

Uppföljning och analys av överenskommelsen om ökad tillgänglighet 2020

Regionernas inrapportering av primärvårdsdata till
den nationella väntetidsdatabasen

Delrapport december 2020

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

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

Artikelnummer 2020-12-7066.

Publicerad www.socialstyrelsen.se, december 2020

Förord

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

Denna rapport är en delredovisning av den del av uppdraget som handlar om att följa och analysera överenskommelsen *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2020*, inklusive dess tilläggsöverenskommelse. Arbetet har närmare inneburit att följa och analysera regionernas inrapportering av väntetidsdata till den nationella väntetidsdatabasen.

Fokus i denna delrapport ligger på inrapportering av primärvårdens väntetidsdata i enlighet med nya modellen, eftersom regionerna vid genomförandet ännu inte hade påbörjat sin inrapportering av specialistvårdsdata enligt den nya modellen. Myndigheten kommer därför att följa, analysera och redovisa specialistvårdens inrapportering till nationella väntetidsdatabasen inom ramen för detta regeringsuppdrag i en senare delrapport till regeringen.

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

Ansvarig projektledare är Sevim Barbasso Helmers och ansvarig enhetschef är Lena Hellberg.

Olivia Wigzell
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Rapportens disposition	8
1. Uppdrag att följa överenskommelsen om ökad tillgänglighet 2020.....	9
Statens styrning för ökad tillgänglighet	9
2. Metod för analys av inrapporteringen	13
3. Väntetidsdatabasen och krav på inrapportering för primärvården	16
Väntetidsdatabasen är den främsta källan för väntetidsuppföljning	16
Krav på inrapporteringen till väntetidsdatabasen	18
4. Analys av regionernas följsamhet till krav på inrapportering	20
Inrapportering av telefontillgänglighet	20
Inrapportering av medicinsk bedömning.....	21
Möjligheter för regionala jämförelser av vårdgarantin.....	24
Jämförelse mellan väntetidsdatabasen och SKR:s verksamhetsstatistik	30
5. Resultatet från intervjuerna	33
Registrering och inrapportering av data.....	33
Kvalitetssäkring och överföring av data	35
Användningen av inrapporterade data	36
Samarbete regionerna sinsemellan och med SKR	37
6. Sammanfattande utmaningar	38
7. Möjliga vägar framåt.....	40
Referenser	42
Bilaga 1. Intervjufrågor.....	43
Bilaga 2. Krav för inrapportering	45
Bilaga 3. Tabeller med statistik över inrapportering.....	47

Sammanfattning

Socialstyrelsen har fått i uppdrag av regeringen att stödja regionernas hantering av uppdämda vårdbehov samt följa och analysera väntetider i hälso- och sjukvården.

I denna delrapport som ingår i uppdraget analyseras inrapportering av primärvårdsdata till den nationella väntetidsdatabasen utifrån överenskommelsen *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2020*, inklusive dess tilläggsöverenskommelse. Regionernas följsamhet, utmaningar och möjliga vägar framåt redovisas i rapporten. Arbetet har genomförts i tre delar:

1. En analys av regionernas följsamhet till kraven på inrapporteringen till väntetidsdatabasen utifrån överenskommelsen samt de riktlinjer som tagits fram av Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) i samband med den nya utökade uppföljningsmodellen som infördes i januari 2019.
2. En intervjustudie med syfte att få en fördjupad förståelse för regionernas arbetssätt och deras bild av utmaningar i arbetet med inrapportering till väntetidsdatabasen.
3. En jämförande analys mellan väntetidsdatabasen och SKR:s verksamhetsstatistik, för att fördjupa förståelsen av vilken andel av primärvårdens vårdkontakter som rapporteras in till väntetidsdatabasen.

Utifrån en sammanvägning av resultaten från de olika analyserna har ett antal utmaningar identifierats. Det handlar om registrering och inrapportering av data, kvalitetssäkring och överföring av data, användning av inrapporterade data samt samarbete regionerna sinsemellan och med SKR. Flest utmaningar identifierades vad gäller registrering och inrapportering av data. Det är tydligt att följsamheten till inrapportering av obligatoriska variabler generellt är god, men det finns fortsatta behov av att stärka rapportering av vissa icke-obligatoriska variabler. Det finns även indikationer på att skillnader mellan regioner i rapportering av variabler för vårdgarantin påverkar möjligheten till jämförelser mellan regionerna.

Möjliga vägar framåt är sammanfattningsvis att

- fortsätta att långsiktigt förbättra förutsättningar för att följa upp tillgängligheten till hälso- och sjukvården i Sverige
- fortsätta utveckla uppföljningen av vårdgarantin, men också av övriga aspekter av tillgänglighet, utifrån data som inrapporteras till väntetidsdatabasen utifrån den utökade primärvårdsmodellen.
- säkerställa att följsamhet och jämförbarhet av inrapporteringen för primärvården fortsätter att utvecklas för att möjliggöra än mer rättvisande jämförelser mellan regioner.
- prioritera områden för förbättrad uppföljning, till exempel att mätningen av första kontakt (nuvarande telefontillgänglighet) görs teknikneutral och att utveckla metoder för registrering och rapportering av digitala kontakter.

Rapportens disposition

Det första kapitlet beskriver uppdragets bakgrund och syfte samt ger en översikt av överenskommelserna om ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården.

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

Det tredje kapitlet innehåller en bakgrund om väntetidsdatabasen och hur den har utvecklats över tid fram till i dag. Här presenteras också de krav på rapportering till den nationella väntetidsdatabasen enligt överenskommelsen *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2020* samt den utvidgade modellen för nationell uppföljning av tillgänglighet för primärvården.

I det fjärde kapitlet analyseras regionernas följsamhet till kraven på inrapportering för telefontillgänglighet och medicinsk bedömning. I detta kapitel analyseras både de variabler som regionerna ska rapportera in för vårdkontakter, och här görs även en jämförelse av totalt antal inrapporterade vårdkontakter till väntetidsdatabasen och till SKR:s verksamhetsstatistik. Kapitlet innehåller även en beskrivning av hur skillnader i inrapportering kan påverka jämförelsen av måluppfyllelsen.

I det femte kapitlet sammanställs resultat från en intervjustudie med regionrepresentanter från samtliga regioner. Redovisningen är uppdelad i fyra delar, som var och en representerar ett steg i rapporteringsarbetet.

I det sjätte kapitlet beskrivs de utmaningar som framkommit vid arbetet med rapporten. Det är en sammanfattning av de utmaningar som identifieras i kapitel 4 och 5.

I det sjunde kapitlet beskrivs möjliga vägar framåt för regeringen, SKR och de enskilda regionerna utifrån de utmaningar som beskrivs i sjätte kapitlet.

1. Uppdrag att följa överenskommelsen om ökad tillgänglighet 2020

Socialstyrelsen har fått i uppdrag av regeringen att stödja regionernas hantering av uppdämda vårdbehov samt följa och analysera väntetider inom hälso- och sjukvården, med fokus på konsekvenser av covid-19 (S2020/05634/FS – delvis). I uppdraget anges bland annat att regeringen ser ett behov av att följa och analysera överenskommelsen *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2020*, inklusive dess tilläggsöverenskommelse (med samma namn).

Denna rapport utgör en delrapportering av Socialstyrelsens regeringsuppdrag och den fokuserar på att följa och analysera regionernas inrapportering till den nationella väntetidsdatabasen för primärvården. Inom ramen för uppdraget planeras i nästa steg en analys av den specialiserade vårdens inrapportering till väntetidsdatabasen enligt den nya modellen.

Analysen i delrapporten har särskilt beaktat regionernas följsamhet till framtagna riktlinjer och mallar, i enlighet med överenskommelsen *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2020*, inklusive tilläggsöverenskommelsen [1, 2]. Analysen inkluderar också följsamhet till de anvisningar som Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) arbetar fram som underlag för regionernas rapportering till väntetidsdatabasen.

Statens styrning för ökad tillgänglighet

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

Långa väntetider har varit ett långvarigt problem i den svenska hälso- och sjukvården [3, 4, 5, 6]. Tillgängligheten till vård och behandling har därför varit föremål för statlig styrning de senaste decennierna. Det har bland annat skett genom förändrad lagstiftning, stärkt nationell uppföljning av väntetider och styrning genom överenskommelser mellan regeringen och regionerna. Först genom Landstingsförbundet, sedan genom Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och numera genom SKR. Inspektionen för vård och omsorg (IVO) fick dessutom i oktober 2020 i uppdrag av regeringen att lämna förslag på hur myndigheten kan utveckla sin tillsyn kopplat till de patientsäkerhetsrisker som bristande tillgänglighet i vården medför [7].

Två centrala delar av den statliga styrningen är den nationella vårdgarantin som anger tidsgränser för hur länge en patient ska behöva vänta på vård och

ekonomiska incitament för regionerna att efterleva de numera förordningsreglerade tidsgränserna i vårdgarantin.

Introduktion av första vårdgarantin 1992

Den första vårdgarantin i Sverige introducerades 1992, då staten och landstingen kom överens om gränser för hur länge en patient som mest skulle behöva vänta på behandling för tolv specifika ingrepp. Vårdgarantin utvecklades därefter till att beskriva hur lång tid en patient som längst ska behöva vänta på att få kontakt med primärvården, få besök i primärvården samt få behandling eller operation i specialistvården efter remiss.

År 2005 etablerades de maximala tidsgränserna 0 dagar för kontakt med primärvården, 7 dagar för besök i primärvården, 90 dagar för besök i specialistvården efter remiss samt 90 dagar för påbörjad behandling efter beslut i specialistvården.

Gränsen som rör 7 dagar för läkarbesök i primärvården ersattes den 1 januari 2019 med att patienter som kontaktar primärvården för ett nytt eller försämrat hälsoproblem har rätt till en medicinsk bedömning inom 3 dagar av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom primärvården (läs mer nedan); övriga tidsgränser gäller fortfarande.

Från 2010 är vårdgarantin lagreglerad i 9 kap. 1 § HSL och sedermera även i 2 kap. 3 § patientlagen (2014:821), PL. Tidsgränserna för den lagstadgade vårdgarantin regleras i 6 kap. 1 § hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80), HSF.

I slutet av 2008 slöts en överenskommelse mellan staten och dåvarande Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) om en så kallad kömiljard, med syftet att stimulera till ökad tillgänglighet (kortare väntetider) genom prestationsbaserad ersättning till landstingen utifrån följsamhet till vårdgarantin. Regeringen och SKL slöt därefter årliga överenskommelser utifrån denna modell till och med 2014. Ersättningen till regionerna baserades på prestation och följsamhet till de två steg i vårdgarantin som rör den specialiserade vården: garantin om besök respektive behandling i specialistvården [4, 8, 9, 10, 11, 12, 13].

Förändring av vårdgarantin 2019

Sedan den 1 januari 2019 har vårdgarantin utvecklats genom en förändring i HSL. I stället för en bortre tidsgräns för läkarbesök inom primärvården omfattar vårdgarantin nu en bortre tidsgräns för att få *medicinsk bedömning* av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom primärvården.¹ Det är patientens behov som i första hand ska avgöra vilken yrkeskategori som bör komma i fråga för den medicinska bedömningen. Det är också patientens behov som ska styra om bedömningen bör göras vid ett fysiskt besök eller på distans (prop. 2019/20:164). Samtidigt ändrades tidsgränsen i 6 kap. 1 § HSF från 7 dagar till 3 dagar. Tidsgränserna illustreras i faktaruta nedan.

