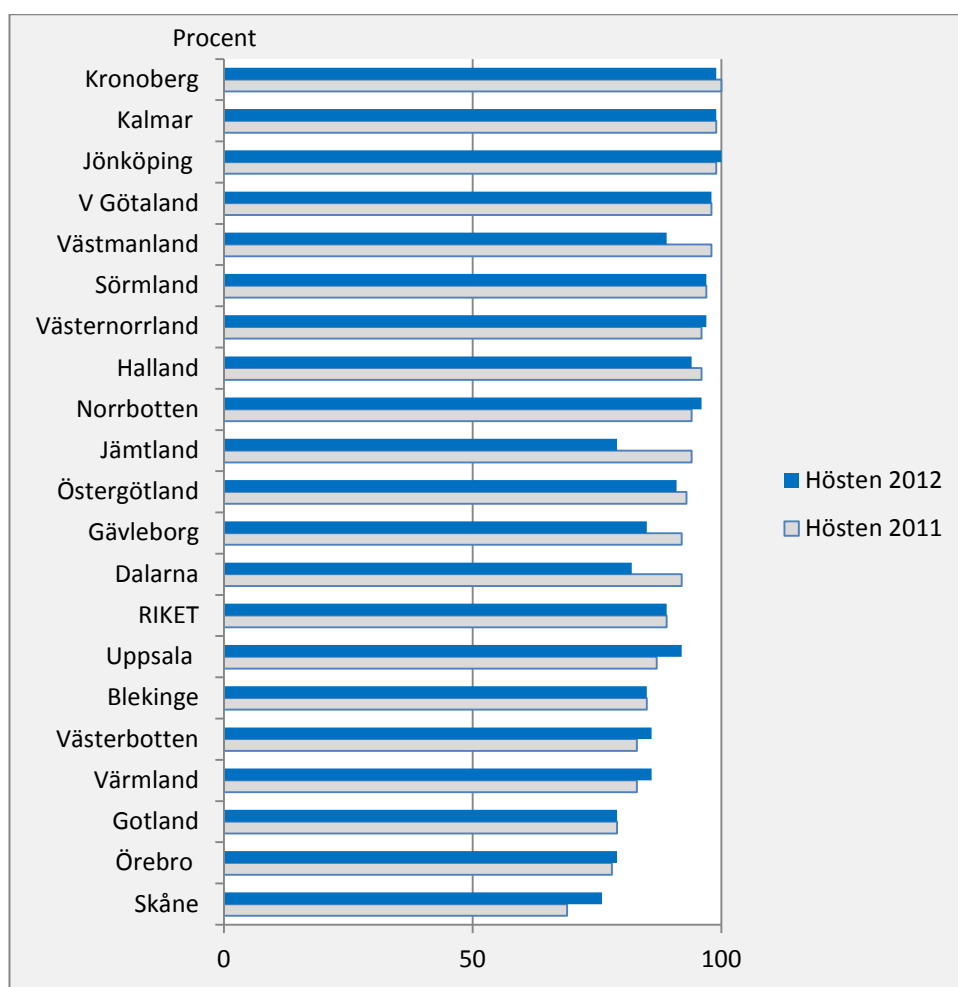
Väntetider inom primärvården

Telefontillgänglighet

Telefontillgängligheten inom primärvården sammanställs av SKL. Uppskattningsvis finns det för närvarande cirka 1 300 vårdcentraler i landet. I de nationella mätningarna av denna tillgänglighet deltar de vårdcentraler, både privata och offentliga, som har datoriserade telefonsystem. Vid den senaste mätningen i oktober 2012 deltog 878 vårdcentraler, exklusive Stockholms läns landsting. Stockholms mätningar av telefontillgängligheten redovisas separat på grund av att mätmetoden i det landstinget inte är helt jämförbar med SKL:s metod.

¹ www.vantetider.se

Figur 2. Andel (i procent) av telefonsamtalen till vårdcentralerna som besvarades samma dag, hösten 2011 och hösten 2012, per landsting



Källa: SKL:s databas Väntetider i vården.

Primärvårdens telefontillgänglighet anges i andelen telefonsamtal som besvaras samma dag. Figur 2 visar att den genomsnittliga telefontillgängligheten för riket 2012 var i princip oförändrad jämfört med den förra mätningen hösten 2011: 89,5 procent 2012 och 90,6 procent 2011.

Hösten 2012 besvarades samtliga samtal samma dag vid vårdcentralerna i Jönköping, jämfört med 2011 då vårdcentralerna i Kronoberg låg i topp (100 procents tillgänglighet). I tio landsting nådde man 2012 upp till 90 procent, vilket är tre färre än år 2011. I fyra landsting besvarades mindre än 80 procent av samtalen samma dag. I Skåne, som låg lägst, besvarades 76 procent av samtalen samma dag, vilket dock är förbättring från året innan när andelen endast var 70 procent. Sju landsting försämrade sitt resultat mellan 2011 och 2012.

Stockholms läns landstings telefontillgänglighet

Socialstyrelsen har i tidigare uppföljningar inte redovisat Stockholms läns landstings telefontillgänglighet på grund av att den inte ingår i SKL:s mätning. Stockholm har en egen metod för att mäta telefontillgängligheten, och den har bedömts avvika så mycket från SKL:s mätning att uppgifterna inte

direkt kan jämföras med varandra. Stockholms telefontillgänglighet till vårdcentraler presenteras på webbplatsen www.1177.se

I Stockholms läns landsting rings vid varje mätperiod (365 dagar) 260 kontrollsamtal till varje verksamhet, det vill säga allmänpsykiatri, barn- och ungdomspsykiatri, beroendemottagningar och husläkarverksamheter (totalt 210 mottagningar). Mätningarna inkluderar även vissa kvalitetskrav som måste uppfyllas för att mottagningen ska anses ha god tillgänglighet. Dessa krav är att mottagningen

- svarar inom 1,5 minuter vid direktsvar utan växel
- svarar inom 10 minuter om de har en köfunktion med väntetid
- ringer upp patienten inom 1,5 timme om de använder ett uppringningssystem.

Tabell 1 visar resultaten från Stockholms läns landstings mätning 2011 och 2012

Tabell 1. Telefontillgänglighet i Stockholms läns landsting antal samtal 2011–2012

	2011	2012
Antal kontrollsamtal	53 696	52 908
Antal godkända samtal*	48 845	49 649
Andel godkända	91	91

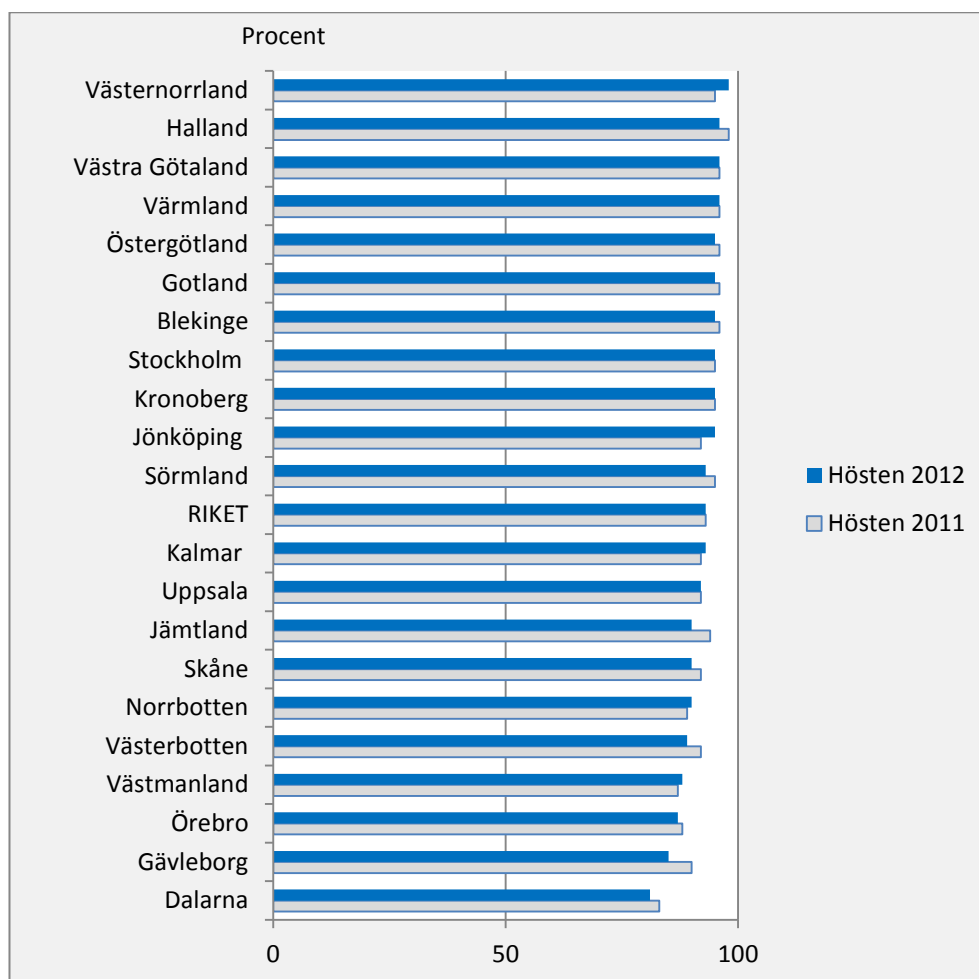
Källa: Stockholms läns landsting

*Samtalen som uppfyller kraven

Väntetid till läkarbesök inom primärvården

För den del av vårdgarantin som gäller att få träffa en läkare inom sju dagar rapporterar vårdcentralerna till SKL under två veckor på våren och två veckor på hösten. Hösten 2012 deltog 1126 vårdcentraler i mätningen, varav 40 procent var privatdrivna på entreprenad.

Figur 3. Andel (i procent) patienter som fick komma på ett läkarbesök i primärvården inom sju dagar, hösten 2011 och hösten 2012, per landsting



Källa: SKL:s databas Väntetider i vården.

Vid mätningen under hösten 2012 var det i genomsnitt 93 procent av patienterna som väntat sju dagar eller mindre, det vill säga andel som året innan. En jämförelse mellan 2011 och 2012 visar att elva landsting försämrade sin tillgänglighet och fem landsting förbättrade sitt resultat. Västernorrland utmärkte sig genom att nå den högsta tillgängligheten i landet (98 procent). I fem landsting var det dock färre än 90 procent av patienterna som inte fick läkarbesök inom sju dagar, jämfört med 2011 då bara fyra landsting hade denna situation.

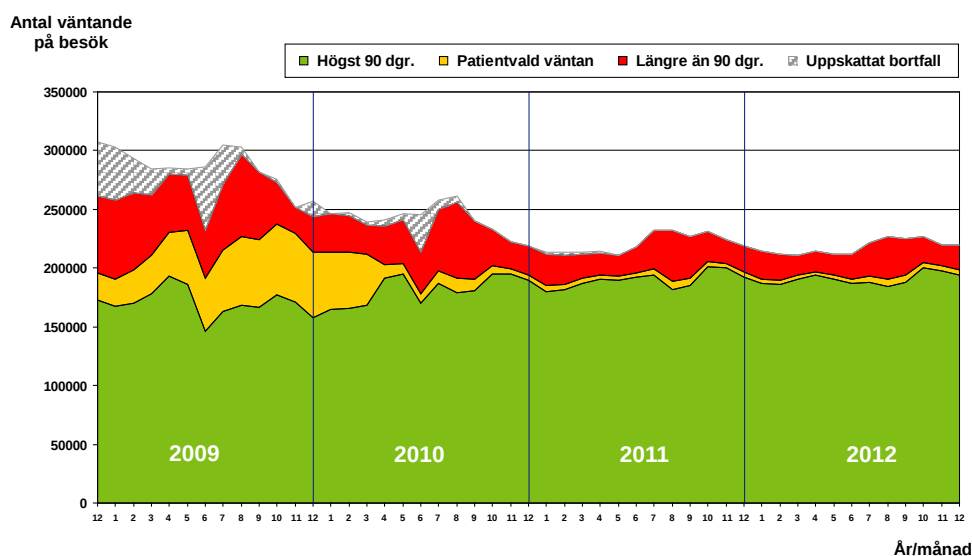
Vårdgaranti och väntetider inom den specialiserade vården

Väntande till specialistbesök

Det totala antalet patienter som väntar på ett specialistbesök har ökat något under 2012 jämfört med 2011 (figur 4) däremot har antalet patienter på väntelista som väntat mer än 90 dagar minskat med fyra procent. Det totala antalet väntande till specialistbesök var drygt 219 000 i december 2012 jämfört med 215 000 i december 2011.

fört med drygt 218 000 år 2011. Antalet väntande längre än 90 dagar uppgick till drygt 20 800 i december 2012 jämfört med drygt 21 700 året innan.

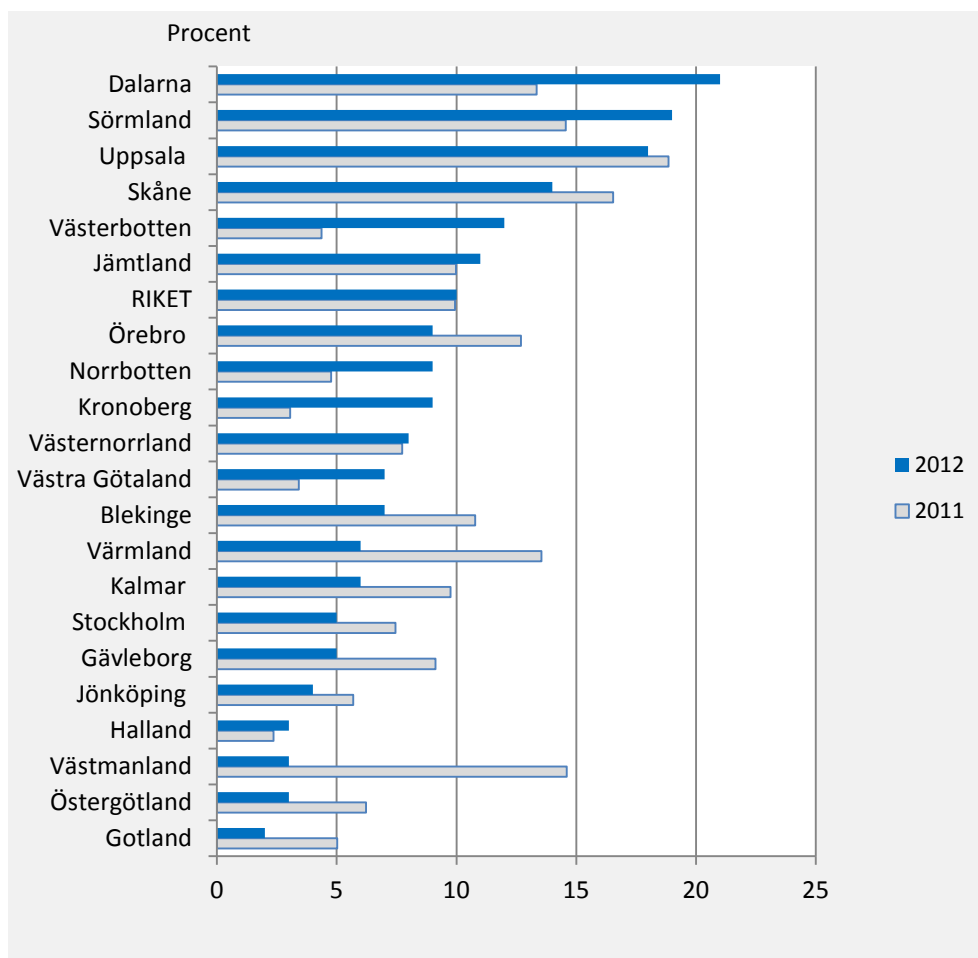
Figur 4. Antal väntande patienter för besök inom den specialiserade vården 2009–2012 i riket



Källa: SKL:s databas Väntetider i vården.

Figur 5 visar att andelen patienter som har väntat längre än 90 dagar på specialistbesök under december 2011 och 2012 var oförändrat i riket. Tolv landsting har lyckats minska andelen väntande längre än 90 dagar under 2012. Västmanland stod för den största minskningen. Däremot ökade andelen väntande längre än 90 dagar kraftigt i Kronoberg, Västerbotten och Dalarna som år 2012 hade den största andelen ”långväntare”.

Figur 5. Andel (i procent) patienter som väntade längre än 90 dagar på ett besök hos specialist, december 2011 och december 2012 (exklusive patientvald väntan), per landsting

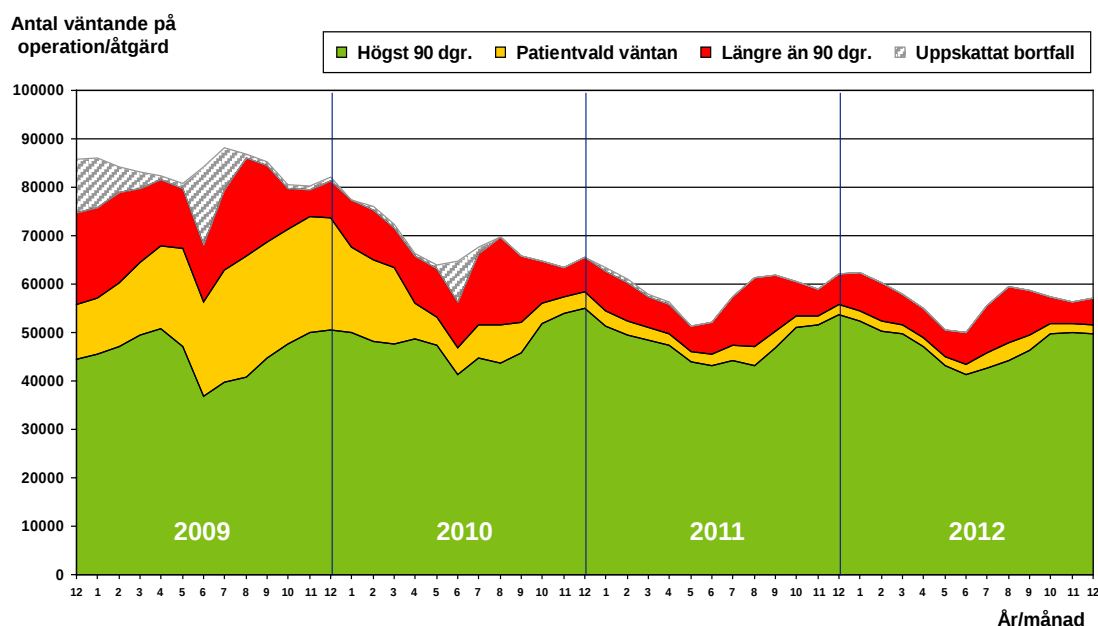


Källa: SKL:s databas Väntetider i vården.

Väntande till behandling

I december 2012 stod totalt 92 000 personer på väntelista till någon behandling (exklusive patientvald väntan). Detta kan jämföras med december 2011, då det totala antalet väntande var fler: 97 500, vilket alltså innebär en minskning på cirka 5 procent. År 2012 hade 10 300 patienter väntat över 90 dagar, och år 2011 väntade 12 200 personer så länge (exklusive patientvald väntan). Även antalet personer som väntade längre än 90 dagar på behandling hade alltså minskat, med så mycket som cirka 16 procent.