¹ 9 kap. 1 § HSL har ändrats i den andra punkten enligt nedan sedan den 1 januari 2019 och lyder enligt följande: Regionen ska erbjuda vårdgaranti åt den som omfattas av regionens ansvar enligt 8 kap. 1 eller 2 §. Vårdgarantin ska innehålla en försäkran om att den enskilde inom viss tid får

1. kontakt med primärvården,
2. en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom primärvården,
3. besöka den specialiserade vården, och
4. planerad vård.

Tidsgränser i vårdgarantin sedan den 1 januari 2019

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

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

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

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

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



Överenskommelsen om nya kömiljarden 2019

I juni 2019 slöt staten och SKR en överenskommelse om en ny och uppdaterad kömiljard (dnr S2019/02871/FS). Vårdgarantin utgjorde fortfarande grunden men överenskommelsen pekade ut fler mål gällande tillgänglighet. Överenskommelsen följdes i december 2019 av överenskommelsen *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2020* (dnr S2019/05300/FS), vilken bestod av två områden:

- Det första området innefattade prestationskrav kopplade till regionernas väntetider och uppfyllnadsgrad av vårdgarantin inom primärvården, den specialiserade vården samt barn- och ungdomspsykiatri (BUP). Den stora skillnaden gentemot kömiljarden var att väntetider till den specialiserade vården innebar prestationskrav på relativt kortare väntetider i regionerna samt att fler delar av vårdkedjan inkluderades.
- Det andra området avsåg prestationskrav gällande strategiskt förbättringsarbete och förbättrad väntetidsstatistik. Det syftade till att regionerna ska bedriva ett strategiskt tillgänglighetsarbete och förbättra sin väntetidsstatistik [1].

Till följd av covid-19-pandemin tecknade staten och SKR i april 2020 ett tillägg till överenskommelsen *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2020*. Tillägget innebar bland annat att prestationskraven inom det första

området ströks för resten av 2020 och att medlen i stället fördelades mellan regionerna utifrån befolkningsstorlek. Medlen fick bland annat användas för att ställa om hälso- och sjukvården, så att den kunde möta de ökade tillgänglighetsbehov som pandemin medför. Samtidigt kvarstod kraven inom det andra området, om än med förlängd rapporteringstid. Det innebar bland annat att regionerna senast i oktober 2020 skulle rapportera alla besök i primärvården och i den specialiserade vården, inklusive BUP, till den nationella väntetidsdatabasen i linje med den nya uppföljningsmodellen [2].

2. Metod för analys av inrapporteringen

Denna delrapport är avgränsad till uppföljningen av inrapporteringen av primärvårdsdata till väntetidsdatabasen. Vid tiden för datauttaget i oktober 2020 fanns inrapporterade data från primärvården enligt den nya uppföljningsmodellen för januari–augusti 2020.

Enligt tilläggsöverenskommelsen kommer data att finnas också för den specialiserade vården, inklusive BUP, från och med den 1 oktober 2020 [2], vilket innebär att data för den första inrapporterade månaden (oktober) kan hämtas ut i november 2020. Eftersom data för den specialiserade vården enligt den nya modellen inte fanns tillgängliga i oktober 2020 kommer analysen av den att genomföras och presenteras senare inom ramen för uppdraget.

Analysen av primärvårdsdata genomfördes med stöd av Lumell Associates. Hela arbetet har bedrivits i nära dialog med företrädare för SKR som arbetar med väntetidsdatabasen, och som tillhandahöll data för ändamålet i oktober 2020.

Två huvudfrågeställningar

Analysen av regionernas följsamhet till rapporteringskraven för primärvårdsdata i den nationella väntetidsdatabasen har utgått från två huvudfrågeställningar:

1. Vilken **följsamhet** har regionernas inrapportering till väntetidsdatabasen utifrån de krav som ställs i överenskommelsen 2020 inklusive tilläggsöverenskommelsen samt de riktlinjer, anvisningar, mallar och rutiner som tagits fram av SKR?
2. Vilka **utmaningar och möjliga vägar framåt** gällande inrapporteringen är av betydelse för kvaliteten på data i väntetidsdatabasen?

Kvantitativ och kvalitativ metod

För att besvara huvudfrågeställningarna kombinerades både kvantitativ och kvalitativ metod:

1. **Kvantitativ metod för att analysera i vilken grad inrapporteringen av data skett i linje med de krav som ställs i överenskommelsen.**
Analysen gällde de riktlinjer som anges i överenskommelsen, inklusive tilläggsöverenskommelsen, samt de riktlinjer, anvisningar, mallar och rutiner som tagits fram av SKR. Initialt genomfördes en kvalitativ dokumentstudie och dialog med SKR för att ta fram en granskningsmall baserad på ovannämnda riktlinjer, som i ett nästa steg användes för att kvantitativt analysera i vilken mån regionernas inrapportering följt kraven. Analyserna genomfördes på sammanställda data från samtliga regioner. Data tillhandahölls av SKR.

Vissa krav ställs direkt i överenskommelsen, bland annat att alla besök ska rapporteras in oavsett om de är vårdgarantibesök eller inte. Men överenskommelsen hänvisar också till att rapporteringen ska ske enligt den utvidgade modell för nationell uppföljning av tillgänglighet inom primärvården som tagits fram av SKR (se kapitel 3, för krav och riktlinjer utifrån modellen). Den utvidgade modellen för nationell uppföljning av tillgänglighet inom primärvården specificerar i sin tur vilka variabler som ska rapporteras in. Dessa är 1) obligatoriska variabler, 2) variabler som är obligatoriska om de finns tillgängliga samt 3) frivilliga variabler (i vissa fall) [14].

2. Kvantitativ metod för att fördjupa förståelsen av täckningsgraden för de primärvårdsdata som rapporterats in till väntetidsdatabasen.

Ett av kraven enligt överenskommelsen för 2020 är att samtliga besök ska rapporteras in. Det saknas i dag en etablerad metod för att kvantifiera hur stor andel av de faktiska vårdkontaktarna som inrapporteras till väntetidsdatabasen. För att fördjupa förståelsen för huruvida samtliga vårdkontakter rapporterats in till väntetidsdatabasen genomfördes en jämförelse med data från SKR:s verksamhetsstatistik, med hjälp av kvantitativ analys.

SKR:s verksamhetsstatistik utgörs av en årlig sammanställning av statistik över regionernas ekonomi och verksamhet, som syftar till att ge en nationell heltäckande bild av regionernas verksamhet och ekonomi samt underlätta jämförelser mellan regionerna över tid. Rapporteringen till väntetidsstatistiken sker utifrån en fastställd verksamhetsindelning – VI2000 [15, 16]. SKR:s verksamhetsstatistik finns för fysiska vårdkontakter. Jämförelsen gjordes för totalt antal fysiska vårdkontakter och nedbrutet på region, yrkesgrupp samt ägarform.

Eftersom SKR:s verksamhetsstatistik enbart rapporteras in för varje helår genomfördes analysen på 2019 års data. Jämförelsen gjordes för de 14 regioner² som rapporterat in varje månad till den nationella väntetidsdatabasen 2019. Att det är 2019 års data antogs fortfarande vara relevant för att få fördjupad förståelse vad gäller täckningsgraden för primärvårdsdata i den nationella väntetidsdatabasen.

Enligt SKR borde antalet fysiska vårdkontakter som rapporterats in för primärvården i huvudsak överensstämma mellan väntetidsdatabasen och SKR:s verksamhetsstatistik. Jämförbarheten har dock inte validerats. Exempel på felkällor som skulle kunna förklara eventuella skillnader mellan datamängderna är att rapporteringen sker med olika metoder och med olika frekvens. Vidare kan ytterligare ett skäl, som lyftes av den kvalitativa metodstudien (intervju med regionrepresentanter), vara att olika personer och/eller funktioner ansvarar för inrapportering till respektive databas och att de rapporterar enligt olika specifikationer.

3. Kvalitativ metod för att kartlägga och analysera de olika processtegen kring inrapporteringen av primärvårdsdata.

² Dessa 14 regioner är: Region Dalarna, Region Gotland, Region Halland, Region Jönköpings län, Region Kalmar län, Region Kronoberg, Region Norrbotten, Region Sörmland, Region Uppsala, Region Värmland, Region Västerbotten, Region Västmanland, Region Örebro län och Region Östergötland.

Den kvalitativa metoden baserades på intervjuer med företrädare från samtliga regioner med kunskap om inrapporteringen av väntetidsdata gällande primärvården och företrädare från SKR som arbetar med den nationella väntetidsdatabasen. Regionerna valde ut intervjurespondenter, efter en fråga till hälso- och sjukvårdsdirektörsnätverket. Företrädarna för de 21 regionerna intervjuades under perioden 7 oktober – 6 november 2020.

I intervjuerna deltog från en till tre personer från respektive region, med olika kompetens och erfarenhet. Vissa hade en strategisk roll, andra var verksamhetsföreträdare och ytterligare andra statistiker, databashanterare eller systemansvariga. Intervjuerna genomfördes semistrukturerat utifrån ett gemensamt frågeformulär (se bilaga 1).

De övergripande frågeställningarna var:

- Hur sker inrapportering av data från verksamheterna?
- Hur arbetar verksamheterna/regionen med kvalitetssäkring av data?
- Hur sker överföringen till väntetidsdatabasen och dialog om data med SKR?
- Används väntetidsdatabasen för uppföljning av tillgänglighet och förbättringsarbete inom regionen? I så fall hur?
- Finns förslag på hur väntetidsuppföljningen kan utvecklas?

Begränsningar i metoden

Följsamheten på inrapporterade data har analyserats i form av om rapportering har förekommit eller inte för primärvården. Fokus i denna rapport har inte varit att analysera innehållet, det vill säga de faktiska värdena, av inrapporterade data. Ingen analys har därför gjorts på exempelvis vilka frekvenser olika diagnoser har rapporterats.

Vidare har det inte varit möjligt att fastställa täckningsgraden i den nationella väntetidsdatabasen. Med täckningsgrad menas här hur stor andel av genomförda vårdkontakter som rapporterats in till väntetidsdatabasen. Jämförelsen med SKR:s verksamhetsstatistik har varit ett försök att skapa en fördjupad förståelse av väntetidsdatabasens täckningsgrad på nationell nivå, men begränsningar i form av att endast ett urval regioner rapporterade in till väntetidsdatabasen hela året 2019 gör att det blir svårare att dra fullt slutgiltiga slutsatser.

En annan begränsning relaterar till ambitionen att först genomföra analyserna och därefter använda intervjutillfället med respektive region för att kunna skapa en fördjupad förståelse av resultaten. Detta har inte varit möjligt att genomföra på grund av förseningar av den kvantitativa datainsamlingen och av det samlade analysarbetet.

Ytterligare en begränsning var att intervjupersonerna skiljer sig åt vad gäller roller och erfarenhet, vilket kan innebära att resultaten för respektive region inte ger en komplett bild av hela inrapporteringsprocessen. Dock ger intervjuerna en nationell helhetsbild.

3. Väntetidsdatabasen och krav på inrapportering för primärvården

Över tid har myndigheter som Socialstyrelsen och Myndigheten för vård- och omsorgsanalys påtalat nyttan och värdet av den nationella väntetidsdatabasen, men myndigheterna har också påtalat kvalitetsproblem och utvecklingsmöjligheter [4, 17, 18, 19]. Det har exempelvis saknats extern validering av data, samtidigt som dessa data användes för fördelningen av kömiljarden.

Utvecklingsmöjligheter som har lyfts är bland annat att väntetidsmätningarna bättre bör spegla den samlade tillgängligheten ur ett patientperspektiv och att väntetiderna mer ska kunna analyseras med hänsyn till patienternas behov.

Väntetidsdatabasen är den främsta källan för väntetidsuppföljning

SKR förvaltar i dagsläget flera databaser för uppföljning av olika aspekter av vården, bland annat den nationella väntetidsdatabasen som är den främsta nationella källan till uppföljning av väntetider i primärvården och specialistvården utifrån den nationella vårdgarantin. Data från databasen sammanställs och redovisas löpande på webbplatsen *Väntetider i vården* (vantetider.se).

Väntetidsdatabasen har utvecklats successivt

Väntetidsdatabasen har utvecklats successivt sedan början av 2000-talet. Utöver de delar av vårdkedjan som den nationella vårdgarantin omfattar har ett arbete inletts med att följa andra viktiga delar av vårdens insatser, exempelvis återbesök, ledtider inom diagnostik, överbeläggningar samt ledtider för standardiserade vårdförlopp för cancer. Syftet är att dessa delar ska bidra till att ge en mer komplett bild av tillgängligheten i vården. Detta är dock ännu bara i ett utvecklingsskede [1].

Primärvårdens inrapportering har utvecklats i enlighet med en ny uppföljningsmodell sedan 1 januari 2019, för att möjliggöra en uppföljning av den förstärkta vårdgarantin som infördes den 1 januari 2019 (se tidigare avsnitt). Sedan den 1 oktober 2020 sker en implementering av den nya uppföljningsmodellen för den specialiserade vården, som bland annat är tänkt att möjliggöra en bredare uppföljning av tillgängligheten än endast vårdgarantin.

Arbetet med databasen startade under tidigt 2000-tal, och inledningsvis mättes väntetiderna i regionerna som en ögonblicksbild av väntelistan i slutet av varje månad. Väntetidsrapporteringen var även begränsad till besök och behandling i specialistvården.

Från 2010 inkluderas även väntetider på faktiska/genomförda besök respektive behandling, även om det dröjde innan det var fullt ut implementerat. År 2010 etablerades också gemensamma definitioner av vilka

patienter som ska räknas som frivilligt väntande ("patientvald väntan") eller väntande av medicinska skäl ("medicinskt orsakad väntan").

År 2013 utvecklades rapporteringen ytterligare, när också väntetider till återbesök inkluderades [5].

Projektet med att ta fram den utvidgade modellen för nationell uppföljning av tillgänglighet i primärvården påbörjades 2016. Det avslutades vid årsskiftet 2019/2020, då samtliga regioner hade börjat rapportera enligt den nya modellen. Den nya modellen möjliggör uppföljning av den nya vårdgarantin för primärvården och öppnar även för uppföljning utifrån andra aspekter.

Den utökade uppföljningen för den specialiserade vården ingår i överenskommelsen *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2020* [1]. Satsningen förekom dock redan i överenskommelsen *En ny, uppdaterad kömiljard* [20]. Vårdgarantin i den specialiserade vården är samma som tidigare, men den bredare uppföljningen gör det möjligt att bättre följa upp hur vårdgarantin uppfylls. Den bredare bilden gör det också enklare för verksamheterna att följa upp om en verksamhetsförändring ger önskat resultat, i och med att bättre underlag finns att tillgå.

Inrapporteringen blir alltmer automatiserad

Alla regioner rapporterar månadsvis in information om väntetider och köer för vissa delar av vårdkedjan till den nationella väntetidsdatabasen. Inrapportering baserades i början i stor utsträckning på manuella beräkningar i webbformulär. Men successivt utvecklades rapporteringen till att bli mer automatiserad gällande överföringen av väntetidsdata från regionernas egna databaser till SKR, vilket gör kvaliteten mindre beroende av enskilda funktioners manuella rapportering.

I samband med införandet av den nya uppföljningsmodellen för primärvården har regionerna gjort omfattande integrationsarbeten. Huvuddelen av uppgifterna hämtas numera automatiskt från journal- och verksamhetssystem genom integrationslösningar i regionerna, med undantag för mätning av telefontillgängligheten som beskrivs senare i rapporten (se kapitel 5). Ett liknande upplägg är under införande för specialistvården.

Data skickas i filer till produktionsdatabasen Signe hos SKR, med vissa tidsintervall. Efter att varje region har levererat data till väntetidsdatabasen får de tillgång till sin egen detaljerade data i det nationella it-verktyget Qlikview – som är en webbapplikation, som SKR tillhandahåller – bland annat för kvalitetssäkring av leverans. Tillgången till data i it-verktyget är behörighetsstyrd och varje region har ett begränsat antal behörigheter. Det nationella it-verktyget visar den egna regionens levererade data i detalj samt den egna regionens resultat jämfört med övriga regioner på aggregerad nivå. Vissa regioner använder också produktionsdatabasen Signe för att ta ut och analysera sina egna data.

Andra exempel på utveckling är att rapporteringen numera är mer systematiserad i och med automatiseringen, samtidigt som definitionerna har utvecklats och en rad bakgrundsvariabler har lagts till (läs mer i kapitel 5).

Krav på inrapporteringen till väntetidsdatabasen

I överenskommelsen *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2020* anges att regionerna ska uppfylla specifika prestationskrav kopplade till strategiskt tillgänglighetsarbete och förbättrad väntetidsstatistik. Syftet är bland annat att en förbättrad uppföljning redan i 2021 års överenskommelse ska leda till att ännu högre krav kan ställas på regionerna i form av kortare väntetider [1].

Enligt överenskommelsen ska regionerna rapportera alla besök och väntetider i primärvården och i den specialiserade vården, inklusive BUP, till den nationella väntetidsdatabasen enligt modellen för utvecklad uppföljning (se faktaruta nedan för kriterier som gäller för primärvården respektive specialistvården). Uppföljningen omfattar primärvård i enlighet med HSL.

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

Följande kriterier gäller för inrapporteringen:

- Svansfrekvensen för rapportering av väntande och faktisk väntetid till den nationella väntetidsdatabasen ska uppgå till minst 95 procent varje månad årets alla månader. (*Relevant för specialiserad vård.*)
- Rapporteringen av faktiska väntetider (genomförda besök, operationer och åtgärder) ska finnas i väntetidsdatabasen senast fem veckor efter den månad som mätperioden avser. (*Relevant för specialiserad vård.*)
- Regionernas rapportering av andelen patientvald väntan ska följa det regelverk som återfinns i hälso- och sjukvårdsförordningen³ för när en patients väntan ska anses som självvald. (*Relevant för specialiserad vård och för primärvård.*)
- Rapporteringen ska göras enligt de riktlinjer och rutiner som gäller för rapportering till den nationella väntetidsdatabasen. För faktisk väntetid ska samma vårdutbud rapporteras som för väntande. (*Relevant för specialiserad vård och delvis för primärvård.*)

³ Undantag från vårdgarantin enligt hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80):

6 kap. 2 § Vid bedömningen av om vårdgarantin enligt 1 § 3 eller 4 är uppfylld ska inte räknas tid då den enskilde:

1. av medicinska skäl inte kan ges vård,

2. utnyttjat sin möjlighet att välja vård i en annan region enligt 9 kap. 1 § patientlagen (2014:821), eller

3. frivilligt avstår från vård.

Den enskilde ska anses frivilligt avstå från vård om han eller hon har:

1. informerats om vårdgarantin,

2. erbjudits vård i enlighet med vårdgarantin, och

3. meddelat vårdgivaren att han eller hon avstår från erbjudandet om vård.

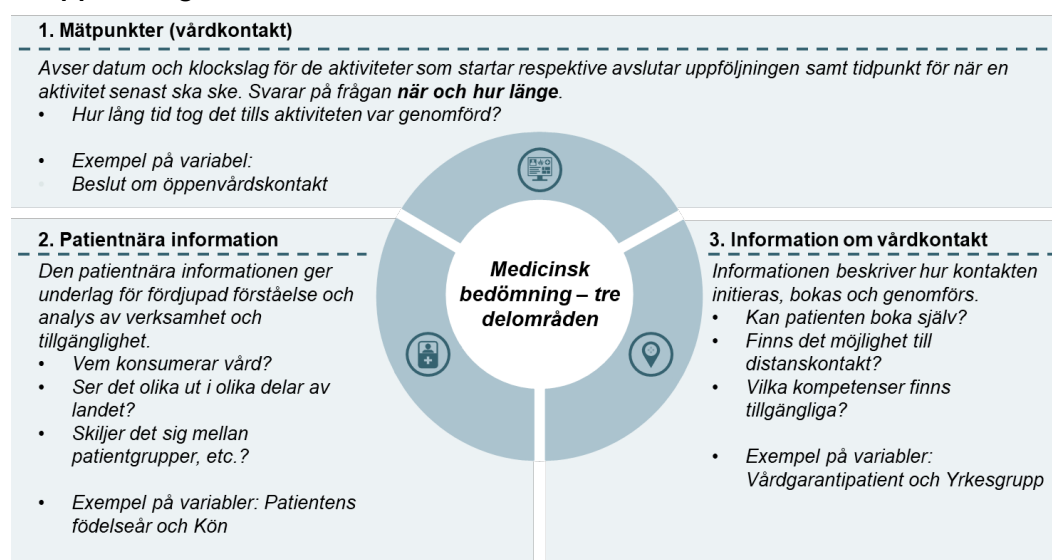
SKR:s utvidgade primärvårdsmodell för nationell uppföljning av tillgänglighet

För primärvården är den huvudsakliga riktlinjen för rapportering till den nationella väntetidsdatabasen följsamheten till den utvidgade uppföljningsmodellen [14]. Denna modell infördes i regionerna den 1 januari 2019 för att möjliggöra uppföljning av den förstärkta vårdgarantin utifrån begreppet medicinsk bedömning. Modellen är generell och de data som samlas in syftar till att ge ökad kunskap och underlag för verksamhetsutveckling.

Vårdkontakten beskrivs även ur flera perspektiv, bland annat tidpunkt för beslut om öppenvårdskontakt och genomförande av öppenvårdskontakt, kontaktform (till exempel distansbesök eller mottagningsbesök), yrkesgrupp respektive yttre orsak (orsak till skada, till exempel fall).

Informationen som ska rapporteras in enligt modellen sammanfattas i tre olika områden (figur 1).

Figur 1. För medicinsk bedömning finns tre delområden med variabler för inrapportering



Områdena omfattar flera olika variabler som ska rapporteras in per vårdkontakt (figur 1). De flesta variabler är obligatoriska men flera variabler som klassas som patientnära information (till exempel *diagnos* och *åtgärd*) är endast obligatoriska om de är tillgängliga. Variablerna *vårdande enhet* och *avvikelse* är frivilliga, där *avvikelse* omfattar patientvald eller medicinskt orsakad väntan. I bilaga 2, Tabell 1 finns en lista över de variabler som finns för kravställningen enligt modellen samt för telefontillgänglighet.