Figur 6. Antal väntande patienter på operation/åtgärd inom den specialiserade vården 2009-2012 i riket



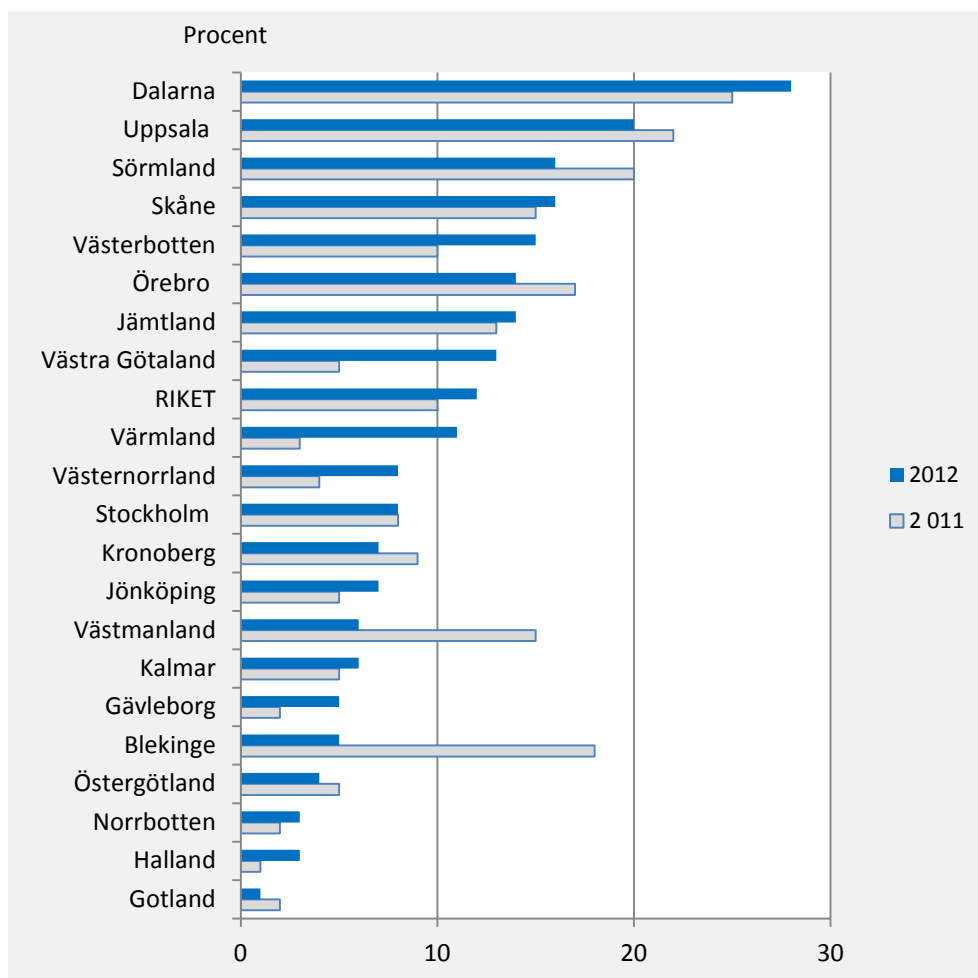
Källa: SKL:s databas Väntetider i vården.

Enligt figur 6 minskade antalet patienter som väntade på någon av de 42 operationer och åtgärder som SKL följer upp, från 63 000 till 57 000 mellan 2011 och 2012. År 2011 hade 2 200 av dessa patienter själva valt att vänta, jämfört med 1 800 patienter 2012.

Andelen patienter som väntat längre än 90 dagar på de 42 olika operationerna och åtgärderna ökade däremot något mellan 2011 och 2012, från 10 procent till 12 procent. Inte heller i dessa siffror ingår patientvald väntan, som utgör cirka tre till fyra procent av de väntande.

I figur 7 visas andelen patienter på väntelista i de olika landstingen som fick vänta längre än 90 dagar på behandling. I åtta landsting minskade denna andel patienter. Den största minskningen skedde i Blekinge och Västmanland, med 13 respektive 9 procent. Den största ökningen hade Västra Götaland och Värmland, där andelen patienter som väntat över 90 dagar ökade med åtta procent.

Figur 7. Andel (i procent) patienter på väntelista som hade väntat längre än 90 dagar på 42 behandlingar och åtgärder, december 2011 och december 2012 (exklusive patientvald väntan), per landsting



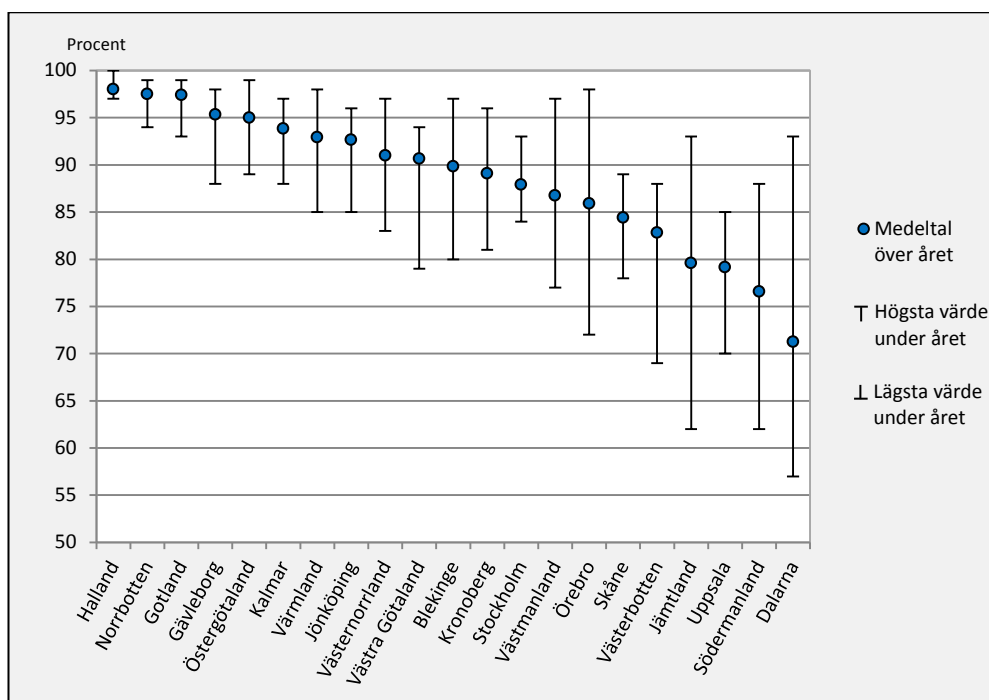
Källa: SKL:s databas Väntetider i vården.

Variation i väntetider under året

I Socialstyrelsens rapport från 2012 redovisades de säsongsvariationer som finns i verksamheten i samband med helger och semesterperioder [3]. Myn-digheten har studerat dessa variationer även för 2012, genom att använda de månadsvisa mätningarna i SKL:s väntetidsdatabas.

Figur 8 visar andelen patienter på väntelista som fick vänta i mindre än 90 dagar på en behandling eller åtgärd 2012. Figuren bygger på uppgifter om hur stor andel av dem som fanns på väntelista vid månadsskiftena under 2012 som hade väntat i mindre än 90 dagar. De lodräta markeringarna i fi-guren visar spridningen mellan den månad då ett landsting hade lägst andel väntande som väntat mindre än 90 dagar och den månad då andelen av de väntande var som högst. I figuren har landstingen sorterats efter den genom-snittliga andelen patienter som väntat mindre än 90 dagar under året.

Figur 8. Andel (i procent) patienter på väntelista som väntat mindre än 90 dagar på behandling eller åtgärd, och andelens variation under 2012, fördelat på landsting



Källa: SKL:s databas Väntetider i vården.

I underlaget från väntetidsdatabasen framgår att juli och augusti är de månader då andelen patienter som har väntat mindre än 90 dagar är som lägst, medan andelen är som högst i oktober till december.

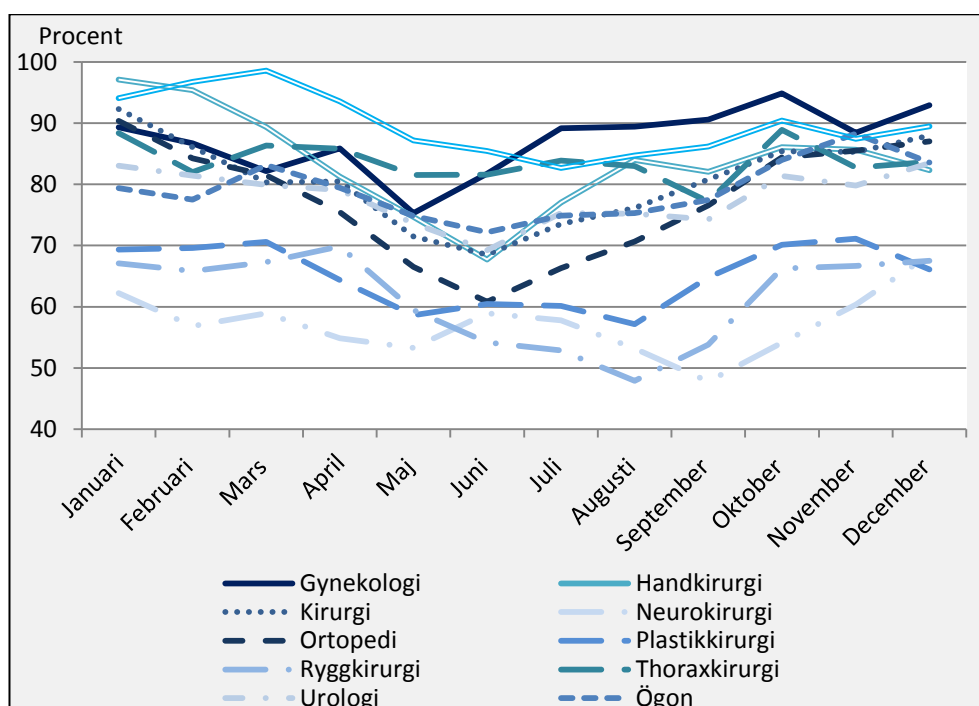
Halland utmärker sig genom att ha den minsta spridningen (mellan den månad då andelen som väntade mindre än 90 dagar var lägst och den månad den var högst): 97 procent respektive 100 procent. Detta gäller för både 2011 och 2012.

Generellt kan konstateras att variationerna över året hade minskat ytterligare i de landsting som hade en liten spridning även 2011. I de landsting som hade en stor variation under 2011 hade spridningen däremot ökat under 2012.

Väntetider till behandling per specialitet

I rapporten från 2012 presenterade Socialstyrelsen väntetidssituationen inom olika specialiteter under 2011 [3]. I figur 8 presenteras motsvarande uppgifter för 2012.

Figur 9. Andel (i procent) patienter på väntelista som väntade i mindre än 90 dagar på behandling, per specialitet och per månad 2012



Källa: SKL:s databas Väntetider i vården.

Av figur 9 framgår hur stor andel av patienterna på väntelistorna under 2012 som väntat mindre än 90 dagar på en operation eller annan åtgärd inom de elva specialiteter som berörs av de 42 behandlingar och åtgärder som finns med i SKL:s databas. I rapporten från 2012 [3] utmärkte sig tre specialiteter som hade svårare att leva upp till vårdgarantin, nämligen neuro-, rygg- och plastikkirurgi. De hade 2011 en låg andel patienter som väntat mindre än 90 dagar, och likadant var det under 2012. I jämförelse med situationen under föregående år har även flera andra specialiteter fått en sämre väntetidssituation speciellt gäller detta under sommarmånaderna.

Kömiljarden

Inledning

Regelverket för att få ersättning från kömiljarden ändrades inte mellan 2011 och 2012. Av tabell 2 framgår vilka prestationskrav som gällde för dessa två år. Uppföljningen av kömiljarden omfattar de 42 operationerna och åtgärderna i SKL:s databas, samt alla övriga inom varje specialitet. Detta till skillnad från uppföljningen av vårdgarantin, där enbart de 42 operationerna och åtgärderna ingår.

Tabell 2. Prestationskrav för fördelning av kömiljarden under 2011–2012.

År	Ersättning (mnkr)	Specialistbesök Väntetid dagar	Operation Väntetid dagar	Redovisning
2011–2012	800	70 %, 60 dagar	70 %, 60 dagar	Inkl. patientvald väntan
	200	80 %, 60 dagar	80 %, 60 dagar	Svarsfrekvens 95 % Månadsvis av- stämning

*Landstingen ska ge vård till 70% eller 80 % av patienterna inom 60 dagar

Källa: Enligt uppgifter från Regeringskansliet.

Landstingen, som har uppnått målet att 70 procent av patienterna har väntat 60 dagar eller kortare på ett specialistbesök eller behandling, har fått dela på 800 miljoner kronor. Ytterligare 100 miljoner kronor har fördelats till landsting som har uppnått 80 procentsgränsen.

Landstingens ersättning från kömiljarden

I tabell 3 visas hur väl landstingen uppfyllt kömiljardens prestationskrav under 2011 och 2012. Under 2012 klarade 20 landsting att uppfylla något av kriterierna. I 11 landsting klarade man 70- och 80 procentgränsen för både besök och behandling, det vill säga 70 eller 80 procent av patienterna fick vård inom 60 dagar. År 2011 var det 8 landsting som klarade alla kraven och fick full ersättning. Högst måluppfyllelse under 2012 hade Gotland, Östergötland och Halland. Uppsala var det enda landsting som inte klarade något av kraven.

Tabell 3. Landstingens måluppfyllelse enligt regelverket för kömiljarden, någon månad eller period under året, 2011–2012

Landsting	Specialistbesök				Operation/åtgärd			
	2011		2012		2011		2012	
	70 %	80 %	70 %	80 %	70 %	80 %	70 %	80 %
Blekinge								
Dalarna								
Gotland								
Gävleborg								
Halland								
Jämtland								
Jönköping								
Kalmar								
Kronoberg								
Norrbottn								
Skåne								
Stockholm								
Södermanland								
Uppsala								
Värmland								
Västerbotten								
Västernorrland								
Västmanland								
Västra Götaland								
Örebro								
Östergötland								



Fick ersättning



Fick inte ersättning

Källa: Enligt uppgifter från Regeringskansliet.

Under 2012 klarade i genomsnitt 16 landsting i månaden 70-procentsgränsen för besök (tabell 4), jämfört med 14 landsting under 2011. Nästa mål, 80-procentgränsen, klarade i genomsnitt 8 landsting 2012 och 6 landsting 2011.

För operation och åtgärd klarade i genomsnitt 13 landsting 70-procentsgränsen 2012 (tabell 5), alltså något fler än de 10 landstingen under 2011. I genomsnitt klarade bara 6 landsting 80-procentsgränsen 2012 (tabell 5) och under 2011 var motsvarande antal 4 landsting.

Det finns fortfarande stora skillnader i hur kömiljardens mål uppfylls under året, både mellan landstingen och inom landstingen. Av tabellerna 4 och 5 framgår att patienterna under 2012 hade den bästa tillgängligheten till vård under november och den sämsta under juli månad – om man mäter antalet landsting som klarade av att uppfylla kömiljardens mål.

Tabell 4. Antal landsting som uppfyllt kraven i kömiljard för specialistbesök under 2012

Operation	Jan	Feb	Mars	Apr	Maj	Juni	Juli	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec	Snitt
Antal 70 %	11	12	13	13	14	13	5	6	13	17	18	15	13
Antal 80 %	6	8	9	8	7	7	0	1	6	9	11	5	6

Källa: Enligt uppgifter från Regeringskansliet.

Tabell 5. Antal landsting som uppfyllt kraven i kömiljard för operation och åtgärd under 2012

Operation	Jan	Feb	Mars	Apr	Maj	Juni	Juli	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec	Snitt
Antal 70 %	11	12	13	13	14	13	5	6	13	17	18	15	13
Antal 80 %	6	8	9	8	7	7	0	1	6	9	11	5	6

Källa: Enligt uppgifter från Regeringskansliet.

Landstingens ersättning från kömiljarden

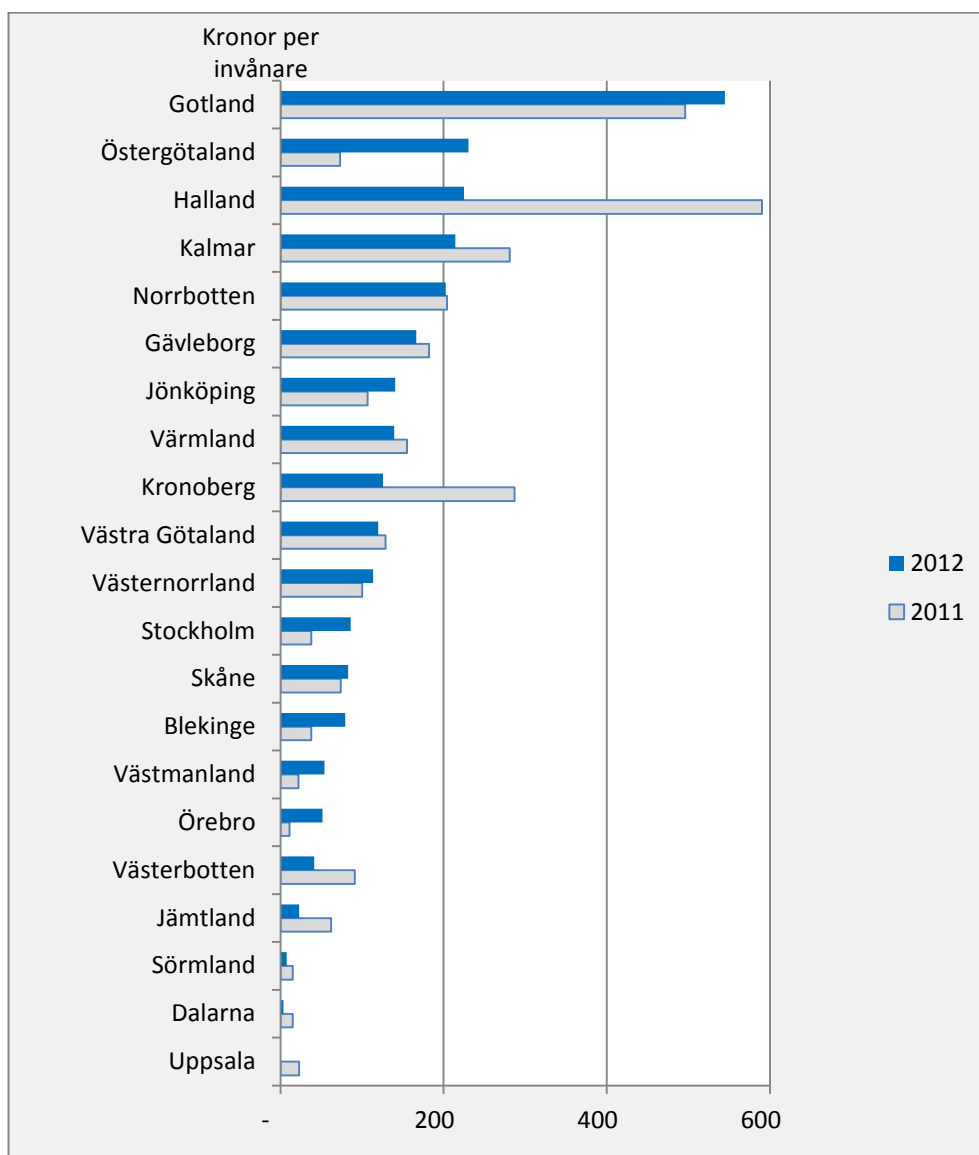
Ersättningen från kömiljarden under 2012 varierade från 0 kronor (Uppsala) till 191 miljoner kronor (Västra Götaland). Av dem som fick ersättning toppar Gotland listan med 544 kronor per invånare. Dalarna var det landsting som fick minst ersättning per invånare: 4 kronor. Ersättningen från kömiljarden motsvarade 2,4 procent av landstingets nettokostnad i Gotland. I Dalarna och Södermanland, som fick lägst ersättning, motsvarade ersättningen endast 0,03 respektive 0,02 procent av nettokostnaden.