4. Analys av regionernas följsamhet till krav på inrapportering

I detta kapitel redovisas resultaten av analysen av regionernas följsamhet till kraven på primärvårdens inrapportering till den nationella väntetidsdatabasen, i enlighet med den nya modell som infördes den 1 januari 2019.

Inledningsvis presenteras en analys av telefontillgänglighet som första kontakt med primärvården, för mars 2020; telefontillgängligheten mäts enbart en månad på våren och en månad på hösten.

Därefter presenteras analyser av vårdkontakter⁴ kopplat till medicinsk bedömning januari–augusti 2020. Dessa analyser omfattar kontakter i form av mottagningsbesök, distansbesök, hembesök samt telefon- och brevkontakt, vilka skiljer sig från den typ av första kontakt som analyseras i telefontillgänglighet. Analyserna är nedbrutna i de tre områden som specificeras i SKR:s utvidgade modell för nationell uppföljning av tillgänglighet: mätpunkter, patientnära information och information om vårdkontakter (se figur 1).

Avslutningsvis presenteras en jämförelse mellan den nationella väntetidsdatabasen och SKR:s verksamhetsstatistik. Jämförelsen görs med data för 2019, eftersom det är det senaste inrapporterade året för SKR:s verksamhetsstatistik. Sju regioner exkluderas i jämförelsen, eftersom dessa inte rapporterade in till den nationella väntetidsdatabasen under 2019.

Inrapportering av telefontillgänglighet

För telefontillgänglighet ska enligt inrapporteringskraven två variabler rapporteras in:

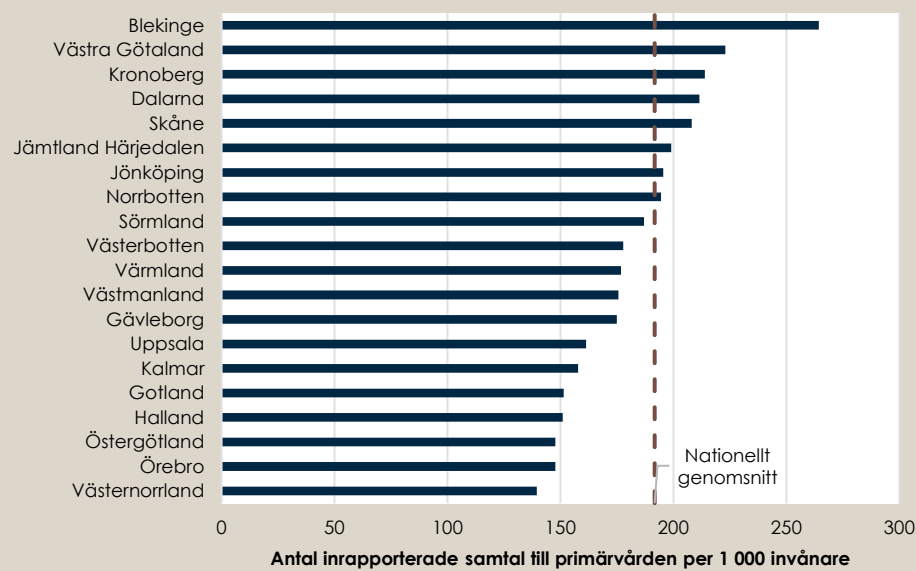
- *totalt antal samtal*, vilket definieras som den totala mängden samtal som inkom till regionen under uppföljningsperioden.
- *totalt antal besvarade samtal*, vilket definieras som den totala mängden samtal under mätperioden som besvarades inom 24 timmar.

Båda variablerna rapporteras in för 1 110 av landets 1 200 vårdcentraler, det vill säga 92 procent (se bilaga 2, Tabell 2). Mot bakgrund av att mätningen endast pågår under en begränsad mätperiod går det inte att uppskatta den totala täckningsgraden av det totala antalet telefonsamtal till primärvården; i stället kan täckningsgraden uppskattas genom andelen vårdcentraler som rapporterar in data. De vårdcentraler som inte rapporterar in fördelar sig över 13 regioner. *Totalt antal samtal* per 1 000 invånare varierar mellan 139 och 264 samtal för 20 av landets regioner (figur 2). Vad som orsakar skillnaden mellan regionerna är inte känt och därtill svårt att utvärdera. En delförklaring kan vara variationer i hur stor andel av vårdcentralerna som rapporterar och

⁴ Inom överenskommelsen *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2020* används benämningen "vårdbesök".

hur stora dessa vårdcentraler är. Ytterligare en delförklaring kan vara att olika regioner har kommit olika långt i att ersätta telefonkontakter med digitala kontakter och det saknas fortfarande metoder att mäta tillgänglighet genom digitala kontaktvägar utom telefon, och det ingår inte heller som en del av uppföljningen av vårdgarantin eller i väntetidsdatabasen.

Figur 2. Totalt antal inrapporterade samtal till primärvården per 1 000 invånare och region, mars 2020



I Stockholm används en stickprovsmetod, som gör att denna variabel inte kan jämföras med övriga regioner

Källa: Den nationella väntetidsdatabasen mars 2020.

Inrapportering av medicinsk bedömning

För medicinsk bedömning finns krav på inrapportering av variabler för vårdkontakter inom de tre delområden som beskrivs ovan (figur 1), det vill säga mätpunkter, patientnära information och information om vårdkontakt. Alla regioner har rapporterat in vårdkontakter samtliga månader januari–augusti 2020 för medicinsk bedömning.

Nedan presenteras resultaten av analysen av vilka variabler som rapporterades per region samt i vilken utsträckning rapportering skett per variabel. Eftersom följsamheten är väsentligen oförändrad under perioden presenteras inte nedbrytning per månad. Utifrån informationen i väntetidsdatabasen går det inte att utläsa hur stor del av primärvårdens vårdkontakter som omfattas, vare sig totalt för en region eller inom respektive verksamhet.

I syfte att bidra till förståelsen av täckningsgraden presenteras i avsnittet *Jämförelse mellan väntetidsdatabasen och SKR:s verksamhetsstatistik* en jämförelse mellan antalet vårdkontakter som rapporteras in i väntetidsdatabasen respektive i SKR:s verksamhetsstatistik.



Delområdet mätpunkter

Inom området mätpunkter finns tre obligatoriska variabler (se bilaga 3, Tabell 3). Två av dem – *beslut om öppenvårdskontakt* respektive *genomföra öppenvårdskontakt* – rapporteras in för samtliga inrapporterade vårdkontakter från samtliga regioner. Den tredje variabeln – *medicinskt måldatum* – rapporteras in för samtliga vårdkontakter för 14 av 21 regioner; 6 regioner rapporterar inte in variabeln och 1 region rapporterar in variabeln för 18 procent av vårdkontakterna.

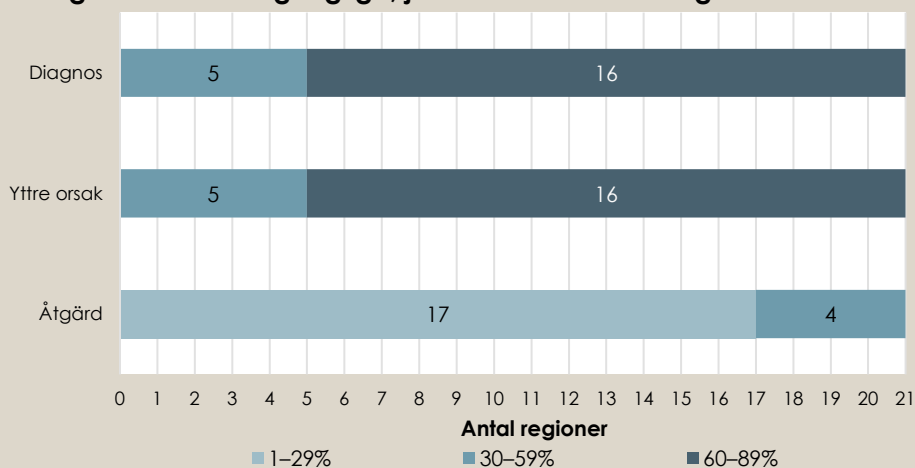


Delområdet patientnära information

Inom området patientnära information finns tolv variabler (se lista i bilaga 2, Tabell 4). De fem obligatoriska variablerna är *patientens födelseår*, *patientens kön*, *region*, *vårdcentral/klinik* och *patientens folkbokföringskommun*. De fyra första obligatoriska variablerna rapporterades in för samtliga vårdkontakter av samtliga regioner. Den femte variabeln, *patientens folkbokföringskommun*, rapporterades in för alla vårdkontakter av samtliga regioner utom för 1, där 97 procent av vårdkontakterna hade denna information.

De fyra variablerna som är obligatoriska om de finns tillgängliga är *diagnos*, *åtgärd*, *yttre orsak* och *patientens listning*. Den sista av dessa variabler, *patientens listning*, saknas i de data som funnits till hands för analys. För de tre övriga variablerna varierar inrapporteringen (figur 3). Att informationen inte är tillgänglig kan sannolikt bero på en kombination av att variablerna *diagnos*, *yttre orsak* och *åtgärd* antingen inte var aktuella, inte genomfördes eller inte registrerades för respektive vårdkontakt.

Figur 3. Regionernas inrapportering av tre variabler som är obligatoriska om tillgängliga, januari till och med augusti 2020



Källa: Den nationella väntetidsdatabasen januari–augusti 2020, Sveriges Kommuner och Regioner.

Den enda frivilliga variabeln, *vårdande enhet*, rapporteras in för samtliga vårdkontakter av 9 regioner, för över 60 procent av 2 regioner, för 1–9 procent för 2 regioner och för 0 procent för 8 regioner.

För två av variablerna – *verksamhetskod* och *ägarform* – sker separat rapportering i den mån förekomst finns. Variablerna har inte funnits med i de data som analyserats. *Verksamhetskod* anger klinikens/vårdande enhets huvudsakliga verksamhet och variabeln hämtas beroende på vilket alternativ

av utförande enhet som rapporteras, dock i första hand från variabeln *vårdande enhet* snarare än variabeln *vårdcentral/klinik*. Flera verksamhetskoder kan finnas på ett HSA-id⁵ från *vårdande enhet* eller *vårdcentral/klinik*. Variabeln *ägarform* utgår ifrån HSA-id från *vårdcentral/klinik*.

Delområdet information om vårdkontakt

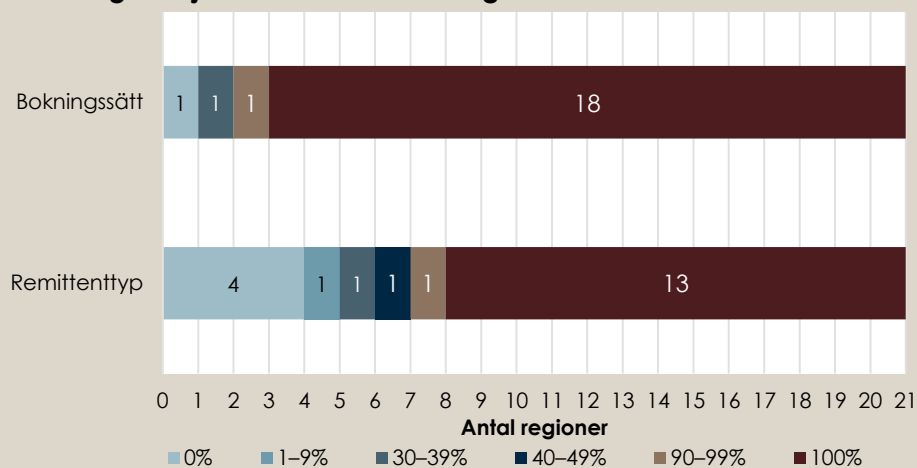
Inom delområdet information om vårdkontakt finns tio variabler (lista i bilaga 2, Tabell 5). De åtta obligatoriska variablerna är *vårdkontakts-id*, *delområde*, *första linje-patient*, *form av öppenvårdskontakt*, *vårdgarantipatient*, *yrkesgrupp*, *remittenttyp* och *bokningssätt*.