Figur 10 visar att elva landsting fick mindre ersättning från kömiljarden 2012 än 2011.

Under 2011 fick Halland den högsta ersättningen, på grund av att det var det enda landsting som klarade kraven under sommarmånaderna och därför ensamt fick ta emot hela ersättningen för augusti.

Tabell 4 och 5 visar att flera landsting under 2012 förbättrade sin tillgänglighet under sommarmånaderna, och att fördelningen av ersättningen därför utjämnades.

Figur 10. Landstingens ersättning från kömiljarden, kronor per invånare 2011–2012



Källa: Enligt uppgifter från Regeringskansliet.

Faktiska väntetider

Inledning

De uppgifter om väntetider inom vården som Socialstyrelsen har använt för att följa upp och utvärdera vårdgarantin och kömiljarden kommer från SKL:s databas *Väntetider i vården*. Sedan starten år 2000 har databasen utveckats och landstingens underlag för de inrapporterade väntetidsuppgifterna har stegvis blivit allt bättre. Sedan 2009 utför SKL:s mätningar av antalet patienter som står på väntelistorna till den specialiserade vården en gång per månad.

Databasen visar hur väntetidssituationen ser ut vid det aktuella mätdatumet. De väntetider som rapporterats har baserats på hur lång väntetiden varit för dem som finns på väntelistorna vid mättillfället. De rapporterade väntetiderna är alltså inte desamma som den faktiska väntetiden fram tills att patienterna fick komma på det besök eller genomgick den behandling de väntade på.

Från och med halvårsskiftet 2010 rapporterar emellertid landstingen också de faktiska väntetiderna till genomförda specialistbesök, operationer och andra behandlingar. Inrapporteringen av de faktiska väntetiderna var emellertid inledningsvis relativt osäkra och svarsfrekvensen var låg, vilket gjorde att Socialstyrelsens inte har använt resultaten i tidigare rapporter. Nu har mätningarna dock förbättrats och från och med 2012 samlar SKL varje månad in information om faktiska väntetider från landstingen. Uppgifterna som rapporteras in anger dock inte den exakta väntetiden i dagar utan väntetiderna registreras i sju olika tidsintervall.

Sedan 2010 har Socialstyrelsen ett regeringsuppdrag att ta fram ett system för att följa patientens väg genom vården. Systemet ska kunna användas för att mäta väntetider mellan olika steg i vårdprocessen. Inledningsvis har Socialstyrelsen arbetat med att följa cancerpatienternas väg från remissbeslut till start av behandling [4, 5]. Hittills har Socialstyrelsen genomfört två mätningar av väntetider med stöd av uppgifter från kvalitetsregister inom cancerområdet. I detta avsnitt ingår en redogörelse av väntetiderna för sex olika cancerdiagnoser som är hämtade från dessa mätningar.

Faktiska väntetider från SKL:s väntetidsdatabas

Här följer en redogörelse av de faktiska väntetiderna till specialistbesök, operationer och andra åtgärder. Uppgifterna kommer från SKL:s väntetidsdatabas där de registrerats i sju olika tidsintervall: 0–30, 31–60, 61–90, 92–120, 121–180, 181–365 och ≥ 366 dagar. Data för neurokirurgi saknas dock i underlaget, eftersom landstingen inte började inrapporteringen för det området förrän 2013. Dessutom kan uppgifterna för specialistbesök inte redovisas per specialitet utan enbart totalt.

I uppgifterna ingår samtliga patienter. Det innebär att även de patienter som valt att skjuta upp besöket eller behandlingen finns med i statistiken.

Faktiska väntetider till specialistbesök

Under 2012 rapporterades mellan 98 000 och 168 000 nybesök till specialist per månad in till SKL:s väntetidsdatabas. Det totala antalet nybesök under året var cirka 1,7 miljoner. Totalt gjordes 11,7 miljoner besök inom den specialiserade vården 2011 vilket innebär att nybesöken utgjorde cirka 14 procent av det totala antalet besök.

Av tabell 6 framgår att under 2012 fick knappt hälften av de väntande patienterna träffa en specialist inom 30 dagar. Om man tittar på varje enskild månad varierade denna andel mellan 41 och 53 procent.

I genomsnitt fick en patient av tio vänta på sitt besök i mer än 90 dagar under 2012. Denna andel varierade mellan 7 och 17 procent om man jämför de olika månaderna.

Tabell 6 visar att under augusti och september har fler patienter haft längre väntetider än 90 dagar jämfört med under övriga året. Under året var det totalt 4 300 patienter (0,3 procent) som fått vänta i över ett år på ett besök till en specialist.

Tabell 6. Andel patienter (i procent) som fått specialistbesök, inom respektive väntetidsintervall per månad, år 2012

	Andel som väntade i 0–30 dagar (%)	Andel som väntade i 31–60 dagar (%)	Andel som väntade i 61–90 dagar (%)	Andel som väntade i ≥ 91dagar (%)
Januari	44,2	31,9	14,1	9,8
Februari	52,9	23,1	13,7	10,3
Mars	52,1	28,8	9,3	9,8
April	49,4	31,0	11,8	7,8
Maj	47,6	31,1	13,2	8,1
Juni	49,1	30,5	12,3	8,1
Juli	50,7	29,5	12,3	7,5
Augusti	41,0	25,5	19,5	14,1
September	46,6	21,7	14,3	17,4
Oktober	47,2	30,0	9,9	12,9
November	46,4	32,1	12,2	9,4
December	50,1	30,9	11,6	7,4
Genomsnitt	48,1	28,8	12,8	10,2

Källa: Databasen *Väntetider i vården*, SKL

I statistiken ingår även de patienter som själva valt att skjuta upp besöket (patientvald väntan).

Faktiska väntetider till operationer eller andra åtgärder

Tabell 7 visar hur stor andel patienter som haft respektive väntetid till en operation eller annan åtgärd. Väntetiderna presenteras i olika tidsintervall och redovisas per specialitet. Av tabellen framgår att en tredjedel av patienterna fått behandling inom en månad. Inom två månader hade 65 procent fått

behandling och inom tre månader, det vill säga inom gränsen för vårdgarantin, hade 83 procent av samtliga patienter fått behandling.

Väntetiderna varierade mellan olika specialiteter. Plastikkirurgi var den specialitet med högst andel patienter som väntat i mer än 90 dagar (se tabell 8). Över hälften av patienterna inom plastikkirurgi hade en väntetid över 90 dagar. Lägst andel patienter med en väntetid över 90 dagar hade toraxkirurgin där drygt 11 procent väntat mer än 90 dagar.

Bland patienter inom rygg- och toraxkirurgi fick nästan hälften behandling inom 30 dagar. Inom urologi var motsvarande andel en fjärdedel.

Tabell 7. Andel patienter (i procent) som fått behandling inom de sju väntetidsintervallerna per specialitet år 2012

Specialitet*	Andel som väntade i 0-30 dagar (%)	Andel som väntade i 31-60 dagar (%)	Andel som väntade i 61-90 dagar (%)	Andel som väntade i 91-120 dagar (%)	Andel som väntade i 121-180 dagar (%)	Andel som väntade i 181-365 dagar (%)	Andel som väntade i ≥366 dagar (%)
Gynekologi	28,1	34,1	20,4	9,6	6,1	1,6	0,1
Handkirurgi	34,1	35,9	15,3	6,9	4,5	2,4	0,8
Kirurgi	30,6	31,2	19	9	6,5	3,1	0,5
Ortopedi	26,8	34,1	20	9,5	6,4	2,7	0,4
Plastikkirurgi	13,2	17,6	14,7	16	16,9	15,2	6,6
Ryggkirurgi	45,8	19,4	12	8,2	7,9	5,4	1,2
Toraxkirurgi	47,2	23,2	18,2	7	3,8	0,5	0,1
Urologi	25,4	32,5	20,7	9,5	7,8	3,8	0,4
Ögon	33,4	30,8	18,1	8,5	6,6	2,4	0,1
Öron- näs och hals	34,6	37,6	15,4	6,5	4,3	1,3	0,2
Genomsnitt av alla	32,1	33	17,8	8,3	5,9	2,5	0,4

* Neurokirurgi saknas

Källa: Databasen *Väntetider i vården*, SKL

I statistiken ingår även de patienter som själva valt att skjuta upp operation eller behandling (patientvald väntan).

I tabell 8 kan man även utläsa att 22 procent av patienterna inom ryggkirurgi har väntat på behandling i mer än 90 dagar. Detta trots att nästan hälften av patienterna har fått behandling inom 30 dagar. En anledning till den relativt höga andelen som väntat mer än 90 dagar kan vara att det är en större andel av ryggpatienterna som själva väljer att vänta med behandling. En annan tänkbar förklaring kan vara att de säsongvariationer som nämnts tidigare kan vara av större betydelse för denna patientgrupp.

Tabell 8. Andel patienter (i procent) som fått vänta i mer än 90 dagar på en operation eller en åtgärd per specialitet år 2012

Specialitet*	Andel som väntade i > 90 dagar (%)
Gynekologi	17
Handkirurgi	14
Kirurgi	18
Ortopedi	19
Plastikkirurgi	55
Ryggkirurgi	22
Thoraxkirurgi	11
Urologi	21
Ögon	18
ÖNH**	12

Källa: Databasen *Väntetider i vården*, SKL

I statistiken ingår även de patienter som själva valt att skjuta upp operation eller behandling (patientvald väntan).

*Neurokirurgi saknas

**Öron- näs- och halskirurgi

Faktiska väntetider inom cancervården

Socialstyrelsen har hämtat data från olika kvalitetsregister för att mäta väntetider inom cancervården. Socialstyrelsen har sedan mätt väntetiderna inom de cancerområden där det finns registrerade mätpunkter som kan användas för att beräkna faktiska väntetider i de delar av vårdkedjan som omfattas av vårdgarantin. Tre cancerformer har mätpunkter i sina kvalitetsregister som gör det möjligt att mäta väntetiderna till både besök och behandling. Dessa register är njurcancer, prostatacancer och huvud-halscancer. För ändtarmscancer, tjocktarmscancer och lungcancer är det endast möjligt att mäta väntetider till besök. För bröstcancer är det bara möjligt att följa upp behandlingsgarantin.

Uppgifterna om väntetider inom cancervården bygger på data från 2011. För att få fram väntetiden har Socialstyrelsen dels räknat antalet dagar mellan datum för remissbeslut och datum för första specialistbesök, dels antalet dagar mellan datum för behandlingsbeslut och datum för behandlingsstart.

Tabell 9. Andel patienter (i procent) som fått specialistbesök inom fyra olika tidsintervaller per cancerform år 2011

	Andel som väntade i 0–30 dagar (%)	Andel som väntade i 31–60 dagar (%)	Andel som väntade i 61–90 dagar (%)	Andel som väntade i > 90 dagar (%)	Antal patienter
Njurcancer	71	23	3	3	749
Prostatacancer	45	32	12	10	2 186
Huvud-halscancer*	94	4	1	0	1 844
Tjocktarmscancer	87	9	2	2	2 651
Ändtarmscancer	88	9	2	2	1 309
Lungcancer **	94	5	1	0	3 483

* 2010 och 2011

** För lungcancer är startpunkten dagen för remissens ankomst, och inte dagen för remissbeslut som för de andra cancerformerna.

Källa: Nationella kvalitetsregistren för njurcancer, prostatacancer, huvud- och halscancer, kolorektalcancer och lungcancer

Tabell 9 visar att cancervården, förutom när det gäller prostatacancer, i princip uppfyller den formella vårdgarantin. Få patienter väntar längre än 90 dagar på ett första specialistbesök. Däremot kan man se vissa skillnader när man jämför de kortare väntetiderna. 94 procent av lungcancerpatienterna har till exempel väntat mindre än en månad på att träffa en specialist, medan motsvarande andel var 71 procent för njurcancerpatienterna. Att det är en hög andel bland lungcancerpatienterna som väntat mindre än en månad kan dock ha att göra med att det för den cancerformen är dagen för remissens ankomst som utgör startpunkten för den beräknade väntetiden. Därför är väntetiden för lungcancerpatienterna inte helt jämförbar med väntetiden för patienter med övriga cancerformer, där man beräknar väntetiden från och med dagen för remissbeslut. Om väntetidens början räknades från dagen för remissbeslut även när det gällde lungcancerpatienterna skulle andelen bland dessa patienter som fått ett specialistbesök inom en månad minska något.

Tabell 10. Andel patienter (i procent) som fått behandling inom fyra tidsintervall per cancerform, år 2011

	Andel som väntade i 0–30 dagar (%)	Andel som väntade i 31–60 dagar (%)	Andel som väntade i 61–90 dagar (%)	Andel som väntade i > 90 dagar (%)	Antal patienter
Njurcancer	54	35	8	4	774
Prostatacancer	43	27	16	14	2 768
Huvud-Halscancer	69	26	2	2	1 844
Bröstcancer	85	13	1	1	7 311

Källa: Nationella kvalitetsregistret för njurcancer, Nationella kvalitetsregistret för prostatacancer, Nationella kvalitetsregistret för huvud- och halscancer, Nationella kvalitetsregistret för bröstcancer

Av tabell 10 framgår att det, med undantag för patienter med prostatacancer, är ett litet antal patienter som väntar längre på behandling än vad vårdgaran-

tigränsen, det vill säga mer än 90 dagar. Även här finns variationer mellan olika cancerformer när det gäller de kortare kötiderna.

Det är tydligt att cancer som vårdområde inte har några generella problem med att följa vårdgarantin och hålla kötiden inom 90-dagarsgränsen. Men Socialstyrelsen har tidigare visat att de regionala skillnaderna är stora [4], och man bör också ha i åtanke att för den enskilda cancerpatienten är 90 dagar en väldigt lång tid. Socialstyrelsen har också visat att väntetiderna är relaterade till sjukdomens allvarlighetsgrad vid diagnostillfället, vilket de långa väntetiderna för prostatacancer är ett exempel på.

Tabell 11. Väntetider för patienter med prostatacancer uppdelat efter tumörstadium. Andelen patienter (i procent) som fått specialistbesök och behandling inom respektive tidsintervall år 2011

	Andel som vän- tade i 0–30 dagar(%)	Andel som väntade i 31–60 dagar(%)	Andel som väntade i 61–90 dagar(%)	Andel som vän- tade i > 90 dagar(%)	Antal patienter
Väntetid till specialist					
Metastaserad	71	19	7	3	650
Högrisk	36	38	12	14	329
Intermediär risk	34	37	16	13	1 207
Väntetid till behandling					
Metastaserad	100	0	0	0	830
Högrisk	24	43	20	13	414
Intermediär risk	18	26	34	22	1 524

Källa: Nationella kvalitetsregistret för prostatacancer.

När man jämför väntetiderna för prostatacancerpatienter för de tre olika sjukdomsstadierna metastaserad tumör, högrisktumör och tumör med intermediär risk är det tydligt att de skiljer sig kraftigt åt. Patienterna i gruppen med metastaserad tumör är i stor utsträckning redan identifierade vid remisstillfället eftersom tiden från remiss till specialistbesök är kortare. Samtliga patienter i gruppen med metastaserad tumör har samma datum för behandlingsbeslut och behandlingsstart, det vill säga samtliga patienter i denna grupp har ingen väntetid alls. Patienter med tumörer av hög och intermediär risknivå har betydligt längre väntetider. För dessa grupper är väntetiden mellan remiss och specialistbesök densamma. Det är först efter behandlingsbeslut som en större andel med högrisktumörer har kortare väntetid till behandling, jämfört med gruppen med tumörer som har en intermediär risk.

Undanträngning

Inledning

I Socialstyrelsens tidigare uppföljningsrapporter [2, 3] har begreppet undanträngning definierats som den situation som uppstår ”när lägre prioriterade patienter (det vill säga patienter som har problem av mindre medicinsk allvarlighetsgrad) får vård före de patienter som är högre prioriterade (det vill säga har ett större medicinskt vårdbehov)”. Vi har också presenterat en modell över olika typer av undanträngning (bilaga 1) och diskuterat begreppet utifrån olika perspektiv och kunskapsunderlag.

Socialstyrelsen har i sina tidigare rapporter lyft fram problemet med undanträngning och konstaterat att vissa patientgrupper som är i behov av regelbundna kontroller eller rehabilitering riskerar att bli kallade till återbesök långt efter att det medicinska måldatumet har passerats. Socialstyrelsens tillsynsenhet har även fått in flera ärenden där de kan se en koppling mellan återbesökspatienters förlängda väntetider och en försämring av deras tillstånd.

De uppmärksammade tillsynsärendena gällde ögonsjukvård. Därför har Socialstyrelsen i denna årsrapport valt att fokusera uppföljningen av eventuella undanträngningseffekter på två patientgrupper inom just ögonsjukvården.

För rapporten har Socialstyrelsen genomfört tre särskilda studier. Den första studien gäller väntetider och prioritering av patienter som opererats för grå starr (katarakt). Den andra handlar om återbesök för glaukompatienter (patienter med grön starr) och följsamheten till de nationella riktlinjerna för väntetider och den tredje studien behandlar utvecklingen av kontrollbesök bland personer med diabetes. Intresset för relationen mellan återbesök och eventuella undanträngningseffekter av kömiljardsatsningen har varit stort. Under 2012 publicerade till exempel Svenska läkarförbundet och Landstingsrevisorerna i Stockholm varsin omfattande rapport som berör denna problematik. I slutet av detta avsnitt ges därför också en kort sammanfattning av dessa båda rapporter.

Undanträngning inom ögonsjukvården

I Socialstyrelsens rapport från 2012 [3] redovisades några tillsynsärenden från Västernorrland, där personer med diabetes under 2011 fått vänta länge på kontroller vid en ögonklinik. Ett flertal lex Maria-ärenden och enskilda klagomål som gällde återbesök till ögonsjukvården hade då inkommit till Socialstyrelsen, och myndigheten kunde fastställa att 13 av patienterna fått vänta så länge på sina återbesök att de misstänktes ha fått synskador. I en tillsynsrapport från december 2011 konstaterade Socialstyrelsen att en av anledningarna till de långa väntetiderna var att ögonkliniken hade fått tyd-

liga påbud om att prioritera remisspatienter och nybesök för att klara vårdgarantin.

Med anledning av detta påbörjades under hösten 2012 en större uppföljning av ögonsjukvården vid länssjukhuset Sundsvall-Härnösand. I uppföljningen har sjukhuset uppgivit att det var läkarbrist både vid ögonkliniken och vid vårdcentralerna samt bristfällig organisation som orsakat de problem som uppstått. Även påbudet att prioritera förstabesökspatienter på bekostnad av återbesökspatienter nämns som en viktig förklaring.

Undanträngning vid operation av grå starr

Bakgrund till studien

Gråstarrsoperation var ett av tolv ingrepp som omfattades av den första vårdgarantin, alltså redan 1992. Grå starr (katarakt) innebär att ögats lins grumlas och att synförmågan gradvis försämras. Obehandlad katarakt kan leda till en mycket grav synnedsättning. Sjukdomen är vanligare hos personer i hög ålder, men kan förekomma i alla åldrar. Omkring hälften av alla personer mellan 65 och 75 år har grå starr, och i åldrarna över 75 år är andelen cirka 80 procent.

Gråstarrskirurgin har sedan 1980-talet genomgått en medicinsk utveckling som inneburit att de som drabbas numera får den grumlade linsen ersatt med en artificiell lins. Därmed återfår de i det närmaste full synskärpa. Ingreppet sker i dagkirurgi och utöver själva operationen krävs oftast endast ett uppföljningsbesök. Antalet operationer var år 1980 cirka 8 000 och har därefter stadigt ökat. Under 2012 utfördes totalt cirka 92 500 gråstarrsoperationer.

Sedan 1992 finns ett nationellt kvalitetsregister för gråstarrsoperationer. År 2005 fastställdes även nationella indikationer för dessa operationer [6], och "indikationsgrupp" infördes som en variabel i kvalitetsregistret. Indikationsgrupperna är ett instrument för att prioritera olika patienter, och till varje grupp finns rekommenderade maximala väntetider.

Syfte

Studien av väntetider och prioritering inom gråstarrkirurgi har haft två syften:

- Hur har väntetiderna i de olika indikationsgrupperna utvecklats?
- Finns det några tecken på att vårdgarantin har påverkat prioriteringen av patienter i de olika grupperna?

Material och metod

Studien bygger på material från det nationella Kataraktregistret och omfattar åren 2006–2011. I samband med att den första vårdgarantin trädde i kraft utvecklade Svensk Ögonläkarförening ett kvalitetsregister: Nationella Kataraktregistret. I registret beräknas 98 procent av alla operationer finnas registrerade, eftersom samtliga landstingskommunala enheter och alla större privata verksamheter rapporterar in uppgifter till det. Registrets syfte är att stimulera förbättringar av vårdkvaliteten, genom att tillhandahålla underlag för jämförelser och visa goda exempel. För att följa upp vårdens kvalitet

skickas till exempel en enkät årligen till ett urval av patienter, med frågor om vilken typ av besvär de upplever före operationen och sedan tre månader efter operationen.

I samband med uppföljningen av den patientupplevda kvaliteten uppmärksammades att det fanns patienter som inte tyckte att operationen medfört någon större skillnad – trots att olika medicinska mått (som synskärpa, bländning och så vidare) indikerade att patienterna hade ett behov av operation. I början av 2000-talet påbörjades därför inom ramen för kataraktregistret ett särskilt arbete för att ta fram en nationell indikationsmodell som stöd för läkarnas beslut om vilka patienter som ska erbjudas operation.

Den nya modellen fick namnet NIKE (Nationell indikationsmodell för kataraktextraktion). Syftet med modellen var alltså att förbättra katarakt-sjukvården, så att rätt patient opereras vid rätt tidpunkt och med rätt teknik. Ett annat syfte var att jämma ut olikheterna mellan ögonkliniker och regioner när det gäller vilka indikationer som avgör vilka patienter som ska opereras. Verktuget är validerat och används i dag vid de flesta ögonkliniker [6, 7].

NIKE består av ett antal bedömningsområden, som patientens synskärpa på båda ögonen, dagliga besvär, kataraktsymptom och patientens möjlighet till självständigt liv i vardag. Patienten ingår i den högst prioriterade indikationsgruppen om det finns en medicinsk indikation (det vill säga om ögats integritet är hotad) och om han eller hon är sjukskriven i väntan på operation.

När patienten har bedömts placeras han eller hon in i en av fyra indikationsgrupper. För de olika indikationsgrupperna gäller följande medicinskt acceptabla väntetider, mätt från den dag som läkaren fattade ett beslut om att patienten ska opereras [6]:

- Grupp 1 operation snarast och helst inom en månad
- Grupp 2 operation inom tre månader
- Grupp 3 operation inom sex månader
- Grupp 4 kan vänta med operation tills symptomen förvärrats.

Det är viktigt att poängtera att placeringen i grupp 3 (operation inom sex månader) bygger på en medicinsk bedömning av när en patient bör opereras, och att denna tidsgräns således skiljer sig från vårdgarantikravet: att en operation ska genomföras inom tre månader.

Andelen patienter som placerats i en indikationsgrupp enligt NIKE har varierat under åren. Den största andelen uppnådde man under 2007 och 2008, då 80–85 procent av patienterna hade delats in i någon grupp. Därefter har andelen minskat till omkring 70 procent [8].

Indikationsgrupp och väntetider

Tabell 12 visar att antalet kataraktoperationer har ökat med 22 procent mellan 2006 och 2011, från 72 567 till 92 501 operationer. Andelen kvinnor som opereras är cirka 60 procent. Medelåldern för de opererade har sjunkit för både kvinnor och män, från 82 år till 76 år för kvinnor och från 80 år till 76 år för män.

Tabell 12. Totalt antal kataraktoperationer 2006–2011, andel (i procent) opererade kvinnor samt medelåldern för de opererade kvinnorna respektive männen

	Totalt antal	Andel kvinnor (%)	Medelålder kvinnor	Medelålder män
2006	72 567	62	82	80
2007	72 311	62	81	79
2008	72 444	61	80	78
2009	82 930	61	79	78
2010	88 699	61	77	77
2011	92 501	61	76	76

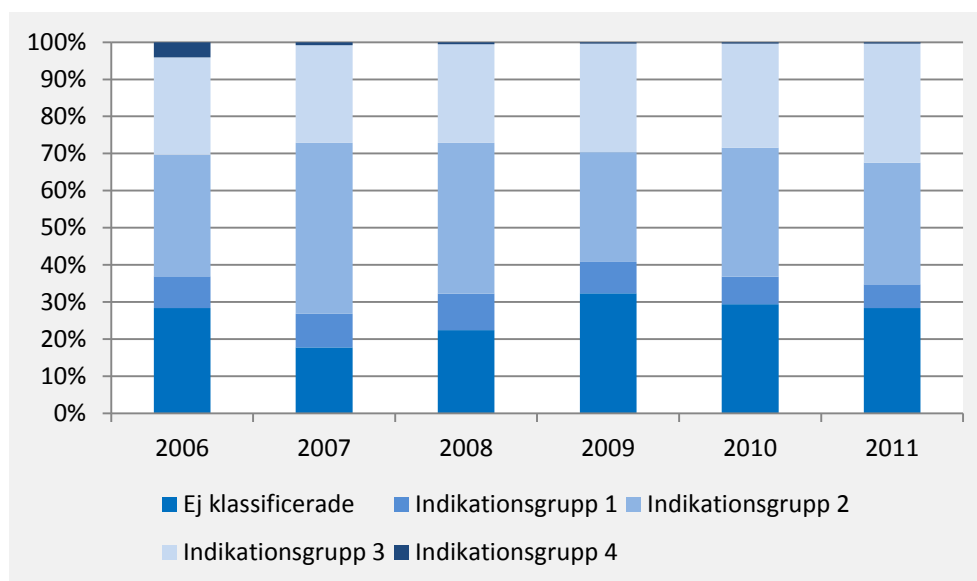
Källa: Nationella Kataraktregistret

Figur 11 visar operationerna fördelade på indikationsgrupperna 1–4 och icke-klassificerade under perioden 2006–2011. Fram till 2008 var patienterna som opererades i indikationsgrupp 2 den vanligaste, men sedan 2009 syns en ökad andel operationer av patienter ur grupp 3. Andelen operationer av patienter i grupp 1 har däremot minskat.

I figuren ingår indikationsgrupp 4, det vill säga den grupp där man bör avvakta med operation tills patientens symtom har förvärrats. Patienterna i denna grupp utgjorde 4 procent 2006, men deras andel har sedan successivt minskat till 0,4 procent 2011. Däremot har antalet operationer där patienterna inte har placerats i någon indikationsgrupp ökat. År 2011 var det 28 procent av de opererade patienterna som saknade uppgift om indikationsgrupp. En tydlig ökning (10 procent) av dessa icke-klassificerade operationer skedde mellan 2008 och 2009.

Den grupp patienter som inte har placerats i någon indikationsgrupp har inte studerats mer ingående. Vi har här antagit att andelen patienter per indikationsgrupp inte avviker nämnvärt bland dessa patienter jämfört med de patienter som har placerats i en indikationsgrupp.

Figur 11. Andelen (i procent) kataraktoperationer per indikationsgrupp, 2006–2011



Källa: Nationella Kataraktregistret

I takt med att antalet gråstarrsoperationer har ökat har också andelen patienter som genomgår operation av båda ögonen ökat. Under den period som studerats här har andelen stadigt legat på cirka 40 procent (tabell 15). Som framgår av tabell 13 skiljer sig fördelningen på indikationsgrupper något mellan operation av första respektive andra ögat på så sätt att det är en förskjutning mot lägre prioritet bland operation av öga 2.

Tabell 13. Andel (i procent) kataraktoperationer per indikationsgrupp uppdelat på operation av första respektive andra ögat, 2006-2011

	Öga 1		Öga 2	
	2006 %	2011 %	2006 %	2011 %
Indikationsgrupp 1	8,5	6,1	8,8	6,9
Indikationsgrupp 2	35,4	33,8	29,1	31,4
Indikationsgrupp 3	25,1	31,1	28,0	33,5
Indikationsgrupp 4	3,9	0,4	4,4	0,3
Ej klassificerade	27,0	28,6	29,8	28,0
Totalt	100,0	100,0	100,0	100,0

Källa: Nationella Kataraktregistret

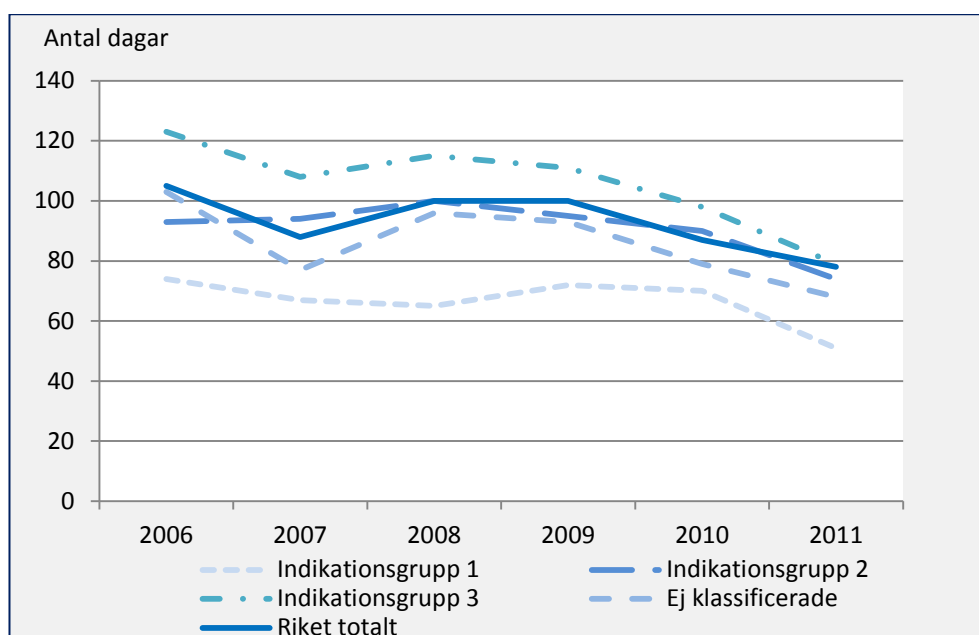
Genomsnittlig väntetid

Patienternas genomsnittliga väntetid för en kataraktoperation har minskat mellan 2009 och 2011, från 100 dagar till 78 dagar. Figur 12 visar hur de genomsnittliga väntetiderna har förändrats för patienterna i indikationsgrupperna 1–3, för icke-klassificerade patienter samt för samtliga patienter, under åren 2006–2011. Som framgår av figuren följer väntetiderna gruppernas prioritet (det vill säga ju högre prioritet desto kortare väntetid). Dessutom har väntetiden minskat i alla indikationsgrupper. Det framgår också att

skillnaden mellan de olika gruppernas väntetid har blivit mindre, genom att väntetiden för den lägst prioriterade gruppen (grupp 3) har minskat mer än för de två övriga grupperna.

Patienterna i indikationsgrupp 4 ingår inte i figuren, eftersom de är få till antalet (335 patienter 2011). Väntetiden för denna grupp var 2011 lika lång som för indikationsgrupp 3, det vill säga 78 dagar. De patienter som inte placerats i någon indikationsgrupp har kortare väntetid än patienterna i indikationsgrupperna 2, 3 och 4 det vill säga i genomsnitt 68 dagar år 2011. Denna grupp av patienter ligger också nära den genomsnittliga väntetiden vilket talar för att antagandet om att de inte avviker från andra grupper i något väsentligt avseende är rimligt.

Figur 12. Genomsnittlig väntetid till kataraktoperationer per indikationsgrupp under 2006–2011



Källa: Nationella kataraktregistret

För patienter i indikationsgrupp 1, som är den mest akuta, ska operationen ske inom en månad enligt den medicinska bedömningen. Av figur 12 framgår dock att medelväntetiden för denna grupp var 51 dagar under 2011. Medelväntetiden för grupp 2 var däremot 74 dagar, vilket alltså ligger klart under de 90 dagar som den medicinska prioriteringen i NIKE anger. För grupp 3, med en medicinskt angiven väntetid på sex månader, låg medelväntetiden på 80 dagar, även den betydligt under det angivna värdet i NIKE.

Förändringen av väntetiderna inom de olika grupperna tyder på att den högst prioriterade gruppen har haft en mindre gynnsam utveckling, till förmån för lägre prioriterade grupper. Den positiva utvecklingen gäller framför allt patienterna i grupp 3, som tidigare löpte högst risk att få vänta längre än vårdgarantin anger.

Patienter som väntat mer än 90 dagar

Enligt tabell 14 har andelen patienter som fått vänta på kataraktoperation längre än 90 dagar minskat i alla grupperna. Tabellen visar också att ju högre prioritet en grupp har, desto mindre är den andel som väntat över 90 dagar. Totalt sett har andelen patienter som får vänta längre än 90 dagar minskat med 18 procent under en fyraårsperiod.

Andelen har visserligen varierat något över åren, men det finns alltså en nedåtgående trend i samtliga indikationsgrupper. Dessutom har det skett en viss utjämning mellan grupperna under perioden. Det är dock fortfarande förvånansvärt många patienter som fått vänta på sin operation över 90 dagar. Hela 14 procent av patienterna i grupp 1 måste vänta på sin operation tre gånger längre tid än den medicinska bedömningen i NIKE anger.

Tabell 14. Andel (i procent) patienter som väntat längre än 90 dagar på kataraktoperation, 2006–2011, fördelat på olika indikationsgrupper

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Indikationsgrupp 1	25,3	20,8	22,0	23,0	22,4	14,3
Indikationsgrupp 2	38,8	41,1	46,3	58,3	37,5	28,4
Indikationsgrupp 3	46,5	46,5	56,5	49,5	43,4	33,4
Indikationsgrupp 4	46,1	41,2	57,2	58,0	35,9	32,5
Icke-klassificerade	14,4	29,9	46,3	30,8	32,3	25,8
Genomsnitt per år	33,0	38,7	46,6	43,8	36,4	28,3

Källa: Nationella Kataraktregistret

Väntetider och operation av andra ögat

Tabell 15 visar hur antalet kataraktoperationer har utvecklats under åren 2006–2011, och medelväntetiden för att operera första respektive andra ögat. Ungefär 40 procent av operationerna har varit operationer av öga nummer två, och den andelen har varit stabil under dessa år. Däremot har den genomsnittliga väntetiden till denna andra operation minskat mer än väntetiden för att operera det första ögat. Generellt måste patienterna vänta cirka tio dagar längre på operationen av det första ögat. En förklaring till de kortare väntetiderna kan vara att en viss andel patienter opereras på båda ögon samma dag och då sätts väntetiden för öga 2 till 0 dagar. Andelen ”samma-dag operationer” har ökat och det kan förklara den genomsnittliga minskningen av väntetid för öga 2.

Tabell 15. Fördelning av totalt antal kataraktoperationen mellan operationer av första och andra ögat samt genomsnittlig väntetid (i dagar), 2006-2011

År	Totalt antal	Öga 1 Andel (%)	Medel- väntetid dagar	Öga 2 Andel (%)	Medel- väntetid dagar
2006	72 276	60	105	40	101
2007	72 308	59	96	41	87
2008	72 444	60	104	40	93
2009	82 928	59	107	41	91
2010	88 698	59	91	41	81
2011	92 497	58	76	42	69

Källa: Nationella kataraktregistret

Som visats i tabell 13 är andelen patienter i indikationsgrupp 3 större vid operation av det andra ögat än för operation av första ögat vilket indikerar att en lägre angelägenhetsgrad än den första operationen. Trots detta är väntetiden till operation av det andra ögat kortare än väntetiden för operation av det första ögat och denna skillnad har ökat under den studerade perioden.

Den troligaste förklaringen till denna skillnad i väntetid är en strävan efter att använda resurserna effektivt som möjligt genom att undersökningar, administration och planering kan göras samlat för de båda operationerna. För att inte patienten ska behöva genomgå en ny operationsplanering, ny provtagning och så vidare bör det därför inte gå alltför lång tid mellan operationerna. Denna strävan efter effektiva vårdprocesser har dock i viss mån medverkat till längre väntetider och undanträngning av operationer av första ögat.

Tabell 16. Variationer i väntetider till kataraktoperation av första och andra ögat (median samt 25:e respektive 75:e percentilen), åren 2006, 2009 och 2011

År	Öga 1			Öga 2		
	25:e percentilen	Median	75:e percentilen	25:e percentilen	Median	75:e percentilen
2006	44	80	124	37	76	124
2009	48	86	138	36	73	118
2011	33	62	101	27	55	91

Källa: Nationella kataraktregistret

Tabell 16 visar att medianväntetiden år 2011 var 62 dagar för en operation av första ögat och 55 dagar för en operation av andra ögat (medianväntetiden är inom vilken tid hälften av patienterna har blivit opererade i antingen det första eller det andra ögat). Under perioden 2006–2011 minskade medianväntetiden mer till en operation av det andra ögat än till en operation av första ögat.