Samtliga regioner rapporterar in de obligatoriska variablerna förutom *remittenttyp* och *bokningssätt* för samtliga vårdkontakter. Dessa båda rapporteras in för samtliga vårdkontakter av 13 respektive 18 regioner. Inrapporteringen för dessa två variabler varierar (figur 4).

De två övriga variablerna är *remittent*, som i dagsläget är okänd eftersom den saknats i tillgängliga inrapporterade data, och *avvikelse*.



Figur 4. Regionernas inrapportering av variablerna *remittenttyp* och *bokningssätt* januari till och med augusti 2020

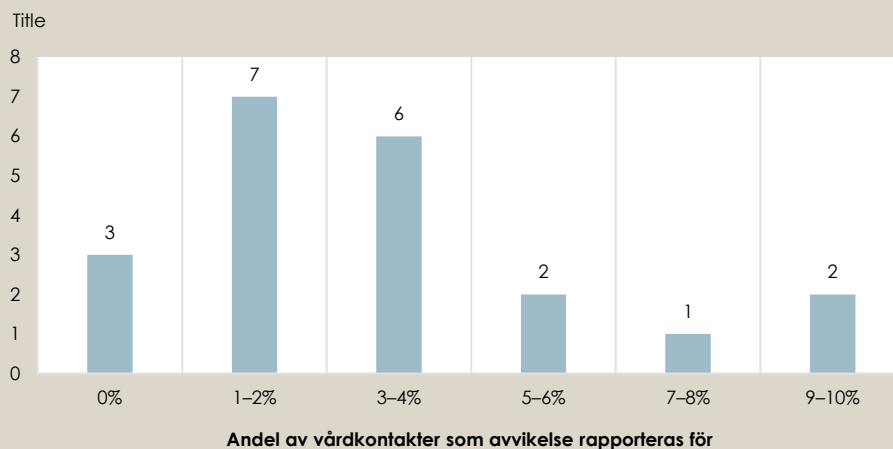


Källa: Den nationella väntetidsdatabasen januari–augusti 2020, Sveriges Kommuner och Regioner.

Den frivilliga variabeln *avvikelse* – som markerar avvikelserapportering, vilket diskuteras närmare senare i kapitlet – rapporteras för 1–10 procent av de inrapporterade vårdkontakterna i 18 av 21 regioner och rapporteras inte alls av 3 regioner (figur 5, se även senare avsnitt relaterat till figur 10).

⁵ Hämtas från Katalogtjänst HSA som Inera ansvarar för. <https://www.inera.se/tjanster/alla-tjanster-a-o/hsa-katalogtjanst/>

Figur 5. Regionernas rapportering för variabeln *avvikelse*, januari till och med augusti 2020



Källa: Den nationella väntetidsdatabasen januari–augusti 2020, Sveriges Kommuner och Regioner.

Inrapportering för variabeln *avvikelse* kan, liksom för *diagnos* och *åtgärd*, saknas för att ingen avvikelse har skett eller för att rapportering inte sker i linje med rutiner och anvisningar. Det går dock inte att säga med säkerhet vad avsaknaden av inrapportering för *avvikelse* beror på. Regionerna registrerar heller inte orsak vid avvikelserapportering förutom vid *patientvald väntan* och *medicinskt orsakad väntan*. Enligt intervjuer med regioner och SKR ska dock regionerna följa det regelverk som återfinns i hälso- och sjukvårdsförordningen för exempelvis när en patients väntan ska anses vara självvald.

Möjligheter för regionala jämförelser av vårdgarantin

Uppföljning av måluppfyllelse inom vårdgarantin kräver korrekt och enhetlig inrapportering till väntetidsdatabasen i tre steg (figur 6). Det kräver i sin tur att samtliga vårdkontakter med vårdgaranti rapporteras in och klassificeras enligt samma principer av alla regioner. De tre stegen är 1) vilka vårdkontakter som rapporteras omfattas av vårdgarantin, 2) i vilken utsträckning medicinsk bedömning registreras och 3) hur avvikelser registreras. Skillnader mellan regionernas inrapportering i vart och ett av de tre stegen kan därför begränsa möjligheterna till regionala jämförelser.

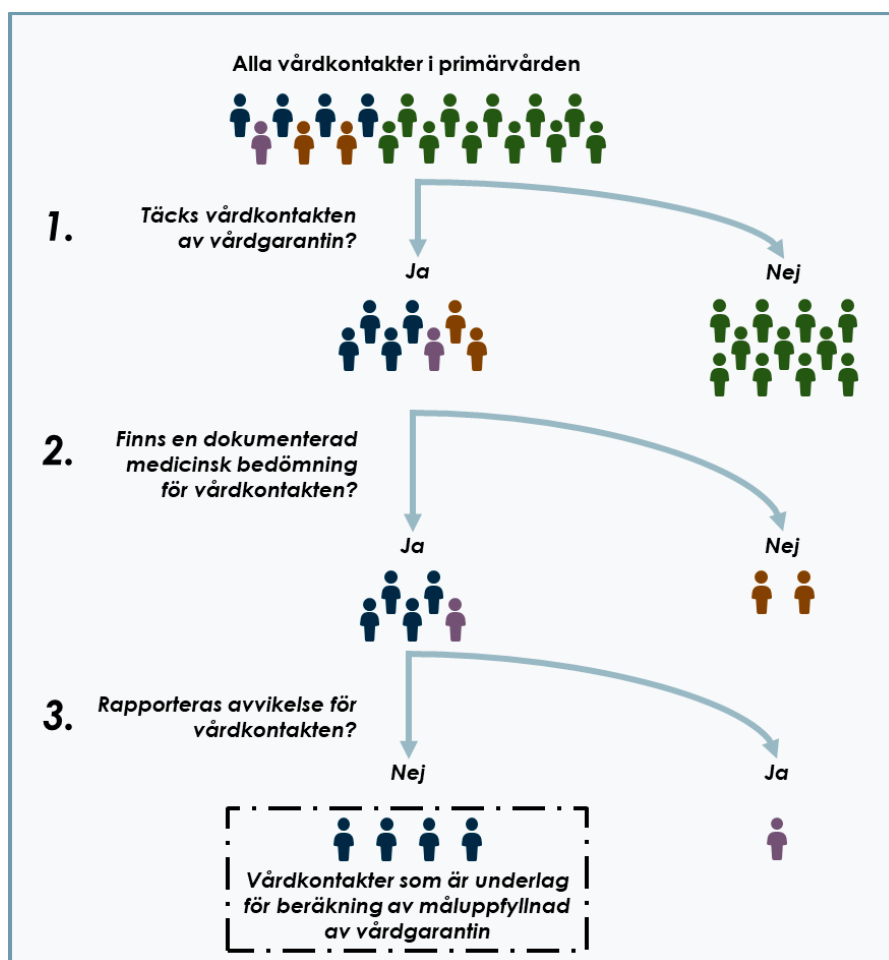
Figur 6. Illustrativ uppdelning av vårdkontakter i primärvården

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

1. Här delas vårdkontakter upp i två grupper: de som omfattas av vårdgaranti och de som inte gör det. Vårdkontakter som inte omfattas av vårdgarantin exkluderas från beräkningar för måluppfyllnad av vårdgarantin. Vårdkontakter som omfattas av vårdgarantin går även ofta under benämningen nybesök, medan vårdkontakter som inte gör det ofta går under benämningen återbesök. Den relevanta variabeln för att se detta i inrapporterade data är *vårdgarantipatient*, som ligger i området *Information om vårdkontakt*.

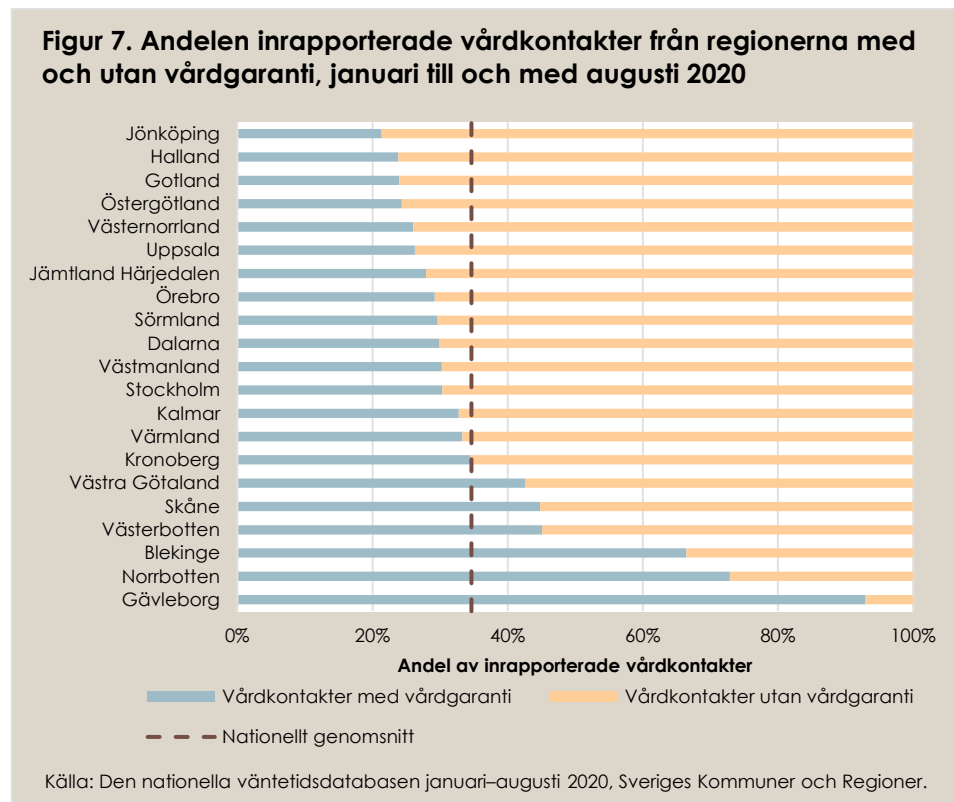
2. Här delas vårdgarantikontakterna upp i två grupper: de som har en dokumenterad medicinsk bedömning och de som inte har det. För att en vårdkontakt ska ingå i beräkningen av måluppfyllnad av vårdgarantin ska det finnas en dokumenterad medicinsk bedömning för vårdkontakten. Med dokumenterad medicinsk bedömning menas att den vårdnära personalen, efter en genomförd medicinsk bedömning vid en vårdkontakt, registrerar en diagnos (ICD-10-kod) och/eller en åtgärd (KVÅ-kod). Om ingen av dessa två variabler registreras finns ingen dokumenterad medicinsk bedömning i systemet. Avsaknaden av medicinsk bedömning kan bero på att det inte genomfördes en medicinsk bedömning eller att en sådan genomfördes men att den inte registrerades. De relevanta variablerna för att se detta i inrapporterade data har samma namn, *diagnos* och *åtgärd*, och ligger under området *Patientnära information*.

3. Här delas vårdgarantikontakterna med dokumenterad medicinsk bedömning upp i två grupper: de som har en avvikelserapportering och de som inte har det. För att en vårdkontakt ska ingå i beräkningen av måluppfyllnad av vårdgarantin ska det inte finnas en rapporterad avvikelse, exempelvis för patientvald väntan eller medicinskt orsakad väntan. Den relevanta variabeln för att se detta i inrapporterade data är *avvikelse*, som ligger området *Information om vårdkontakt*.



Klassificering av vårdkontakter som omfattas av vårdgarantin

En jämförelse av andelen inrapporterade vårdkontakter som ska omfattas av vårdgarantin eller inte skiljer sig åt mellan regionerna. Andelen inrapporterade vårdkontakter som omfattas av vårdgarantin visar en spridning från 21 till 93 procent (figur 7).

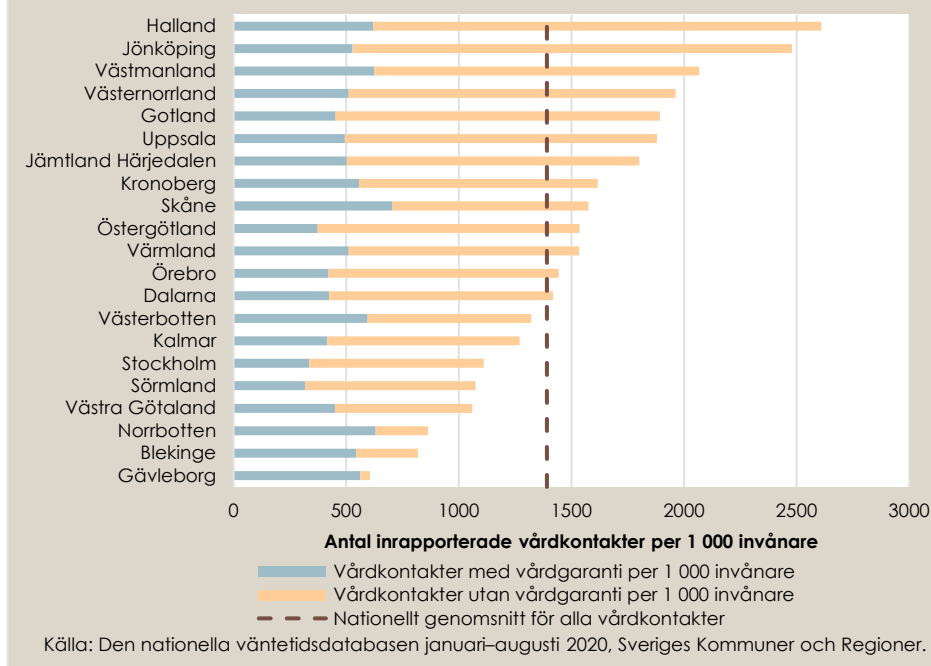


En delförklaring kan vara skillnader i andelen totala vårdkontakter som rapporteras in. Enligt överenskommelsen ska samtliga vårdkontakter rapporteras in [1], men som diskuteras tidigare i rapporten är det för närvarande inte möjligt att analysera täckningsgrad utifrån informationen i väntetidsdatabasen.

Antalet inrapporterade vårdkontakter per 1 000 invånare visar dock en spridning mellan regionerna från 605 till 2 609 vårdkontakter januari–augusti 2020 (figur 8); orsaken till skillnaden är inte känd. En ytterligare delförklaring kan vara att klassificeringen av vårdkontakter utifrån om de ska ingå i vårdgarantin eller inte görs på olika sätt inom olika regioner.

Om inte alla vårdkontakter inrapporteras, eller om de klassificeras på olika sätt med hänsyn till vårdgarantin, begränsas möjligheten till jämförelse mellan regioner eftersom underlaget inte är framtaget på ett enhetligt sätt.

Figur 8. Antalet inrapporterade vårdkontakter från regionerna med och utan vårdgaranti per 1 000 invånare under januari till och med augusti 2020



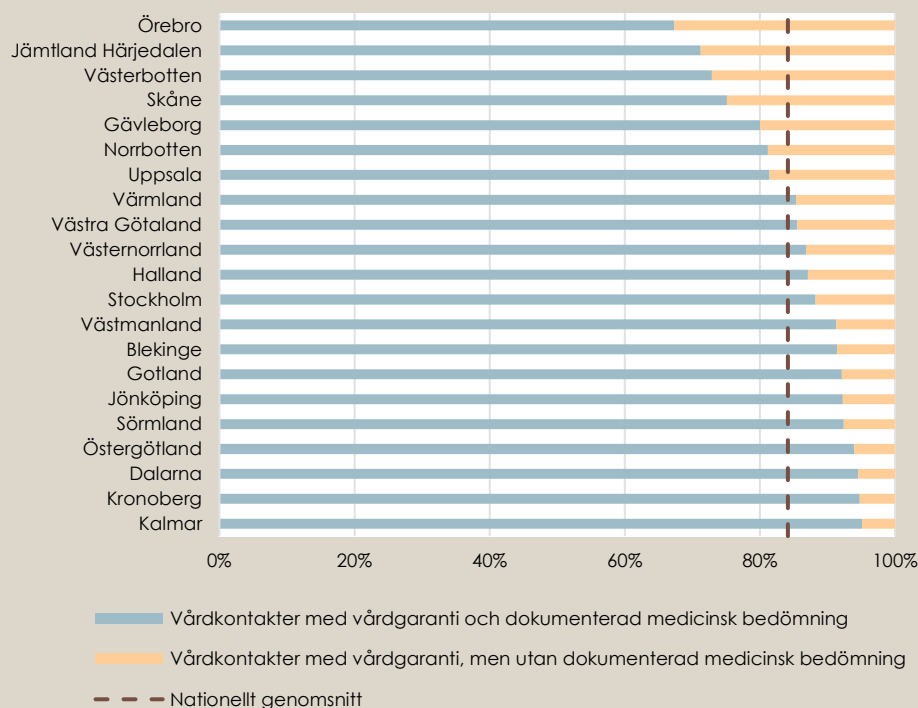
Vårdkontakter inom vårdgarantin med medicinsk bedömning

En jämförelse av andelen vårdkontakter inom vårdgarantin för vilka det inte rapporterats in en medicinsk bedömning varierar från 5 till 33 procent (figur 9). Avsaknaden av medicinsk bedömning kan bero på att det inte genomfördes eller inte registrerades.

Oavsett orsak innebär dessa skillnader att de begränsar möjligheterna att jämföra måluppfyllelse av vårdgarantin mellan olika regioner, eftersom de vårdkontakter som avses inom vårdgarantin som saknar medicinsk bedömning exkluderas.

Om inte alla vårdkontakter inom vårdgarantin hanteras på likvärdigt sätt gällande registrering av medicinsk bedömning begränsas möjligheten till jämförelse mellan regioner eftersom underlaget inte är framtaget på ett enhetligt sätt.

Figur 9. Inrapporterade vårdkontakter med vårdgaranti, med eller utan medicinsk bedömning, från regionerna under januari till och med augusti 2020



Källa: Den nationella väntetidsdatabasen januari–augusti 2020, Sveriges Kommuner och Regioner.

Vårdkontakter inom vårdgarantin med avvikelser

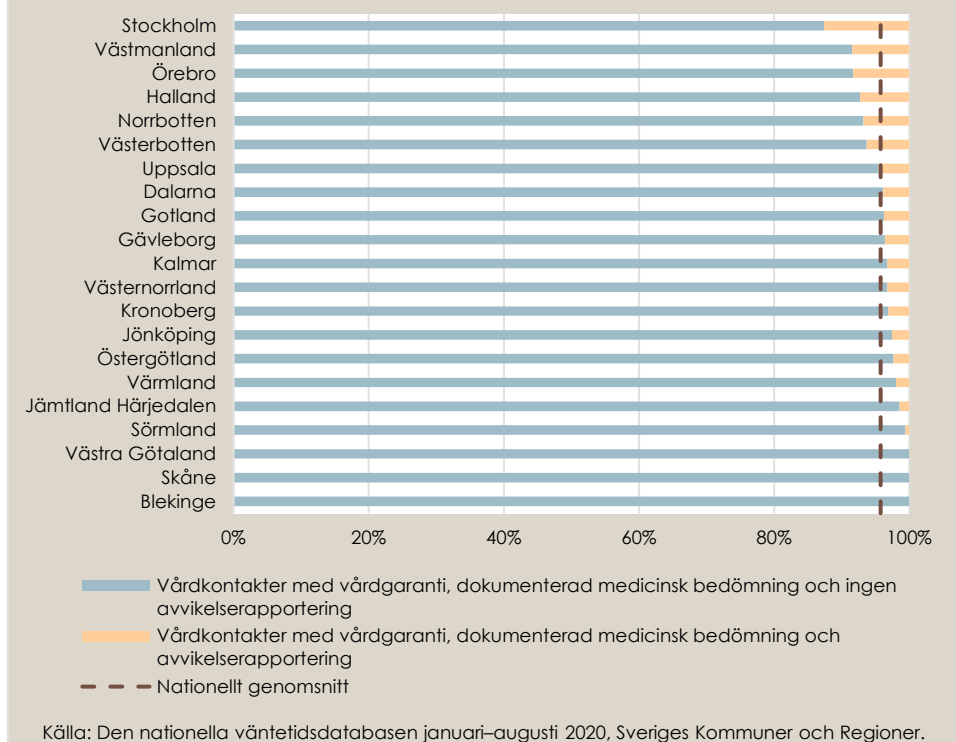
En jämförelse av andelen avvikelserapporteringar för inrapporterade vårdgarantikontakter visar att det finns skillnader mellan regionerna. Andelen inrapporterade vårdgarantikontakter med en avvikelserapportering visar på en spridning från 0 till 13 procent (figur 10).

I intervjuer har det framkommit flera faktorer som kan bidra till att sådana skillnader föreligger. Som nämnts i tidigare avsnitt kan skillnader bero på olika rutiner och anvisningar kopplat till avvikelserapportering. Ett konkret exempel har lyfts gällande vårdkontakter där patienten har bokat en tid digitalt. I vissa regioner utgår man från att patientvald väntan, det vill säga registrering som en avvikelse, föreligger om ett besök bokas digitalt längre än tre dagar framåt. I andra regioner har man gjort en helt annan tolkning och klassificerar att samma typ av besök tillhör vårdgarantin, det vill säga registreras inte som en avvikelse, med resultatet att vårdgarantin inte har kunnat uppfyllas.

Vårdkontakter med avvikelser i form av patientvald väntan eller medicinskt orsakad väntan exkluderas från beräkningar av måluppfyllnad av vårdgarantin. Det är därför viktigt att dessa registreras korrekt men också att de registreras på samma sätt i olika regioner.

Vid andra granskningar av Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har man av detta skäl valt att även inkludera vårdkontakter med registrerad patientvald väntan i sina väntetidsanalyser [19]. Detta ansågs skapa mer jämförbara data, om än en något trubbigare analys av måluppfyllelse.