Medianväntetiden är lägre än medelväntetiden när det gäller båda typerna av operation. Detta förklaras av att ett fåtal patienter har haft långa väntetider, vilket höjer medelvärdet. Det har dessutom gått betydligt fortare att få det andra ögat opererat än det första. Under år 2011 fick 25 procent sitt andra öga opererat inom 27 dagar vilket kan jämföras med väntetiden på

33 dagar för att operera det första ögat. Likaså framgår av tabell 16 att 25 procent av patienterna år 2011 väntat mer än 101 dagar vid operation av första ögat respektive 91 dagar vid operation av det andra ögat.

Slutsatser

Sammanfattningsvis visar denna genomgång av utvecklingen in katarakt-sjukvården att väntetiderna totalt sett har kortats väsentligt mellan 2006 och 2011. Väntetiderna speglar också den prioritering som de indikationerna för kataraktoperation anger, men skillnaderna mellan prioritetsgrupperna har minskat till förmån för lägre prioriterade grupper. För den högst prioriterade gruppen är det fortfarande långt till den önskvärda väntetiden på 30 dagar.

Materialet visar också att den andel som inte givits någon prioritet ökat, vilket talar för att angelägenhetsgraden fått mindre betydelse vid planeringen av operationerna. Utvecklingen och undanträngningseffekterna inom kataraktkirurgi kan sannolikt delvis vara ett resultat av vårdgaranti och kömiljarden, vilket också bekräftats av de tillsynsärenden som uppmärksammats i Västernorrland. Den studie som genomförts här pekar också på att undanträngningen av högre prioriterade patienter även kan vara en effekt av förändrade rutiner och effektivisering av vården.

Undanträngning och återbesök för patienter med glaukom

Bakgrund till studien

Glaukom (grön starr) drabbar synnerven och påverkar synen. Karaktäristiskt för glaukom är att patienten får minskat synfält, fläckvis synbortfall och oftast högt tryck i ögonen. Glaukom finns i både kronisk och akut form, men den kroniska formen är vanligare. Förekomsten av glaukom ökar med åldern. Glaukom är den näst vanligaste orsaken till blindhet i västvärlden, näst efter makuladegeneration (en åldersförändring i gula fläcken). Bland glaukompatienter är 3–5 procent blinda, och andelen ökar med stigande ålder. Blindhet på ett öga är vanligare än blindhet på båda ögonen [9].

Behandlingen vid glaukom syftar till att sänka trycket i ögat och på så sätt fördröja och förhindra att det uppstår skador på synnerven. Sveriges Ögonläkarförening har tagit fram riktlinjer för vård av glaukompatienter [10]. Där framhålls att patienter med glaukom måste undersökas regelbundet, så att man tidigt kan upptäcka och därmed minimera eventuella skador på ögat. Rekommendationen är tre synfältsundersökningar per år de två första åren efter diagnos. Om detta skulle vara omöjligt kan det räcka med två undersökningar per år, men då under tre år. Det har visat sig att dessa undersökningar inte behöver utföras av läkare och det har blivit allt vanligare att ögonsjuksköterskan genomför undersökningarna och endast vid avvikelser kontaktar läkaren.

Enligt de nuvarande riktlinjerna är det viktigt att det görs en samlad bedömning av sjukdomsutvecklingen med ett par års mellanrum. Det framgår inte vem som ska genomföra den samlade bedömningen, men i en skrift från

1995 från Svenska glaukomklubben [11] rekommenderades att patienten fick möjlighet till minst ett läkarbesök årligen.

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) gjorde 2005 en systematisk litteraturgenomgång om glaukom. I samband med denna gjordes även en nationell enkät (2005) om glaukomsjukvården i Sverige. Enkätundersökningen visade att glaukomsador kontrollerades mycket mer sällan än vad som rekommenderades i de dåvarande riktlinjerna från 1995. Det konstaterades också att det fanns mycket stora geografiska skillnader i hur ofta patienterna följdes upp [12].

Syfte

Syftet med studien av glaukompatienter har varit att följa upp i vilken mån patienterna har varit på återbesök hos en specialist och hur frekvensen för dessa besök har förändrats under perioden 2005–2011.

Metod och material i studien

För att följa återbesöksfrekvensen för patienter med glaukom har data hämtats från patientregistret (PAR). Registret har funnits sedan 1987 och syftar till att följa hälsoutvecklingen i befolkningen, förbättra möjligheterna att förebygga och behandla sjukdomar samt bidra till hälso- och sjukvårdens utveckling.

Registret innehåller uppgifter om alla avslutade vårdtillfällen i slutenvård, och omfattar sedan 2001 även läkarbesök i den specialiserade öppenvården. Täckningsgraden för öppenvårdsbesöken (det vill säga hur stor andel av besöken som rapporteras in) varierar över landet. Bortfall kan förekomma på grund av att klinikerna inte rapporterar in att patienter kommer på återbesök eller att de inte anger någon diagnos vid rapporteringen. Fortfarande saknas det 10 procent av diagnoskoder jämfört med 35 procent 2001.

Patientregistret innehåller fyra typer av uppgifter: uppgifter om patienten, uppgifter om vårdenheten, administrativa uppgifter om vårdtillfället och medicinska uppgifter.

Material i den här studien omfattar patienter med glaukom som registrerats med diagnosen glaukom som huvuddiagnos under 2005 och 2008. För dessa patienter hämtades uppgifter om ögonklinik, hemlän, kön, ålder och vilka datum de besökte läkare under de fyra första åren efter att de fått sin diagnos. För att kunna jämföra dessa två grupper (2005-års kohort och 2008-års kohort) beräknades det genomsnittliga antalet återbesök och medelväntetiden till återbesök. Dessutom beräknades andelen patienter som fått vänta över två år på sitt första återbesök samt uppgifter om andelen patienter där inget återbesök hade noterats. Med utgångspunkt från ögonläkarförbundets riktlinjer har myndigheten här gjort tolkningen att det är rimligt att patienterna får ett läkarbesök vart annat år, det vill säga inom 730 dagar [10].

Ett problem med att använda patientregistret för att följa upp återbesöken är att det enbart är läkarbesök som ingår i registret, vilket gör att de kontroller som till exempel görs hos en ögonsjuksköterska inte ingår.

Uppföljningstiden på fyra år har bedömts vara rimlig eftersom alla patienter inom den tiden borde ha fått ett återbesök, oavsett vid vilken tidpunkt de registrerades under det första året.

Återbesök för patienter med glaukom

Tabell 17 visar att det totala antalet patienter som registrerades med huvud diagnosen glaukom i patientregistret steg från 17 347 patienter 2005 till 20 198 patienter 2008. Det ökade antalet patienter beror sannolikt huvudsakligen på att registreringen av diagnoser har förbättrats över åren.

Analysen visar att antalet återbesök per patient var relativt oförändrat i de båda patientgrupperna: 3,1 respektive 3,2. Tiden till ett första återbesök var dock betydligt kortare för dem som fått sin diagnos 2008, och andelen som fått vänta längre än två år minskade. Däremot ökade andelen patienter som inte varit på återbesök hos en läkare med nästan nio procent från 2005 till 2008. En förklaring till detta kan vara att ögonsköterskornas roll utvecklats och att allt fler av besöken därför sker hos en sköterska.

Tabell 17. Översikt över glaukompatienternas återbesök (fyra år framåt från första besöksåret 2005 respektive 2008)

	2005	2008
Totalt antal patienter	17 347	20 198
Antal återbesök/patient	3,1	3,2
Medelväntetid (dagar)	409	359
Andel som fått vänta >730 dagar 1:a återbesök	22,8	19,6
Andel (%) som fått minst ett återbesök	76,2	67,4
Andel (%) som inte fått något återbesök	23,8	32,6

Källa: Socialstyrelsen, Patientregistret.

I tabell 18 har de patienter som varit på minst ett läkarbesök inom fyra år efter diagnosen delats upp efter ålder. Uppdelningen har gjorts för att se dels om andelen patienter som har varit på minst ett läkarbesök har något samband med ålder, dels om andelen som inte varit på något läkarbesök alls ökar i några speciella åldersgrupper.

Tabell 18 visar att andelen patienter som varit på minst ett läkarbesök ökar med åldern fram till den allra äldsta åldersgruppen. Det är sannolikt att en del av patienterna över 80 år har avlidit eller föremål för kommunal omsorg – och att andelen som besöker en läkare därför har minskat.

Av tabellen framgår det också att andelen patienter som varit på minst ett läkarbesök har minskat i samtliga åldersgrupper. En jämförelse av kohorterna visar dock att andelen minskar mest i den yngsta åldersgruppen och minst i den äldsta.

Tabell 18. Totalt antal patienter och andel (i procent) som varit på minst ett återbesök hos en läkare inom fyra år, per åldersgrupp, (första besöksåret 2005 respektive 2008)

	Antal fått återbesök	Ålder 0-49	50-59	60-69	70-79	80+
2005	13 220	63,8	73,1	79,1	82,7	71,5
2008	13 606	52,7	61,7	68,9	73,8	64,8

Källa. Socialstyrelsen, Patientregistret.

När det gäller patienter som har glaukom kan det alltså konstateras att andelen som inte varit på något läkarbesök alls under de 4 åren efter diagnos är större bland de patienter som fick sin diagnos 2008 än bland dem som fick diagnosen 2005. Det är dock svårt att bedöma om denna minskning i återbesök hos läkare kan sägas vara en undanträngningseffekt, då utvecklingen av vården för dessa patienter gått mot att allt fler kontroller i stället görs hos en ögonsjuksköterska. Eftersom patientregistret enbart omfattar läkarbesök har det dock inte varit möjligt att följa denna utveckling.

Analysen visar också att antalet återbesök för de patienter som har fått besök inte har förändrats i de två kohorterna. Den visar också att den genomsnittliga väntetiden till ett återbesök är betydligt kortare för dem som fick sin diagnos under 2008 än för dem som fick diagnosen 2005.

Slutsatser

Utifrån det material som bearbetats gör Socialstyrelsen bedömningen att det inte skett någon omfattande försämring av antalet återbesök vid glaukom. Noterbart är dock att många patienter får vänta mer än två år på ett kontrollbesök hos läkare. Även där tycks det ha skett en förbättring eftersom andelen har minskat.

Undanträngning och tiden för kontrollbesök inom diabetesvården

Bakgrund till studien

Den undanträngningseffekt som framför allt lyfts fram i Socialstyrelsens tidigare rapporter är att patienter med långvariga sjukdomar med behov av att komma på kontrollbesök kan få vänta länge mellan dessa kontrollbesök. En sådan patientgrupp är personer med diabetes.

Diabetes är en sjukdom som uppvisar en närmast epidemisk utveckling i världen. I Sverige har omkring fyra procent av befolkningen diabetes och det beräknas att det finns 350 000–400 000 vuxna och 7 700 barn och ungdomar som har diabetes.

De vanligaste formerna av diabetes är typ 1- och typ 2-diabetes. Förutom dessa former förekommer även graviditetsdiabetes och andra mer ovanliga former. Gemensamt för typ 1- och typ 2-diabetes är förhöjda blodsockervärden och en stigande risk för komplikationer ju längre tid man haft diagnosen.

Typ 1-diabetes är en autoimmunsjukdom där bukspottkörteln helt förlorat förmågan att producera insulin. Omkring 40 000 personer har typ 1-diabetes som behandlas med insulin. Typ 2-diabetes orsakas av genetiska faktorer i kombination med andra riskfaktorer. Störst betydelse har övervikt, fetma och fysisk inaktivitet, men även rökning och hög alkoholkonsumtion spelar in. Typ 2-patienter behandlas med reglerad diet eller med tabletter enbart, med insulininjektioner eller med en kombination av dessa [13].

Patienter med typ 1-diabetes omhändertas vanligtvis inom specialistvården vid medicinklinikerna, medan typ 2-patienter får oftast sin vård vid vårdcentraler eller annan öppenvård utanför sjukhusen. En mindre grupp av patienter med typ 2-diabetes har dock en mer allvarlig sjukdomsbild och också de får sin vård vid medicinklinikerna.

För att uppnå bästa möjliga behandlingsresultat är det viktigt att patienterna regelbundet kontrollerar blodtryck, fotstatus, HbA1c-värde, lipidstatus, eventuell mikroalbuminuri samt midjemått och vikt [14]. Dessa kontrollbesök görs antingen hos en läkare eller hos en diabetessköterska.

Syftet

Syftet med denna studie har varit att undersöka

- om väntetiderna mellan kontrollbesöken för personer med diabetes har förändrats över åren
- om detta i så fall kan vara en effekt av vårdgarantin och kömiljarden.

Metod och material i studien

I studien har Socialstyrelsen bearbetat ett material från det nationella diabetesregistret (NDR). Diabetesvården har en lång tradition av kvalitetsuppföljning med hjälp av nationella diabetesregistret (NDR). Registret startade 1996 för att systematiskt och fortlöpande kunna utveckla och säkra vårdens kvalitet genom att vara ett mätverktyg för den enskilde vårdgivaren.

Under 2011 omfattade registret totalt 333 150 patienter, vilket har uppskattats vara cirka 85 procent av det totala antalet personer med diabetes i Sverige. De flesta landsting har en täckningsgrad i registret på 80–100 procent, men tre landsting har en täckningsgrad på lägre än 60 procent. Enligt NDR använder dock flera landsting uppgifter ur registret (i form av täckningsgraden eller resultatet) i ersättningssystemen, vilket har medverkat till att öka både inrapporteringen och kvaliteten i registeruppgifterna.

I studien av väntetiden till kontrollbesök jämförs två grupper av patienter. Den första kohorten består av alla nyregistrerade patienter med diabetes under 2005 och den andra kohorten består av alla som registrerades 2008. Båda kohorterna har följts under fyra år, det vill säga 2005–2008 för den första kohorten och 2008–2011 för den andra kohorten. Patienterna har grupperats efter vilken typ av diabetes de har, var de får sin vård (vårdcentral eller medicinklinik) och hur många kontrollbesök de har varit på under fyraårsperioden. Därefter har den genomsnittliga tiden mellan kontrollbesöken beräknats per patient.

Valet av dessa kohorter och en uppföljningsperiod på fyra år styrdes av att de senaste uppgifter som fanns tillgängliga vid tiden för studien var från 2011.

Materialet omfattar 48 386 personer som registrerades 2005 och 54 496 som registrerades 2008 (tabell 19). Diabetesregistret är inte ett totalregister i den meningen att samtliga personer med diabetes finns med i registret. Därför ska det ökade antalet personer som registrerades 2008 inte tolkas som att antalet personer med diabetes har ökat i motsvarande utsträckning. Uppgifterna anger enbart hur många nytillkomna personer med diabetes som registrerades i NDR under de aktuella åren.

Totalt 19. Antal nya patienter som registrerades i nationella diabetesregistret, uppdelade efter typ av diabetes, samt andelen (i procent) patienter med respektive typ av diabetes, under 2005 och 2008

Typ av diabetes	2005 Antal	Andel (%)	2008 Antal	Andel (%)
Typ-1	4 879	10,1	3 435	6,3
Typ-2	43 507	89,9	51 061	93,7
Totalt	48 386	100,0	54 496	100,0

Källa: Nationella Diabetesregistret

Ett problem med materialet från NDR är att det är svårt att kontrollera om samtliga kontrollbesök har registrerats. Enligt uppgifter från NDR har kvaliteten i inrapporteringen ökat över åren, vilket dessutom gör att jämförelser mellan olika år försvåras. Det visade sig till exempel att 18 procent av dem som nyregistrerades 2005 och 12 procent av dem som nyregistrerades 2008 inte hade varit på något registrerat kontrollbesök under fyraårsperioden. Det resultatet bör alltså tolkas med försiktighet, eftersom det är osäkert i vilken utsträckning detta avspeglar brister i att registrera kontrollbesök eller om dessa personer faktiskt inte varit på några besök.

Jämförelsen av väntetider mellan kontrollbesöken gjordes i tre grupper av patienter. Patienter som varit på mellan en och fyra kontroller, patienter som varit på mellan fem och nio kontroller samt patienter som varit på tio eller fler kontroller.

Kontrollbesök och väntetider

I tabell 20 visas de genomsnittliga väntetiderna till kontrollbesök för patient med typ 1-diabetes som går på kontroller vid en medicinklinik. Av uppgifterna framgår att ju fler besök en patient har gjort desto kortare är tiden mellan besöken, vilket är helt naturligt. Det framgår också att den genomsnittliga tiden mellan besöken har ökat något för de patienter som varit på 1–4 besök, medan tiden minskat något i de två övriga grupperna.

Antalet patienter där det inte finns något kontrollbesök registrerat var något färre i 2008 års kohort än i 2005 års kohort. Eftersom det totala antalet registrerade typ 1-patienter vid medicinklinikerna har minskat från 4 879 till 3 435 (tabell 19), har andelen patienter utan något registrerat kontrollbesök ökat från 31 procent till 40 procent.

Materialet visar också att det har skett en förskjutning som innebär att bland de patienter med typ 1-diabetes som har gått på kontroller så är det allt fler som får fler kontroller. Resultatet gäller under förutsättning att registreringarna av kontrollbesök håller en rimlig kvalitetsnivå och att endast ett fåtal kontroller inte registreras.

Tabell 20. Antal patienter med typ 1-diabetes som går på kontroller vid medicinklinik, grupperade efter antalet kontrollbesök under fyra år efter nyregistreringen, samt genomsnittlig tid (i dagar) mellan kontrollbesöken

Antal kontroller	2005 års	2008 års	2005 års	2008 års
	kohort	kohort	kohort	kohort
	Antal patienter	Antal patienter	Antal dagar	Antal dagar
1-4	2 842	1 281	442	450
5-9	481	636	195	187
10 -	57	140	108	101
Inga kontroller	1 499	1 378	-	-
Totalt	4 879	3 435	248	246

Källa: Nationella Diabetesregistret.

I tabell 21 redovisas motsvarande uppgifter för kontrollbesöken bland patienter som har typ 2-diabetes och som får sin vård vid en vårdcentral. Uppgifterna visar att den genomsnittliga tiden mellan besöken har minskat i alla de tre grupperna.

Antalet registrerade typ 2-patienter var fler 2008 än 2005 (51 061 respektive 43 507). Antalet där det inte finns några kontrollbesök registrerade har minskat mellan kohorterna (tabellerna 20-22). Samma tendens gäller för typ 2-patienter som för typ 1-patienter när det gäller antalet besök, det vill säga att andelen patienter som fått fler än fyra kontroller har ökat.

Tabell 21. Antal patienter med typ 2-diabetes som går på kontroller vid vårdcentral, grupperade efter antalet kontrollbesök under fyra år efter nyregistreringen, samt genomsnittlig tid (i dagar) mellan kontrollbesöken

Antal kontroller	2005 års	2008 års	2005 års	2008 års
	kohort	kohort	kohort	kohort
	Antal patienter	Antal patienter	Antal dagar	Antal dagar
1-4	29 341	24 133	417	405
5-9	3 895	13 661	198	177
10 -	601	6 747	106	96
Inga kontroller	6 423	4 826	-	-
Totalt	40 260	49 367	240	226

Källa: Nationella Diabetesregistret.