Figur 10. Inrapporterade vårdkontakter med vårdgaranti och medicinsk bedömning med eller utan avvikelserapportering, från regionerna, januari till och med augusti 2020

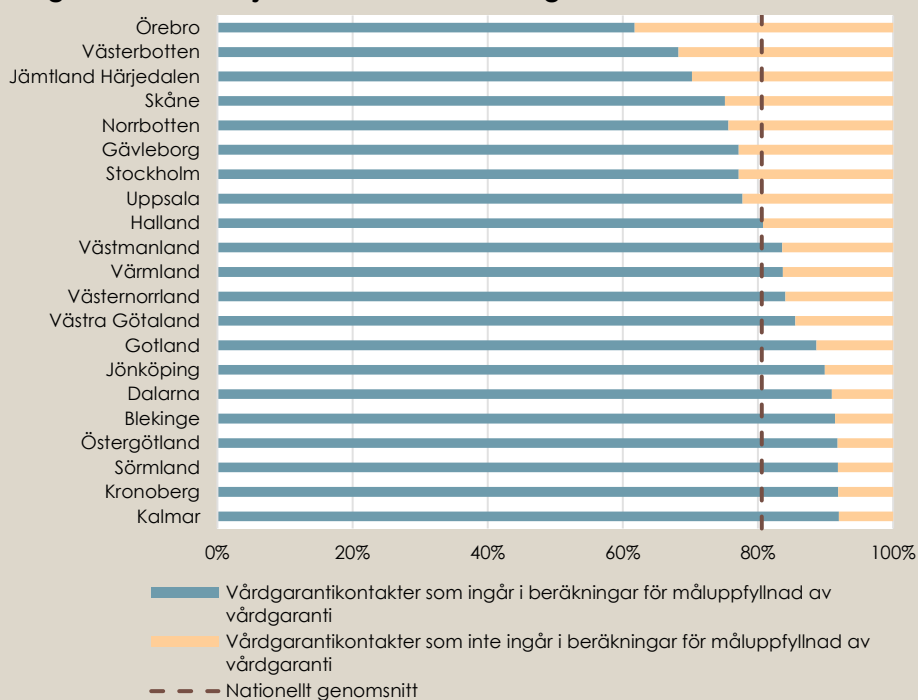


Vårdkontakter inom vårdgarantin men som exkluderas från jämförelse av måluppfyllelse

Andelen vårdgarantikontakter som inkluderas i beräkningarna för måluppfyllnad av vårdgarantin visar en spridning från 62 till 92 procent i regionerna av alla inrapporterade vårdgarantikontakter (figur 11).

I och med att det finns stora skillnader mellan regioner i hur stor andel av vårdgarantikontakterna som ingår i underlaget finns en risk att jämförelser av måluppfyllelse påverkas. Om alla vårdkontakter inom vårdgarantin inte hanteras likvärdigt gällande registrering av avvikelser och medicinsk bedömning över landet begränsas möjligheten till jämförelse mellan regioner.

Figur 11. Inrapporterade vårdkontakter med vårdgaranti, med eller utan avvikelserapportering och medicinsk bedömning, från regionerna under januari till och med augusti 2020



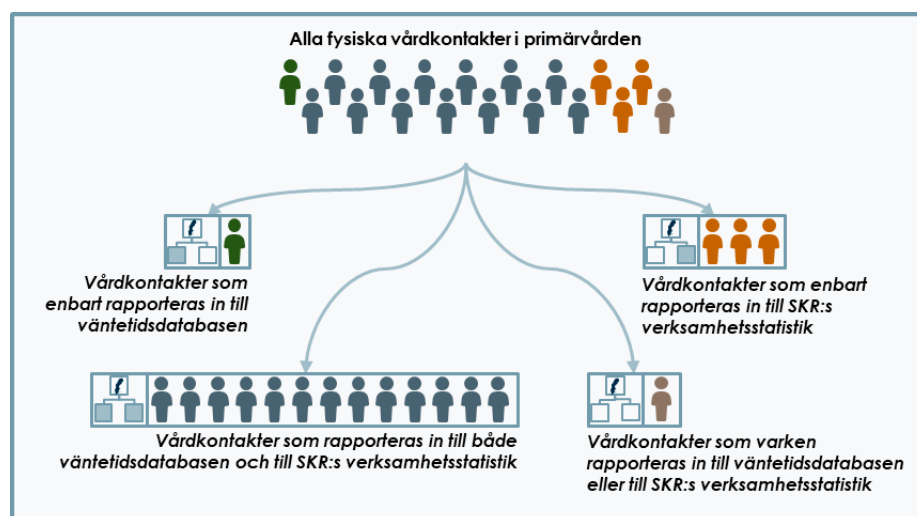
Källa: Den nationella väntetidsdatabasen januari–augusti 2020, Sveriges Kommuner och Regioner

Jämförelse mellan väntetidsdatabasen och SKR:s verksamhetsstatistik

I syfte att fördjupa förståelsen för hur stor andel av primärvårdens fysiska vårdkontakter som rapporteras in till väntetidsdatabasen gjordes en jämförelse med antalet inrapporterade besök till SKR:s verksamhetsstatistik. Utifrån dataförutsättningar var det möjligt att genomföra analysen för 14 regioner⁶ 2019. En närmare beskrivning av metoden finns i avsnittet *Kvantitativ och kvalitativ metod*. En jämförelse mellan de två databaserna kan resultera i fyra möjliga utfall (figur 12).

⁶ Dessa 14 regioner är: Region Dalarna, Region Gotland, Region Halland, Region Jönköpings län, Region Kalmar län, Region Kronoberg, Region Norrbotten, Region Sörmland, Region Uppsala, Region Värmland, Region Västernorrland, Region Västmanland, Region Örebro län och Region Östergötland.

Figur 12. Illustrativ uppdelning av rapporteringen av vårdkontakter i primärvården till den nationella väntetidsdatabasen och till SKR:s verksamhetsstatistik



Om jämförelsen visar färre inrapporterade fysiska vårdkontakter till väntetidsdatabasen än till SKR:s verksamhetsstatistik ger det en indikation på att det skulle kunna finnas möjlighet att förbättra täckningsgraden i väntetidsdatabasen. Utifrån detta inriktades jämförelsen på att kartlägga regionernas inrapporterade fysiska vårdkontakter till väntetidsdatabasen som andel av inrapporterade besök till SKR:s verksamhetsstatistik.

Jämförelseanalysen analyserade eventuella skillnader utifrån de tre aspekterna antalet totala fysiska vårdkontakter, antalet fysiska vårdkontakter per profession och antalet fysiska vårdkontakter per driftsform.

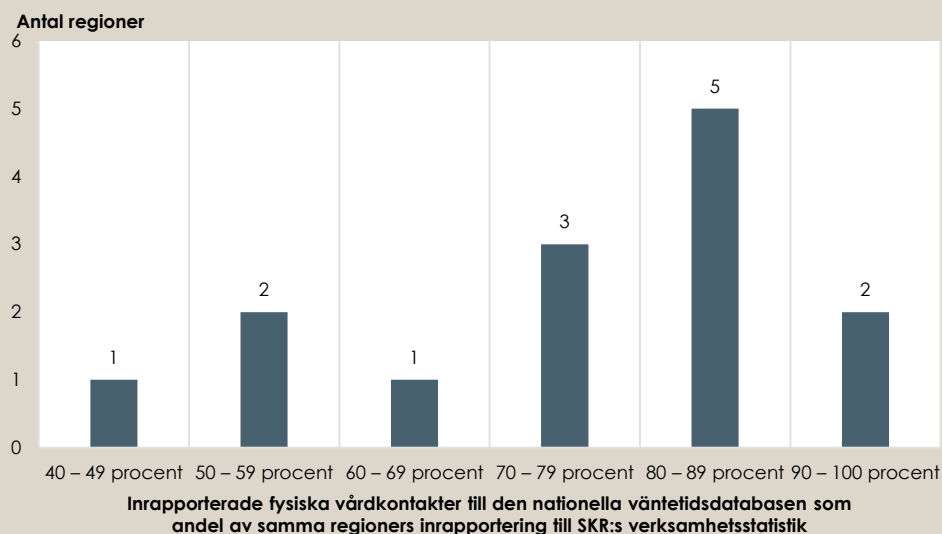
En annan jämförelse med verksamhetsstatistiken hade kunnat vara mot fysiska vårdkontakter per delområde som rapporteras in till väntetidsdatabasen. Detta har dock inte gjorts, eftersom informationen till stor del överlappade med vårdkontakter per profession. Dessutom finns det vissa skillnader i vilka delområden som finns i väntetidsdatabasen respektive SKR:s verksamhetsstatistik.

Färre fysiska vårdkontakter

Andelen av väntetidsdatabasens fysiska vårdkontakter⁷ som ingår i SKR:s verksamhetsstatistik varierar mellan 41 och 100 procent (figur 13). För 2 av de analyserade regionerna är antalet fysiska vårdkontakter i väntetidsdatabasen ungefär likvärdigt med antalet fysiska vårdkontakter i SKR:s verksamhetsstatistik. För 7 regioner innehöll väntetidsdatabasen färre än 80 procent fysiska vårdkontakterna jämfört med SKR:s verksamhetsstatistik.

⁷ Med fysiska vårdkontakter menas både mottagningsbesök och hembesök.

Figur 13. Jämförelse av regionernas inrapporteringen av fysiska vårdkontakter till väntetidsdatabasen och till SKR:s verksamhetsstatistik, 2019



Källa: Den nationella väntetidsdatabasen 2019, Sveriges Kommuner och Regioner.

Färre inrapporteringar för sjuksköterskor och fysioterapeuter

Andelen av väntetidsdatabasens fysiska vårdkontakter fördelat per profession som ingår i SKR:s verksamhetsstatistik varierar från 56 till 90 procent. För läkare är det 90 procent, för arbetsterapeuter 84 procent, för sjuksköterskor 66 procent och för fysioterapeuter 56 procent. För övriga legitimerade yrken samt undersköterskor var det sammantaget 94 procent.

I intervjuerna nämndes två möjliga förklaringar till skillnaden i inrapportering mellan olika professioner. Att andelen inkluderade fysiska vårdkontakter är högre för läkare kan delvis bero på att det var de enda professionsbesöken som omfattades av vårdgarantin i primärvården före förändringen 2019. I intervjuerna beskrevs också olika långa omställningsperioder för att systematiskt hantera inmatningen i enlighet med förändrade specifikationen.

För fysioterapeuter, som har den lägsta andelen vårdkontakter, kan det delvis bero på att inrapporteringen till den nationella väntetidsdatabasen troligen sker i lägre utsträckning. De som arbetar enligt den nationella taxan eller som underleverantörer till en vårdcentral kan ha lägre inrapportering, bland annat på grund av att de ofta inte har journalsystem som är integrerade med regionens väntetidsrapportering.

Lägre inrapportering för verksamheter i privat regi

Andelen av väntetidsdatabasens fysiska vårdkontakter som ingår i SKR:s verksamhetsstatistik analyserat per verksamhetsform visar att det var 80 procent för primärvård i egen regi och 67 procent för primärvård i privat regi totalt sett. En förklaring som nämns i intervjuerna är att de privata verksamheterna i mindre utsträckning har journalsystem som är integrerade med regionens väntetidsrapportering. Kraven som ställs i upphandlingar kan också skilja sig åt mellan regionerna.