Huvuddelen av de patienter som har typ 2-diabetes går på kontroller vid vårdcentraler, men det finns också en mindre grupp som kontrolleras vid en medicinklinik. Som framgår av tabell 22 har antalet registrerade typ 2-patienter vid medicinklinikerna halverats under den aktuella tidsperioden. För dem som gått på få kontroller har tiden mellan besöken ökat något, precis som för typ 1-patienter vid medicinklinikerna. För de övriga två grup-

perna har tiden mellan kontrollerna däremot minskat något. De patienter som varit på kontroller har dessutom gått på ett ökat antal kontroller.

Antalet patienter som inte varit på någon kontroll alls har halverats, men utgör ungefär samma andel, 18 respektive 19 procent, i de två kohorterna.

Tabell 22. Antal patienter med typ 2-diabetes som går på kontroller vid medicinklinik, grupperade efter antalet kontrollbesök under fyra år efter nyregistreringen, samt genomsnittlig tid (i dagar) mellan kontrollbesöken

Antal kontroller	2005 års	2008 års	2005 års	2008 års
	kohort	kohort	kohort	kohort
	Antal patienter	Antal patienter	dagar	dagar
1-4	2 246	895	430	433
5-9	333	388	194	190
10 -	41	103	100	98
Inga kontroller	627	308	-	-
Totalt	3 247	1 694	241	240

Källa: Nationella Diabetesregistret.

Slutsatser

Materialet är som sagt svårtolkat på grund av förändringarna i rapporteringsfrekvensen till NDR. Socialstyrelsens bedömning är dock ändå att det inte finns något som pekar på att det skett några dramatiska förändringar i hur lång tid det går mellan kontrollbesöken i de två kohorterna. Alltså kan det inte med stöd av detta material bekräftas att det finns några omfattande undanträngningseffekter för personer med diabetes.

Två andra studier av undanträngning

Läkarförbundets rapport Medicin med detsamma

Läkarförbundet har i sin rapport *Medicin med detsamma* intervjuat 20 läkare inom primärvården och specialistvården i olika delar av landet [15]. Syftet med intervjuerna var att inventera problemen med vårdgarantin och kartlägga eventuella mekanismer som ligger bakom dessa problem. Generellt kan sägas att läkarna i undersökningen var positiva till att problemen med väntetider och långa köer uppmärksammades. De var också positiva till vårdgarantin, även om de oroade sig för dess bieffekter.

Läkarna uppgav att undanträngningseffekter förekommer inom både specialistvård och primärvård. De drabbade är patienter i de vårdskeden och inom de verksamhetsområden där väntetider inte mäts och därmed inte ger utdelning från kömiljarden. De grupper som enligt läkarna drabbas mest av undanträngning är äldre, multisjuka och kroniskt sjuka. De intervjuade läkarna påpekar dock att det inte bara är de svagaste grupperna som drabbas av vårdgarantins bieffekter utan patienter från olika samhällsgrupper och i alla åldrar.

Rapport från Landstingsrevisorerna i Stockholms läns landsting

Landstingsrevisorerna i Stockholms läns landsting har i en särskild studie sökt svar på frågan *Styr Hälso- och sjukvårdsnämndens (HSN) vårdgaranti och vårdval så att patienterna med de största behoven ges företräde?* [16]. De har kartlagt kunskapsläget på nationell nivå, intervjuat företrädare inom sjukvården och myndigheter och gjort en registerstudie där de använde uppgifter från VAL-databasen².

Deras slutsats är att styrningen från HSN är svag när det gäller att säkerställa att patienterna med de största behoven ges företräde till vården. Fokus i studien har varit på om vårdgaranti och vårdval har lett till att tillgängligheten ökar. Vid intervjuer med utredare, forskare och läkare har det framhållits att det är viktigt att inte bara följa effekter inom en vårdgren för sig, utan att se till hela vårdsystemet. Det är inte heller lätt att urskilja vad som är effekterna av vårdvalet respektive vårdgarantin och kömiljarden. Men landstingsrevisionernas granskning pekar på att vårdgarantin och kömiljarden i dag har störst inverkan på sjukhusvården medan vårdvalet har störst påverkan på primärvården.

Revisorerna anser att det är osäkert att enbart använda besöksstatistik (genom registerstudier) utan att ta hänsyn till medicinska prioriteringar, om man vill kunna göra en rättvisande analys av undanträngningseffekterna. Speciellt menar de att det är viktigt att även följa upp besök hos andra kategorier av sjukvårdspersonal än läkare. Vidare nämner de att vårdgivarna oftare och mer systematiskt bör ta ut relevanta nyckeltal för detta område, om man vill kunna styra utvecklingen mot en jämlik sjukvård. Här nämner de SKL:s arbete med att följa upp återbesök.

² En vårddatabas inom SLL för uppföljning av all vård inom landstinget. I VAL-databasen kan man följa en individs alla vårdhändelser genom hela hälso- och sjukvårdssystemet.

Vårdgaranti, kömiljard och medierna

Inledning

För reformens genomförande är det viktigt att såväl allmänhet och patienter som personal har en god kännedom om vårdgarantins regelverk. I Socialstyrelsens tidigare rapporter har landstingens informationsinsatser samt allmänhetens och professionens kännedom om vårdgarantin och kömiljarden studerats [2, 3].

Under 2010 genomförde Socialstyrelsen enkäter bland landstingens informationschefer. Resultatet visade att vårdgarantin var högt prioriterad i landstingens kommunikationsarbete. Det framgick också att alltmer av kommunikationen kring vårdgarantin riktades direkt till patienterna medan kommunikationen till andra grupper minskat över åren. Som skäl för detta angavs att kommunikations- och informationsinsatser riktade till allmänheten är kostsamma och ineffektiva.

I en studie av landstingens webbplatser framkom även att två av tre landsting inte informerade om vårdgarantin på ett sätt som var anpassat till personer med funktionsnedsättning eller till personer med ett annat modersmål än svenska.

I oktober 2010 genomfördes på Socialstyrelsens uppdrag även en telefonenkät, där ett representativt urval av befolkningen intervjuades. Enkäten syftade till att kartlägga medborgarnas kännedom om och attityder till vårdgarantin [2]. Enkäten visade att

- kännedomen varierade beroende på kön, ålder, utbildning och födelseland
- sex av tio visste att vårdgarantin gällde tidsgränser i vården
- en tredjedel var nöjda med hur landstinget levde upp till vårdgarantin
- en av tio visste var de kunde söka information
- en av fyra visste inte vem de kunde vända sig till om de fick vänta länge
- fyra av hundra hade diskuterat möjligheten att få vård av en annan vårdgivare.

I intervjuerna framkom också att en stor del av dem som sade sig känna till vårdgarantin (60 procent) hade fått sin kännedom via "media", det vill säga tidningar, tv, radio och andra medier. Medierna har med andra ord en mycket betydelsefull roll för befolkningens kännedom om vårdgarantin.

- Socialstyrelsen har låtit Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap i Uppsala genomföra en särskild analys för att studera i vilken omfattning medierna rapporterar om vårdgarantin
- om det finns något samband mellan rapporteringen och befolk-

ningens kännedom

- hur detta eventuellt har påverkat befolkningens attityder till vårdgarantin och till kömiljarden.

Studie av mediebevakningen av vårdgarantin och kömiljarden

I det här avsnittet ges en sammanfattning av den studie som genomförts av Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap i Uppsala. I studien analyserades mediernas betydelse för allmänhetens kunskap om, kännedom om och attityder till vårdgarantin. Hela materialet kan laddas ner via Socialstyrelsens webbplats³.

Material och metod

Som en del av Socialstyrelsens omvärldsbevakning under 2009–2012 anlätte myndigheten News Machine Business Intelligence NMBI AB för en så kallad digital mediebevakning. I den sökprofil som låg till grund för bevakningen ingick bland annat ”vårdgaranti” och ”kömiljard” som sökord. Materialet bestod av tusentals artiklar. Tillsammans med telefonenkäten som Socialstyrelsen genomfört i tidigare uppföljning av vårdgarantin har artiklarna utgjort underlaget för analysen.

Tidsmässig avgränsning

Analysen av medierapporteringen är avgränsad till åren 2009, 2010 och 2011, det vill säga den period som omfattades av den första kömiljardsatsningen. Medierapporteringen jämförs med resultaten från telefonintervjuundersökningen som utfördes i oktober 2010. Sambandet mellan allmänhetens attityder och kunskaper och medierapporteringen kring vårdgarantin och kömiljarden undersöks därför för perioden januari 2009 till oktober 2010.

Digital omvärldsbevakning och mediekällor

Digital omvärldsbevakning innebär att information söks i källor på internet, det vill säga i digitala källor. Omvärldsbevakning har traditionellt sett främst fokuserat på papperstidningar, men internet är ett medium vars betydelse som informationskälla ökat starkt. Exempelvis publicerar de flesta nyhetstidningar material på internet [17].

Sökprofilerna som ligger till grund för analyserna i denna rapport är ”vårdgaranti INTE kömiljard”, ”kömiljard INTE vårdgaranti”, ”vårdgaranti OCH kömiljard” samt ”vårdgaranti ELLER kömiljard”.

Mediebevakningen har delats in i två block: Media och Samhälle. I Samhälle ingår företag, kommuner, landsting, myndigheter, organisationer och universitet. I denna rapport redovisas dock endast rapporteringen i blocket Media.

³ <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer>

I blocket Media ingår dels etermedier på webben, dels webbmedier. Etermedier på webben är tv och radio på internet, exempelvis webbplatser som tillhör Sveriges Radio P4-kanalerna, Sveriges Television, Sveriges Radio Ekot och Nyheterna TV4. Webbmedier är webbversioner av både tryckt press och skrivna nyheter som endast är tillgänglig via internet. Exempel är länsstidningar som Gefle Dagblad och Göteborgs-Posten, rikspress som Aftonbladet, och nyhetssajter som magazin24.se och Newsmill. Utöver detta ingår papperstidningar som ibland lägger upp pdf-filer på internet, vars innehåll är identiskt med den tryckta tidningen, men inte med tidningens webbversion. Även pressmeddelanden och företag som hanterar pressmeddelanden ingår i Media, exempelvis Mynewsdesk som är en digital PR-tjänst för pressreleaser och marknadsföringsmaterial, och CisionWire som distribuerar pressmeddelanden.

Telefonintervjuer med allmänheten

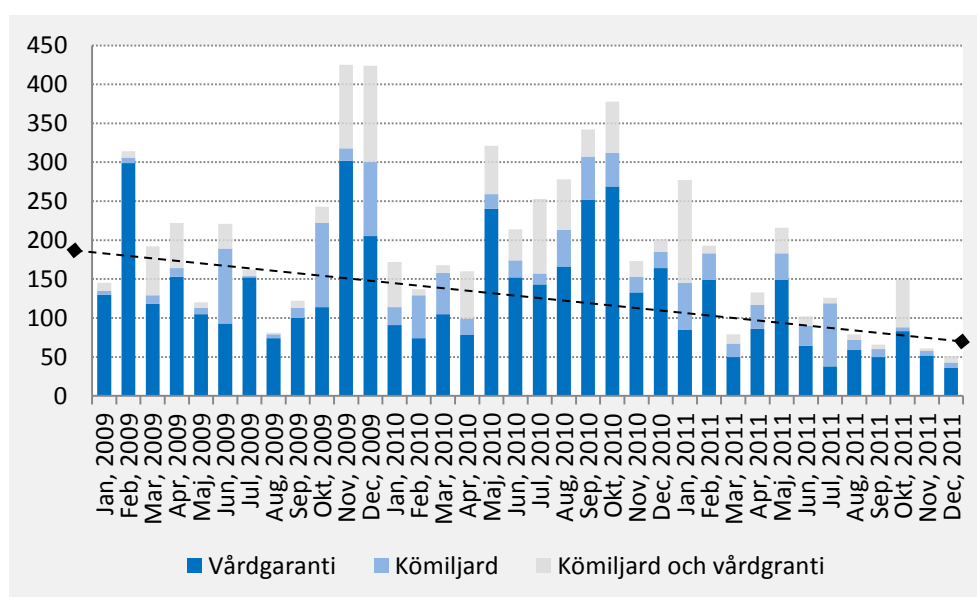
Målgruppen för telefonintervjuerna var medborgare i åldern 18 år och äldre. Undersökningen gjordes bland ett slumpmässigt urval av intervjupersoner i ett slumpmässigt urval av hushåll. Totalt intervjuades 4 200 personer, vilket innebär att 200 personer i varje landsting ingick i materialet. Svarsfrekvensen i undersökningen var 50 procent, vilket är en normal svarsfrekvens i en telefonundersökning bland allmänheten.

Resultat

Rapporteringen i medierna 2009–2011

I materialet ingår totalt cirka 7 000 nyhetsartiklar. Av dessa kom tre fjärdedelar från webbmedier, det vill säga främst lokala och nationella nyhetstidningarnas webbplatser. Resterande material kom till lika delar från etermedier på webben och andra mediekällor.

Figur 13. Mediernas rapportering om vårdgaranti och kömiljarden 2009–2011



Av sammanställningen i figur 13 framgår det att medierapporteringen varierat över tid och att trenden under perioden 2009–2011 var nedåtgående. Nyheter om vårdgarantin var betydligt vanligare än nyheter som enbart handlade om kömiljarden. Samtidigt var det framför allt rapporteringen om vårdgaranti som minskade över tid, medan rapporteringen om kömiljarden var relativt konstant. Det var också vanligt att nyheterna refererade till både vårdgaranti och kömiljard.

Flest medierapporteringar inträffade i november 2009. Denna månad skrev medierna om vårdgarantin och kömiljarden vid 425 tillfällen. Förklaringen till rapporteringstopparna under den studerade perioden är att vissa nyheter sprids via TT till nationella medier, och sedan vidare till regionala medier (där de ofta ges en regional vinkel).

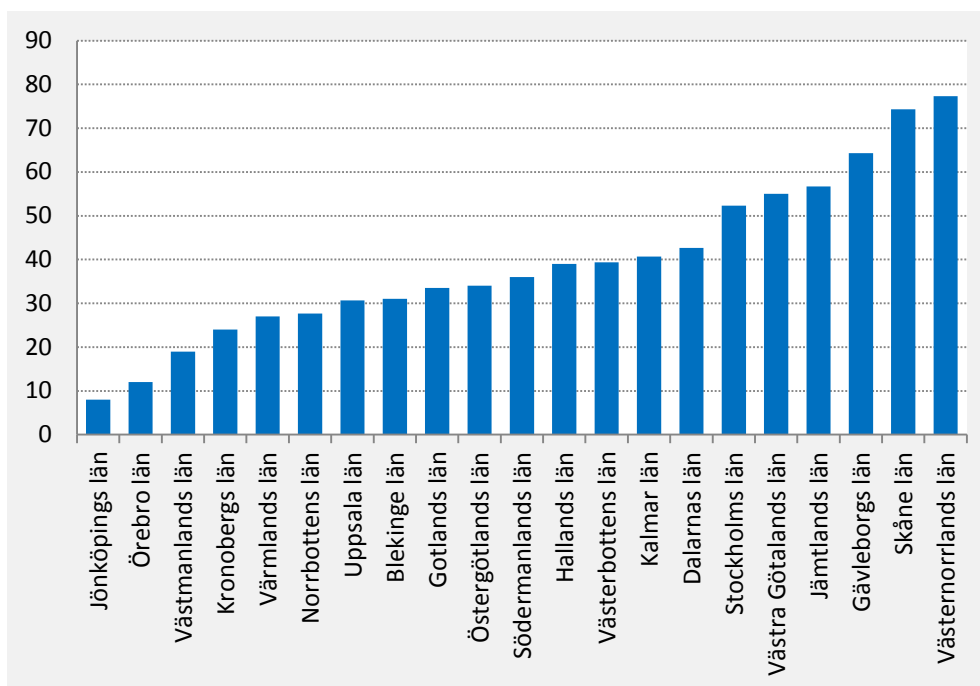
Morgonpress och dagspress stod för omkring 60 procent av rapporteringen. Knappt 20 procent av nyheterna kom från radio och tv och från etermediernas webbplatser. Regionala medier hade en betydande roll i mediebevakningen.

Ett ämne som särskilt uppmärksammades av medierna var undanträngning. Annat som togs upp i rapporteringen var stopp för remisser till sjukhus som riskerade att inte klara vårdgarantin liksom den lagreglering och förstärkning av vårdgarantin som trädde i kraft under sommaren 2010. Ytterligare en fråga som uppmärksammades var diskussionerna om att införa så kallat frivilligt väntande.

Om kömiljarden skrev medierna i såväl positiva som negativa ordalag. Den regionala rapporteringen om kömiljarden var framför allt inriktad på att redogöra för vilka åtgärder landstinget vidtagit för att uppfylla kraven och få del av de särskilda medlen.

I figur 14 redovisas en sammanställning av rapporteringen på regional nivå. Antalet regionala nyheter har beräknats utifrån det genomsnittliga antalet nyheter om vårdgarantin och kömiljarden i de tre medier per län som publicerat flest nyheter om dessa två ämnen. I jämförelsen ingår inte riksmidier såsom Sveriges Radio Ekot och SVT Text.

Figur 14. Regional jämförelse av mediebevakningen av vårdgarantin och kömiljarden, 2009–2011. Jämförelsen bygger på det genomsnittliga antalet nyheter i de tre medier per län som publicerat flest nyheter om de två ämnena



En översiktlig sammanfattning av innehållet i nyheterna om vårdgarantin och kömiljarden visar att de huvudsakligen berörde fyra områden:

- hur landstingen lyckats eller inte lyckats uppfylla vårdgarantin och få del av kömiljarden
- vårdgarantins och kömiljardens regelverk (frivilligt väntande, lagstiftning med mera)
- negativa effekter av reformerna i form av undanträngning, felprioriteringar och remisstopp
- debatt om reformernas utfall och effektivitet.

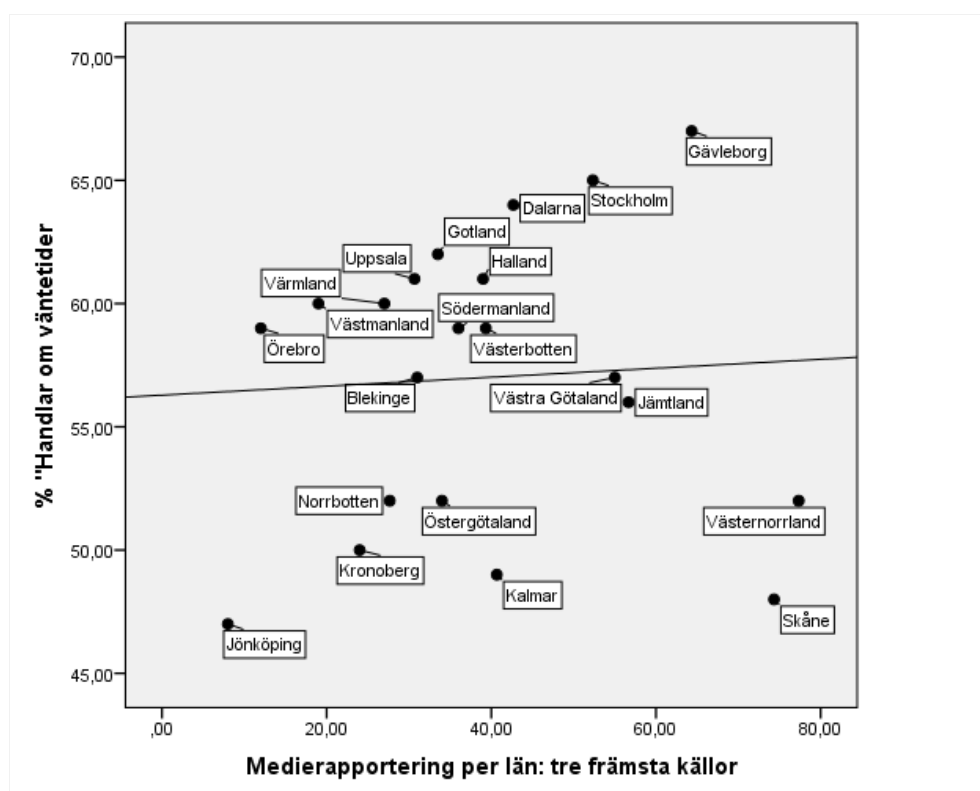
Det finns ett visst samband mellan mediebevakningen och befolkningens kännedom om och kunskap om vårdgarantin

Som nämnts i inledningen till detta avsnitt genomförde Socialstyrelsen under 2010 en telefonundersökning om allmänhetens kännedom om och attityder till vårdgarantin [1]. Enligt undersökningen varierade den andel som "aldrig hört talas om vårdgarantin" mellan 1 och 15 procent. En särskild analys har genomförts för att besvara frågan om ifall det finns något samband mellan å ena sidan den andel som inte känner till vårdgarantin i de enskilda landstingen och å andra sidan mediebevakningen mätt som det genomsnittliga antalet nyheter om vårdgaranti eller kömiljard under perioden januari 2009 till oktober 2010, det vill säga vid tidpunkten för intervjuerna. Av analysen framgår det att det inte finns något statistiskt signifikant samband mellan allmänhetens kännedom och mediernas bevakning.

Det har också genomförts en särskild analys av befolkningens kunskap om vårdgarantin och av sambandet med mediernas bevakning (figur 15).

Med kunskap avses här den andel av befolkningen som kände till att vårdgarantin handlar om väntetider. Denna andel varierade i de olika landstingen mellan 47 och 62 procent av dem som hört talas om vårdgarantin. Inte heller här kunde det påvisas något statistiskt signifikant samband med mediebevakningen. Två av landstingen, Skåne och Västernorrland, kan dock ett avvikande ett resultat (outliers). Om dessa två inte togs med i analysen framkom ett signifikant samband, och sambandet var då positivt⁴: kännedomen om vårdgarantin var större där mediebevakningen var mer omfattande.

Figur 15: Sambandet mellan mediernas rapportering om vårdgaranti under perioden januari 2009 till oktober 2010 och allmänhetens kunskap om vårdgaranti hösten 2010



⁴R = 0,463

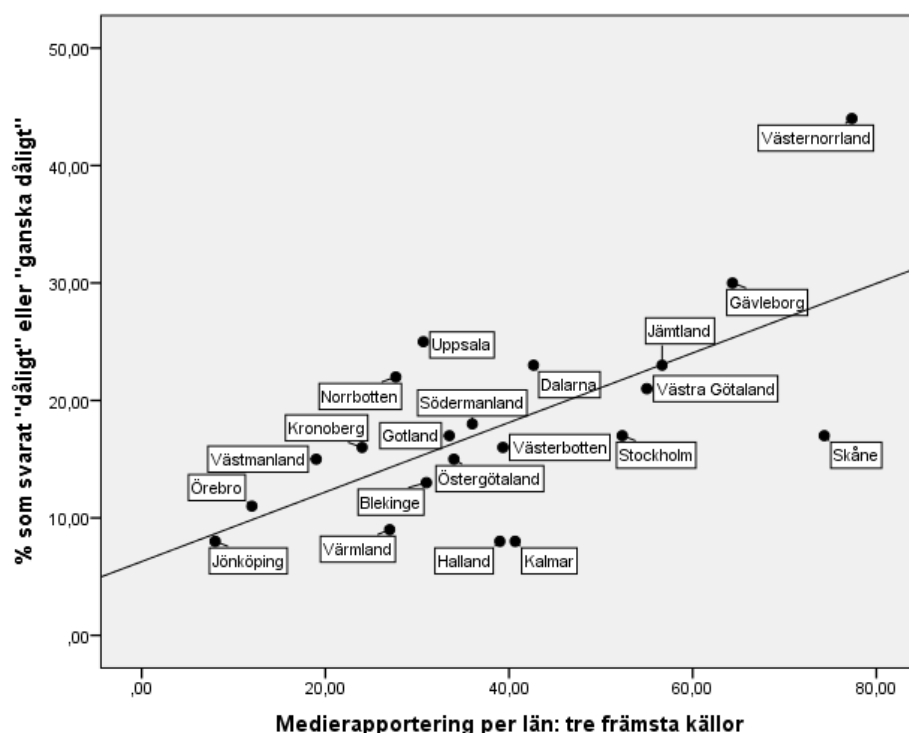
Attityder till hur landstingen lever upp till vårdgarantin varierar

I telefonintervjuerna ombads de som kände till vad vårdgarantin handlar om (57 procent av samtliga) att ta ställning till hur det egna landstinget lever upp till vårdgarantin. Omkring hälften av dem svarade antingen ”varken bra eller dåligt” eller att de inte hade någon uppfattning. Cirka var tredje menade att landstinget levde upp till vårdgarantin ”mycket bra” eller ”bra” medan var femte ansåg att landstinget var ”ganska dåligt” eller ”mycket dåligt” på att leva upp till vårdgarantin.

Allmänhetens uppfattning om landstingets resultat varierade kraftigt mellan landstingen. När det gällde de positiva attityderna varierade de från 53 procent i Halland till 18 procent i Västernorrland. När det gällde de negativa attityderna var förhållandet det omvända, det vill säga att den andel som inte ansåg att landstinget levde upp till vårdgarantin var högst i Västernorrland, 34 procent, medan motsvarande andel var 8 procent i Halland.

En sambandsanalys av mediebevakningens omfattning (det genomsnittliga antalet nyheter i de tre största källorna i länet) och befolkningens attityder visade att det fanns ett statistiskt signifikant samband när det gällde både positiva och negativa attityder. Sambandet var dock starkare när det gällde de negativa attityderna⁵ än de positiva⁶. I figur 16 visas hur de olika landstingen placerar sig när det gäller de negativa attityderna.

Figur 16. Samband mellan mediebevakningen från januari 2009 till oktober 2010 och allmänhetens negativa attityder till vårdgarantin hösten 2010



⁵ R = 0,424

⁶ R = 0,331

Väntetider påverkar attityder mer än mediebevakningen

Det är rimligt att tänka sig att allmänhetens attityder, och även mediebevakningen, har ett samband med hur de faktiska väntetiderna är i landstinget. För att studera om det fanns något sådant samband har det gjorts ytterligare analyser med hjälp av data från Väntetidsdatabasen.

Av dessa analyser framgick det att det inte fanns något samband mellan allmänhetens attityder (vare sig de positiva eller negativa) och i vilken mån landstinget levde upp till besöksgarantin inom *primärvården*.

Däremot framkom det att det fanns statistiskt signifikanta samband mellan allmänhetens attityder – såväl de positiva som de negativa – och *andelen specialistbesök inom 90 dagar respektive behandling inom 90 dagar*. Väntetiderna till ett besök i specialistsjukvården var det som visade det starkaste sambandet med allmänhetens attityder.

För att undersöka detta samband gjordes avslutningsvis ytterligare en analys, där hänsyn togs till både de faktiska väntetiderna och till den genomsnittliga medierapporteringen om vårdgarantin i landstingen. Av denna analys framgick att när hänsyn tagits till både väntetider och medierapportering så fanns ingen kvarstående effekt när det gällde befolkningens positiva attityder till vårdgarantin. Däremot kvarstod en effekt av medierapporteringen när det gällde de negativa attityderna⁷. Även i den samlade analysen visade det sig att väntetiderna verkar ha en starkare påverkan på befolkningens negativa attityder⁸ än mediebevakningen.

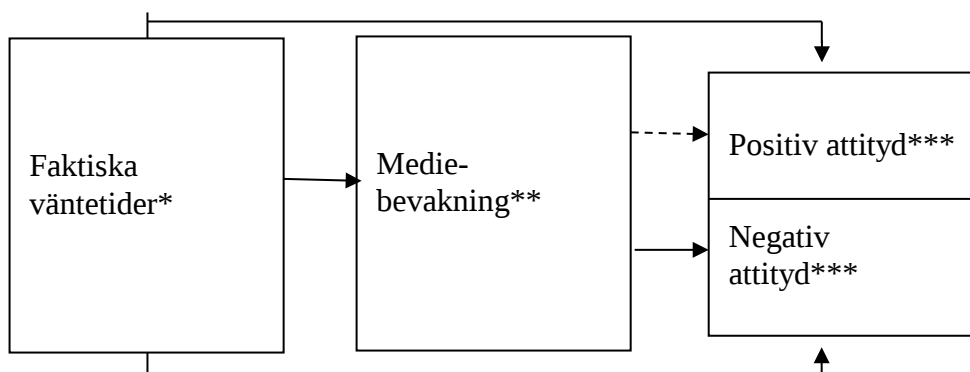
Tillsammans förklarar väntetiderna till specialistbesök och mediernas rapportering om vårdgarantin cirka 68 procent av variationerna mellan landstingen när det gäller de negativa attityderna till garantin. Förklaringsgraden hos dessa båda faktorer är lägre när det gäller de positiva attityderna, cirka 57 procent.

Figur 17 är ett försök att översiktligt sammanfatta resultatet av de sambandsanalyser som genomförts. Figuren visar att befolkningens attityder påverkas både av de faktiska väntetiderna och av mediernas rapportering, men att medierapporteringen tenderar att påverka de negativa attityderna mer än de positiva.

⁷ R = 0,482

⁸ R = 0,709

Figur 17. Samband mellan väntetider, mediebevakning och allmänhetens positiva och negativa attityder



*) Faktiska väntetider avser antalet patienter som väntat mer än 90 dagar på ett besök i den specialiserade vården, av det totala antalet patienter som väntade på besök till den specialiserade vården.

**) Mediebevakning avser det genomsnittliga antalet rapporteringar om "vårdgaranti ELLER kömiljard" i länets tre främsta källor mellan januari 2009 och oktober 2010.

***) Positiv attityd avser andelen i allmänheten som svarat att landstinget lever upp till vårdgarantin "ganska bra" eller "bra", och negativa attityder avser andelen som svarar "dåligt" eller "mycket dåligt".

Exempel från fyra landsting

I studien av mediernas bevakning av vårdgarantin och kömiljarden ingick också en mer djuplodande analys av fyra landsting: Halland, Västernorrland, Skåne och i Jönköping.

Halland var det landsting som utmärkt sig genom att bäst uppfylla vårdgarantin och där befolkningen huvudsakligen hade en positiv attityd till garantin.

Västernorrland valdes ut mot bakgrunden av att man där hade väntetidsproblem och att befolkningen var starkt negativ till vårdgarantin.

I både Skåne och Jönköpings län var det en relativt stor andel av befolkningen som inte kände till garantin. I Jönköping var medierapporteringen lägst i landet, medan den i Skåne däremot var näst högst i landet.

Genomgången av den regionala mediebevakningen i dessa fyra landsting visar att lokala medier bygger en stor del av rapporteringen om vårdgarantin och kömiljarden på nationella TT-nyheter och pressmeddelanden från exempelvis Socialdepartementet och Sveriges Kommuner och Landsting. Detta innebär att mediebevakningen av vårdgarantin och kömiljarden har en gemensam kärna i samtliga landsting.

När de nationella nyheterna innehåller information om landstingens placering när det gäller väntetider eller kömiljarden, följs detta upp på regional nivå, med regionala nyheter om det egna landstingets placering eller tilldelning från kömiljarden. På detta sätt speglar regionala medier den aktuella väntetidssituationen som först rapporterats på nationell nivå.

Regionala medier rapporterar också om det egna landstingets placering i väntetidsundersökningar och det egna landstingets ersättning från kömiljarden i relation till problem inom landstinget eller specifika diskussioner som pågår inom landstinget. Ekonomiska problem i landstinget som helhet eller på specifika sjukhus är ett exempel på regionala problem som länkas samman med rapporteringen om vårdgarantin och kömiljarden. Detta är allra tydligast i Västernorrland, men förekommer också i Halland.

I landsting med långa köer till hälso- och sjukvården speglar medierapporteringen till stor del just dessa tillgänglighetsproblem. Men det förekommer också nyheter av mer positiv karaktär – till exempel om satsningar på att korta köerna. Och omvänt, i landsting med kortare köer speglar rapporteringen att tillgängligheten är bättre, men det förekommer ändå relativt stark kritik mot att tillgängligheten inte är bättre än den är. Detta visar att det finns tillgänglighetsproblem även i de landsting och regioner som bäst lever upp till vårdgarantin.

Information om vårdgarantin på landstingens webbplatser

Socialstyrelsen har tidigare gått igenom samtliga landstingens webbplatser och undersökt hur väl dessa var anpassade till personer med olika funktionsnedsättningar. En liknande genomgång har gjorts igen under våren 2013 som sammanfattas i bilaga 2.

En egen utformad informationssida fanns i elva landsting medan resten av landstingen hade utformat sin webbsida som 1177.se eller direkt hänvisade till den sidan. I webbsidan 1177.se, som sex landsting hänvisade till, fanns lyssnarfunktionen knuten till sidorna och informationen fanns på 18 olika språk. Två landsting hade inte lyssnarfunktion jämfört med 2011 då hälften av landstingen saknade funktionen. I sex landsting gick informationen att få på lättläst svenska jämfört med sju landsting 2011 och i fem landsting fanns möjlighet att anpassa textens storlek. I tre landsting fanns informationen på teckenspråk vilket var en färre än 2011. Alla landsting hade information om vårdgaranti på andra språk än på svenska, det lägsta antalet övriga språk var fyra och det högsta antalet var 64.

Generellt kan sägas att informationen har blivit mer tillgänglig på webbplatserna. Det finns dock fortfarande en utvecklingspotential speciellt när det gäller teckenspråk samt lättlästa och anpassade texter.

Diskussion och slutsatser

Stabilt läge på nationell nivå men fortfarande stora skillnader mellan landstingen

Socialstyrelsen har nu följt vårdgarantin och de väntetider den omfattar i fyra år. Den bild som växer fram är att väntetiderna förbättrats över åren och att de sedan 2011 nått en mer stabil nivå. Under 2012 har det inte skett några större förändringar på nationell nivå, vare sig när det gäller tillgängligheten inom primärvården eller inom den specialiserade vården. Däremot är skillnaderna mellan landstingen fortfarande relativt stora. För väntetiderna inom den specialiserade vården finns det dessutom en tendens att skillnader har blivit än mer markerade under 2012.

Andelen patienter som väntat mer än tre månader på ett specialistbesök varierade mellan 2 och drygt 20 procent i de olika landstingen. I flera av de landsting som vid årsskiftet 2011/2012 hade en hög andel patienter som väntat över 90 dagar visar de senaste uppgifterna på betydande förbättringar. Några av de landsting som låg högt vid den föregående mätningen har dock inte lyckats minska andelen patienter med lång väntetid. I några landsting som även under 2011 låg högt ökade till och med andelen patienter som väntat mer än 90 dagar.

Hur väl ett landsting uppfyller vårdgarantin kan mätas i andelen patienter som väntat mindre än 90 dagar. Måluppfyllelsen kan dock variera över året inom ett landsting. Denna variation kan användas som ett mått för hur stabil landstingets väntetidssituation är. I Halland, Norrbotten, Gotland och Stockholm var variationen liten över året. I Örebro, Jämtland, Sörmland och Dalarna var variationen däremot stor.

Oroande stora variationer i väntetid mellan och inom specialiteter

Uppföljningen av väntetider innehåller för första gången uppgifter om de faktiska väntetiderna, det vill säga hur lång väntetiden blev för de patienter som varit på ett första specialistbesök respektive för patienter som påbörjat en behandling under året. De uppgifter som rapporteras in i SKL:s databas anger dock inte den exakta väntetiden i dagar utan uppgifterna är uppdelade på ett antal tidsintervall. Detta har gjort att det endast är möjligt att för ett helt år visa hur stor andel av patienterna som väntat mer än 90 dagar. För 2012 var denna andel cirka 17 procent, om man även räknar in de patienter som själva valt att vänta. Uppgifterna ur databasen visar också att en tredjedel av patienterna hade väntat mindre än en månad, och inom två månader hade drygt två tredjedelar påbörjat en behandling.

Andelen patienter som väntat över 90 dagar varierar mellan olika specialiteter. När det gällde plastikkirurgiska behandlingar hade över hälften av patienterna väntat mer än 90 dagar. För de övriga kirurgiska specialiteterna varierade andelen patienter med lång väntetid mellan 11 och 22 procent.

Socialstyrelsen har sedan några år gjort särskilda uppföljningar av väntetider inom cancervården. Med hjälp av uppgifter från detta material kan det konstateras att det endast är ett fåtal patienter som väntar längre än vårdgarantins maximala väntetider. Men det kan också konstateras att det även i dessa patientgrupper finns skillnader mellan olika cancerformer.

Mot bakgrund av dessa skillnader har Socialstyrelsen för avsikt att genomföra fördjupade studier av väntetider och tillgänglighet inom olika verksamhetsområden i sjukvården.

Fortsatt stora skillnader mellan landstingen i ersättningen från kömiljarden

Prestationskraven och regelverket för att få del av kömiljarden var desamma 2012 som för 2011. Gotland var ett av sju landsting som klarade alla kraven och fick störst ersättning utslaget per invånare: 544 kronor. Uppsala fick däremot ingen ersättning alls, och Dalarna fick näst minst med en ersättning på 4 kronor per invånare.

Variationerna i måluppfyllelse var stora under året. Under sommarmånaderna var det till exempel betydligt färre landsting som klarade kraven.

Åsikterna om kömiljardens betydelse och effekter går isär. Samtidigt som den anses ha stimulerat till effektiviseringar och ett ökat fokus på väntetider, finns det de som menar att ersättningen leder till ”fiffel” med redovisningen av väntetider. Flera menar också att det finns en risk för att de grundläggande prioriteringarna åsidosätts [2, 3, 15, 18].

Undanträngning är ett svårångat fenomen

I Socialstyrelsens uppdrag att följa upp vårdgarantin och kömiljarden har det som benämns undanträngning fått stort utrymme. Vissa har hävdats att de områden och delar av vårdkedjan som inte omfattas av vårdgarantin har försämrats, till förmån för den vård som garantin omfattar.

Enligt den definition av undanträngning som Socialstyrelsen tillämpar innebär undanträngning att patienter och vårdbehov med en högre medicinsk prioritet trängs undan av vårdgarantin och av de nybesök och behandlingar som omfattas av den. Detta betyder att inte alla förändringar som kan kopplas samman med införandet av vårdgarantin och kömiljarden behöver vara undanträngning.

Att bekräfta om det förekommer undanträngningar är svårt. Men även om de skulle förekomma är det svårt att avgöra om dessa negativa effekter uppvägs av positiva effekter, till exempel effekten av att väntetiderna minskat och att patienterna fått ökade möjligheter att påverka sin väntetid genom att välja vårdgivare.

I tidigare uppföljningar har Socialstyrelsen visat att det med största sannolikhet förekom undanträngning av återbesökspatienter som kunde ha ett samband med avstämningstillfällen för kömiljarden. Eftersom det numera sker avstämningar varje månad har denna risk för undanträngning sannolikt minskat under 2011 och 2012.

Även ett antal tillsynsärenden har visat att undanträngning förekommit. Det har då rört sig om en klinik där personer inte följts upp i sin ögon-

sjukdom och därför fått en försämrad syn. Vid den aktuella kliniken har man medgivit att nybesöken har prioriterats framför kontrollerna och återbesöken.

För att söka svar på frågan om undanträngning förekommit har Socialstyrelsen genomfört tre särskilda studier, som redovisats i denna rapport.

En studie behandlar gråstarrsoperationer. I den har det framkommit att undanträngning förekommit, i den meningen att väntetiderna för lägre prioriterade grupper har förbättrats delvis på bekostnad av högre prioriterade gruppers väntetid. Samtidigt visar studien att de förkortade väntetiderna till viss del kan förklaras med att man har effektiviserat operationerna av det andra ögat, vilket berör cirka 40 procent av fallen. Väntetiden för denna andra operation är kortare än väntetiden för att få det första ögat opererat, men detta beror på att man effektiviserat vårdprocessen för att slippa kalla patienten till en ny bedömning och därmed till en upprepade undersökning.

Den andra studien bygger på ett material från patientregistret. Socialstyrelsen har där studerat om patienter med glaukom kontrolleras av läkare i mindre utsträckning än tidigare, och om väntetiden till ett återbesök har blivit längre. Slutsatsen är att det inte kan bekräftas att någon försämring skett, vare sig när det gäller frekvens eller väntetiden till ett återbesök. De som jämfördes var patienter som debuterade i sjukdomen 2005 och patienter som fick sin diagnos under 2008. I den senare gruppen visade det sig dock att de patienter som faktiskt varit på återbesök även hade kortare väntetider. Men det framkom också att var femte patient fick vänta över två år på att få komma till ett återbesök hos en läkare.

I den tredje studien var det kontrollbesöken för patienter med diabetes som var i fokus. Med ett material från det nationella diabetesregistret studerades två grupper av patienter: patienter som registrerades i registret 2005 och patienter som registrerades 2008. Materialet är svårtolkat på grund av förändringar i hur ofta och hur mycket landstingen rapporterar i registret. Men Socialstyrelsen anser ändå att det inte finns något som bekräftar att det skett några dramatiska försämrings i hur ofta patienter får komma på kontrollbesök.

Mediernas roll viktig för befolkningens kunskaper om och attityder till vårdgarantin och kömiljarden

I Socialstyrelsens uppdrag ingår att följa upp befolkningens och personalens kunskaper om och attityder till vårdgarantin och kömiljarden. Vi har tidigare genomfört flera särskilda studier av detta och då kunnat konstatera att både befolkningens och personalens kunskaper har brister.

Av de tidigare uppföljningarna har det också framkommit att medierna är viktiga aktörer – kanske de viktigaste – för att sprida såväl kunskap som attityder om vårdgarantin. Mot denna bakgrund har myndigheten genomfört en fördjupad studie av mediernas roll. Underlaget till studien har hämtats från Socialstyrelsens mediebevakning under 2009–2012. I studien har dels omfattningen av rapporteringen i medierna studerats, dels hur denna påverkat kunskaper om och attityder till vårdgarantin och kömiljarden.

Studien visar en tydlig nedgång i rapporteringsfrekvensen över perioden, det vill säga att medierna nu inte rapporterar lika ofta om de två reformerna.

Detta tyder på att frågan i sig har blivit mindre kontroversiell, vilket i sin tur sannolikt hänger samman med att väntetiderna kortats och att läget blivit mer stabilt. Under 2011 och 2012 togs det inte heller några nya initiativ när det gäller innehållet i vårdgarantin och kömiljarden, vilket naturligtvis också påverkat nyhetsbevakningen.

Av de sambandsanalyser som gjorts kunde det visas att det fanns ett positivt samband mellan medierapporteringens omfattning i de olika landstingen och befolkningens kännedom om att vårdgarantin handlar om väntetider. Likaså kunde det visas att mediebevakningen haft en viss påverkan på attityderna till garantin, och då särskilt när det gällde de negativa attityderna. Men studien visade också att det var de faktiska väntetiderna som var av störst betydelse för befolkningens attityder.

Förbättrade mätningar av väntetider, men fortsatt utveckling behövs

Socialstyrelsen har i tidigare uppföljningar haft synpunkter på tillförlitligheten i uppföljningen av väntetider, och framfört att det krävs en utveckling för att mer heltäckande kunna följa väntetiderna och tillgängligheten i den svenska hälso- och sjukvården. Över åren har dock SKL:s databas successivt förbättrats, och därmed har också uppföljningen kunnat genomföras med stöd av ett mer stabilt underlag.

Ett exempel på en förbättring i databasen är att det med hjälp av de faktiska väntetiderna numera går att få en mer fullständig bild av väntetidernas fördelning och detta samlat för hela året.

Något som också underlättar uppföljningen är att landstingen arbetat med att skapa gemensamma termer och begrepp, vilket naturligtvis gör jämförelser mellan landstingen och över tid mer tillförlitliga.

Som Socialstyrelsen tidigare påpekat är det en begränsning i databasen att den inte är individbaserad. Därför är det till exempel inte möjligt att jämföra väntetider för olika socioekonomiska grupper. Socialstyrelsen har av detta skäl föreslagit att uppgifter om väntetider i framtiden även ska ingå i patientregistret, och myndigheten har för närvarande ett regeringsuppdrag om att utveckla en modell för detta. Vägledande i det arbetet har varit att det långsiktigt ska vara möjligt att följa patientens väg genom vården, och inte som nu enbart följa upp väntetider för avgränsade delar av vårdkedjan. I december 2013 ska Socialstyrelsen lämna en slutrapport från det uppdraget.

Det pågår också ett arbete inom SKL för att ytterligare utveckla väntetidsdatabasen. Syftet är att den även ska omfatta väntetider till diagnostiska undersökningar och väntetider till återbesök.

Landstingens insatser i fokus för nästa årsrapport

Socialstyrelsen kommer även fortsättningsvis att följa upp vårdgarantin och kömiljarden i årliga rapporter. Rapporteringen kommer liksom tidigare att innehålla sammanställningar av hur väntetiderna och kömiljarden utvecklas. I planeringen inför nästa års verksamhet ligger också att vi under året ska genomföra besök i landstingen, för att vi i kommande rapport ska kunna redovisa hur de upplever att vårdgarantin och kömiljarden påverkat och på-

verkar verksamheten. Ytterligare frågor som vi kommer att ta upp vid dessa besök är hur tillämpningen av vårdgarantins valmöjligheter fungerar och vilka åtgärder som landstingen vidtagit när det gäller att åtgärda problemen med långa väntetider.

Referenser

1. Socialstyrelsen. Uppföljning av den nationella vårdgarantin och kömiljarden; Stockholm; 2010.
2. Socialstyrelsen. Uppföljning av den nationella vårdgarantin och kömiljarden; Årsrapport 2011. Stockholm; 2011.
3. Socialstyrelsen. Vårdgaranti och kömiljard - uppföljning 2009-2011. Stockholm; 2012.
4. Socialstyrelsen. Väntetider i cancervården - från remiss till diagnos och behandling. 2012.
5. Socialstyrelsen. Väntetider inom cancervården - från remiss till behandlingsstart; 2011.
6. Lundström, M. Rapport angående Nationella indikationer för kataraktoperation. Karlskrona: Eyenet Sweden; 2005.
7. Sveriges Kommuner och Landsting. Utvärdering av NIKE-instrument (kataraktoperation). EyeNet Sweden. Stockholm; 2008.
8. Nationella Kataraktregistret. Svensk kataraktkirurgi. Årsrapport 2011 baserad på data från Nationella Kataraktregistret. Karlskrona: EyeNet Sweden; 2011.
9. Svenska glaukomförbundet. Info om glaukom. 06-02-2012 ed: Svenska glaukomförbundet; 2012.
10. Svenska ögonläkarförening. Riktlinjer för Glaukomsjukvården. Malmö; 2011.
11. Svenska glaukomklubb. Kliniska riktlinjer - Öppenvinkelglaukom Vårdprogram vid glaukom - Riktlinjer för handläggning av öppenvinkelglaukom och ockulär hypertension; 1995 1995-08-30.
12. SBU. Öppenvinkelglaukom (grön starr). En litteraturöversikt. Stockholm; 2008.
13. Socialstyrelsen. Hälso- och sjukvårdsrapport 2009; 2009.
14. Socialstyrelsen. Nationell utvärdering 2011 Diabetesvård landstingens och kommuners insatser; 2012.
15. Sveriges läkarförbund. Medicin med det samma? Förslag till en rättvisare vårdgaranti. Stockholm; 2012 2013-03-09.
16. Landstingsrevisorerna. Vårdgaranti och vårdval - Hur följs effekter för patienter med störst behov. Stockholm: Stockholms läns landsting; 2012.
17. Praktisk handbok i Modern Omvärldsbevakning. www.newsmachine.se/handbook; 2005.
18. Riksrevisionen. Ökad tillgänglighet i sjukhusvården? Stockholm; 2005.

Bilageförteckning

1. Olika typer av undanträngning
2. Tabell: Genomgång av landstingens webbplatser när det gäller informationen om vårdgarantin

Bilaga 1

Olika typer av undanträngning

När lägre prioriterade patienter (det vill säga patienter som har problem av mindre medicinsk allvarlighetsgrad) får vård före patienter som har högre prioritet (det vill säga ett större medicinskt behov) kallas det för undanträngning. I denna rapport används termen undanträngning som beteckning för de negativa effekter som kan bli resultat av prioriteringar som avviker från de gällande prioriteringsriktlinjerna och som innebär att patienternas medicinska behov inte kommer i första hand.

Teoretiskt kan det finnas olika former av undanträngning. Mot bakgrund av det som är det främsta fokusområdet för denna rapport – uppföljningen av vårdgarantin och kömiljarden – är det viktigt att göra en distinktion mellan undanträngning som drabbar enskilda patienter och mer systematiska former av undanträngning som drabbar större patientgrupper.

Undanträngning på individnivå

Undanträngning som beror på enskilda individers agerande har förmodligen alltid funnits i hälso- och sjukvården. Den kan ta sig uttryck i att patienter som ”ligger på” genom att kontakta hälso- och sjukvårdspersonal ofta lyckas få en tid för besök, operation eller annan åtgärd tidigare än vad som annars skulle ha varit fallet.

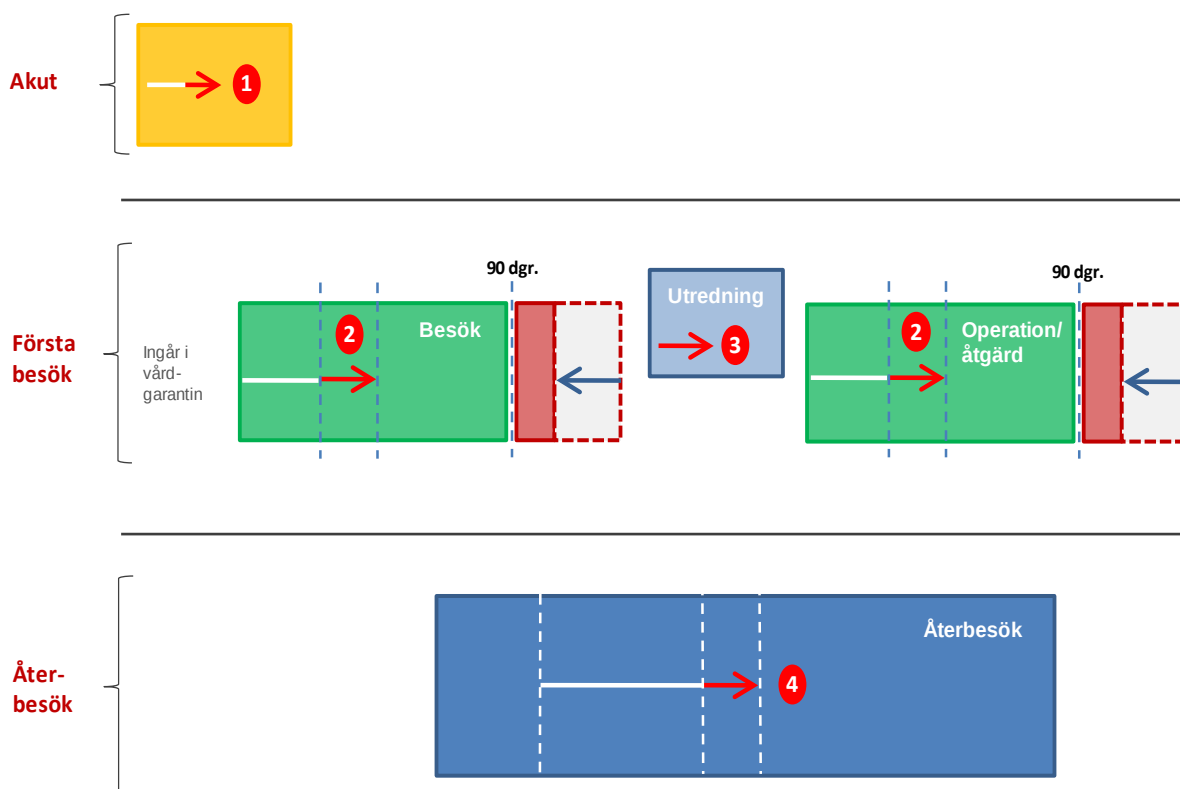
Detsamma gäller sannolikt när personer som har en relation till hälso- och sjukvårdspersonal, eller som själva arbetar inom hälso- och sjukvården, får snabbare tillgång till den vård de behöver tack vare sina kontakter eller kunskaper om systemet. Det är ett allmänmänskligt beteende att vilja hjälpa dem som står en nära. Även om den här typen av ”snabbfiler” innebär ett avsteg från målet att alla ska ha vård på lika villkor är den förmodligen ofrånkomlig.

Undanträngning av patientgrupper eller vårdkedjor

Detta avsnitt handlar främst om huruvida undanträngning förekommer i större skala – till exempel av hela patientgrupper eller vårdkedjor – till följd av att insatser och resurser riktas till andra patientgrupper. Tillgänglighetsarbetet som de senaste 20 åren har bedrivits inom den specialiserade vården har framför allt inneburit insatser för att förbättra tillgängligheten för första-besökspatienter och väntetider för just dessa patienter mäts och används som en måttstock för hälso- och sjukvårdens totala tillgänglighet.

Figur 7 visar vilka grupper som teoretiskt skulle kunna missgynnas av vårdgarantin och kömiljarden.

Figur 7. Möjliga former av undanträngning inom ett landsting (siffrorna i figuren hänvisar till texten nedan)



Källa: Socialstyrelsen.

1. *Personer som söker akutsjukvård.* Långa väntetider är ett problem som har uppmärksammats under senare år. Socialstyrelsen har för närvarande ett regeringsuppdrag som syftar till att utveckla ett system för att följa väntetider till akutvården vid sjukhusen.
2. *Patienter inom en och samma patientgrupp som prioriteras olika.* Det handlar exempelvis om att de som har ett förhållandevis lågt medicinskt behov får gå före mer allvarligt sjuka patienter, med anledning av att de närmar sig – eller redan har passerat – en vårdgarantigräns.
3. *Patienter som väntar på en undersökning.* Vårdgarantierna i den specialiserade vården täcker inte patientens hela väg genom vården. Det är vanligt att patienter behöver genomgå en eller flera undersökningar innan ett beslut om åtgärd kan fattas. Insatser på förbättrad tillgänglighet till ett specialistbesök och en operation eller åtgärd kan leda till att mindre resurser avsätts för undersökningar, vilket i så fall skulle öka risken för att väntetiderna till exempelvis röntgen, koloskopi eller andra typer av undersökningar blir längre.
4. *Patienter med kända och diagnostiserade besvär som behöver komma tillbaka på återbesök.* Beroende på sjukdomstillstånd kan det handla om att hålla en sjukdom under kontroll, säkerställa att en patient inte blir sämre eller erbjuda rehabiliteringsinsatser. Dessa så kallade återbesökspatienter är betydligt fler än förstabesökspatienterna och det är därför

angeläget att följa i vilken utsträckning de blir kallade till kontroller inom tidsintervaller som speglar deras medicinska behov.

Det empiriska material som finns i form av väntetidsmätningar för andra patienter än förstabesökspatienter är däremot begränsat till återbesökspatienter, vilket innebär att endast eventuell förekomst av den fjärde typen av undanträngning studeras i detta avsnitt.

Bilaga 2 Genomgång av landstingens webbplatser när det gäller information om vårdgarantin

Landsting	Egen utformad informationssida	Ta-lande webb/lyssna	Anpassa/stor text	Lätt läst	Tecken-språk	Språk
Blekinge	Hänvisning till 1177.se	X				English 17 övriga språk
Dalarna	X	X		X		English Samiska Suomi
Gotland	X	X	X	X		English Google översatt till 64 språk Telefonstöd vid tal, röst och språksvårigheter
Gävleborg	Utformad som 1177	X				English 15 övriga språk
Halland	Utformad som 1177	X				English 15 övriga språk
Jämtland	X	X	X			Google translate till önskat språk
Jönköping	Hänvisning till 1177.se	X				English 17 övriga språk
Kalmar	Hänvisning till 1177.se	X				English 17 övriga språk
Kronoberg	X	X	X	X	X	English 21 övriga språk
Norrbotten	X	X	X			Engelska 7 övriga språk
Skåne	X					English 4 övriga språk
Stockholm	X					English 16 övriga språk Hänvisning till 1177 för andra språk.
Sörmland	X	X		X	X	English 21 övriga språk
Uppsala	Utformad som 1177	X				English 17 övriga språk
Värmland	Hänvisning till 1117	X				English 17 övriga språk
Västerbotten	Hänvisning till 1177	X				English 11 övriga språk
Västernorrland	Hänvisning till 1177	X				English

						17 övriga språk
Västmanland	X	X	X			English 11 övriga språk
Västra Götaland	Utformad som 1177	X				Engelska 17 övriga språk
Örebro	X	X	X	X	X	Hänvisning till 1177 för andra språk
Östergötland	X	X		X		English 8 övriga språk