5. Resultatet från intervjuerna

Resultatet från intervjustudien med företrädare från samtliga 21 regioner samt företrädare från SKR presenteras nedan under följande fyra teman:

- registrering och inrapportering av data
- kvalitetssäkring och överföring av data
- användning av inrapporterade data
- samarbete mellan regioner och med SKR.

Registrering och inrapportering av data

Inrapportering av data för telefontillgänglighet sker delvis manuellt

De flesta regioner har en automatiserad sammanställning av data från verksamheter i egen regi. De privata verksamheter som har andra telefonsystem än regionen behöver rapportera in sina data manuellt till regionen, som sedan sammanställer den i Excel och skickar in den till SKR. I ett fåtal regioner finns krav på att de privata verksamheterna ska använda samma system som regionen.

Flera regioner beskriver att de vill komma ifrån manuell inrapportering men att ett sådant arbete behöver ske utifrån de förändringar som kommer att krävas när uppföljningsmodellen förväntas uppdateras för att kunna inkludera bland annat digitala första kontakter. Vidare är det för många än mer prioriterat att utveckla uppföljningen av den specialiserade vården.

SKR instämmer i att det finns utvecklingspotential kopplat till telefontillgänglighet och undersöker hur måttet kan utvecklas.

Inrapportering av data för medicinsk bedömning har automatiserats

Utvecklingsarbetet för den nya uppföljningsmodellen i primärvården har bland annat inkluderat att tolka specifikationen för varje variabel, anpassa de data som tidigare samlades in enligt de nya specifikationerna och i vissa fall göra anpassningar i journalsystemen för att säkerställa underlag för samtliga variabler. Samtliga regioner beskriver att inrapporteringen till väntetidsdatabasen efter denna automatisering inte längre medför merarbete för verksamheterna. Även om arbetet har varit tidskrävande vittnar flera regioner om att utvecklingen har varit nödvändig.

Regionerna beskriver att vissa variabler i specifikationen har varit svårare att implementera än andra. Detta kan antingen bero på svårigheter att tolka specifikationen eller på svårigheter att få fram vårddata ur systemet. Ett exempel på det förstnämnda är avvikelsen patientvald väntan, där flera svarande har uppgett att det fortfarande finns olika tolkningar mellan olika regioner. Det har även varit svårt att inom nuvarande system få fram variabler som *remittent*, *remittenttyp* och *medicinskt måldatum*.

I samband med beskrivningen av utvecklingsarbetet lyfter en del regioner att dataspecifikationen inom den utökade modellen för uppföljning är för omfattande, eftersom den innehåller mer vårddata än vad som krävs för att analysera måluppfyllelsen av vårdgarantin utifrån nuvarande definition. Samtidigt beskriver en del regioner att en mer omfattande inrapportering möjliggör såväl bredare som djupare analyser av utifrån flera olika aspekter.

Korrekt registrering av verksamheten är ett av de viktigaste utvecklingsområdena

Flera respondenter lyfter behovet av att fortsätta arbetet med att få till en korrekt registrering av data i samband med vårdkontakt. Behovet beskrivs framför allt ur två perspektiv. Det ena är att nu, när de flesta steg i processen är automatiserade, så är det i hög utsträckning det som registreras vid vårdkontakten som också publiceras i den offentliga statistiken. Det andra är att det är flera professioner, till exempel fysioterapeuter och psykologer, som ännu inte fått till vana att registrera diagnos och åtgärd enligt de krav som följer av den förändrade vårdgarantin för 2019. Flera regioner beskriver ett aktivt arbete med bland annat informationsträffar, lathundar och kvalitetskontroller.

Utöver att informationen om diagnos och åtgärd saknas om den inte registreras, innebär det också att vårdkontakten inte uppfyller kraven för en vårdkontakt med medicinsk bedömning, och då inkluderas den inte i det underlag som används för analys av måluppfyllelse av vårdgarantin. Om diagnos och åtgärd registreras i olika omfattning i olika regioner kommer olika stor andel av vårdkontaktarna att ligga till grund för uppföljning av måluppfyllelse enligt vårdgarantin och därmed inte vara jämförbara.

Respondenterna är eniga om att de inte ser systematiska skillnader utifrån driftsform, det vill säga mellan privata och regionägda verksamheter. Skillnader mellan verksamheter beskrivs framför allt bero dels på tidigare vana av registrering för den aktuella professionen, dels på intresse och noggrannhet hos ansvariga verksamhetschefer vad gäller registrering och inrapportering.

Nuvarande utvecklingsarbete fokuserar på specialistvården

Även om det kontinuerligt pågår lokala arbeten inom regionerna för att höja kvaliteten på registreringen framhåller många respondenter att utvecklingsarbetet vad gäller väntetidsuppföljningen fokuserar på specialistvården. I många fall är det samma personer som arbetar med att utveckla uppföljningen inom alla vårdområden. Dessa personer har begränsat med tid och behöver därför prioritera mellan områdena.

Flera beskriver att de två tekniska utvecklingsområden som de förväntar sig ska komma närmast inom uppföljning av tillgänglighet inom primärvården är hur digitala vårdkontakter, utöver telefon, kan följas upp på ett enhetligt och korrekt sätt samt integrering som möjliggör automatiserad uppföljning från de vårdinformationssystem som i flera regioner är på väg att ersätta dagens journalsystem. Ett antal regioner som har, eller ska införa samma

vårdinformationssystem⁸ lyfter värdet av att samarbeta med andra berörda regioner i ett kommande integrationsarbete, exempelvis kring hur insamlingen av data kan göras på ett enhetligt sätt.

Kvalitetssäkring och överföring av data

När den månatliga överföringen av data sker från regionerna till SKR via databasen Signe görs en automatiserad kontroll av logiska fel som kan kräva hantering för att överföring ska vara möjligt. Samtliga regioner beskriver att själva överföringen av data till SKR fungerar väl.

Flera respondenter påtalar att det är positivt att logisk kontroll görs i samband med överföring samt att möjligheten finns att enkelt föra över data flera gånger om komplettering behöver göras.

Kvalitetssäkring av inrapporterade data och resultaten gällande tillgänglighet kan ske i rådatafilen genom egna analys- och uppföljningsverktyg eller genom det nationella it-verktyget Qlikview som SKR tillhandahåller. Om felaktigheter identifieras i it-verktyget kan en kompletterande överföring göras.

Ungefär hälften av regionerna genomför kvalitetssäkring före inrapportering

Eftersom data överförs automatiskt från journalsystemen via regionens datalager vidare till väntetidsdatabasen sker det i flera regioner ingen nämnvärd kvalitetssäkring av data före publicering, vare sig på verksamhetsnivå, på regionnivå eller av SKR.

Inom regionerna kan kvalitetssäkring ske på verksamhetsnivå. Flera respondenter beskriver att de ser det som verksamheternas ansvar att kvalitetssäkra tillgänglighetsdata, men det finns en begränsad kännedom om i vilken utsträckning det sker. Kvalitetssäkring kan också ske samlat på regionnivå. Ungefär hälften av regionerna har som rutin att man centralt går igenom och kvalitetssäkrar data i någon omfattning innan överföringen görs. Mer detaljerade granskningar utifrån intervjuresultaten är vanligare i de mindre regionerna.

Svaret på frågan om hur och om kvalitetssäkringar bör genomföras rutinmässigt varierar mellan respondenterna. Flera regioner framhåller att det vore relevant med en mer systematisk kvalitetssäkring av data och tillgänglighetsresultat lokalt i verksamheterna, regionalt eller i samverkan. De beskriver dock samtidigt att det redan är svårt att få tiden att räcka till. Vissa regioner anser å andra sidan att det är för tidskrävande att kvalitetssäkra denna typ av data och det, i den mån det ska göras, behöver ske på verksamhetsnivå.

⁸ Regioner som har eller inom kort ska införa samma vårdinformationssystem:

- Regioner som är i kundgruppen: Region Jönköping län, Region Jämtland Härjedalen, Region Kalmar län, Region Kronoberg, Region Värmland, Region Västmanland, Region Uppsala och Region Östergötland.

- Regioner med avtal och som tillhör SUSSA-gruppen (samverkansgruppen strategisk utveckling av sjukvårdsstödjande applikationer): Region Blekinge, Region Gävleborg, Region Dalarna, Region Halland, Region Norrbotten, Region Sörmland, Region Västerbotten, Region Västernorrland och Region Örebro län.

Användningen av inrapporterade data

Få regioner använder primärvårdsdata för uppföljning och verksamhetsutveckling

Samtliga regioner beskriver värdet av att följa upp hälso- och sjukvården med den typ av vårddata som rapporteras in till väntetidsdatabasen. Flertalet beskriver att man hittills fokuserat på att få modellen för uppföljning av primärvården på plats och att det nu, som ett nästa steg, handlar om att hitta former för hur data kan användas för att följa upp och utveckla regionens primärvård. Flera regioner beskriver hur de sedan i mars 2020 har haft mindre möjlighet att fortsätta detta utvecklingsarbete på grund av covid-19-pandemin.

Både lokala och nationellt tillhandahållna it-verktyg används för analys och visualisering av data

För nationell uppföljning och jämförelse mellan regioner kan regionerna gå in på webbplatsen vantetider.se. Flera regioner beskriver det som en relevant källa för politiker, media och invånare. Enligt respondenterna används den av regionerna själva i begränsad omfattning och då framför allt för att snabbt kunna göra jämförelser mellan verksamheter i regionen. Regionerna och verksamheterna har oftast fokus på den egna utvecklingen över tid samt på jämförelser inom den egna regionen.

Flera regioner uppger också att verksamheternas intresse för att använda data har ökat, nu när förståelsen för inrapporteringen har blivit bättre. Några av respondenterna föreslår att SKR skulle kunna genomföra fler nationella analyser och jämförelser utifrån data i väntetidsdatabasen, exempelvis gällande skillnader mellan ålder, kön och patientgrupper, även om vissa svårigheter med jämförbarhet kan föreligga.

För mer analys av de egna verksamheterna samt en överskådlig jämförelse med andra regioner kan regionerna använda sig av det nationella it-verktyget som SKR tillhandahåller. Möjligheterna till användning begränsas dock av att varje region får ett begränsat antal användarkonton för användning centralt. Regionerna kan också välja att få statistik från det nationella it-verktyget genom så kallad *N-printing*, det vill säga ett automatiskt genererat e-postmeddelande med lokal statistik. De regioner som använder det nationella it-verktyget beskriver att det är ett tillräckligt användbart verktyg och att man i flera fall saknar likvärdiga lokala alternativ. Andra regioner anser att det nationella it-verktyget är svårt och långsamt att använda samt att viktig information för uppföljning saknas.

Flera regioner gör också analyser av de data som rapporteras in till väntetidsdatabasen med hjälp av lokala it-verktyg. Dessa regioner beskriver fördelar som att det går att följa en och samma person över tid, att antalet variabler blir fler och att vårddata kan kombineras med specialistvården. Regioner som använder egna verktyg lyfter också fram att de har stor nytta av att kunna följa utvecklingen med tätare intervaller och utan fördröjning. En ytterligare fördel är att verktyget är tillgängligt för fler medarbetare i regionen.

De regioner som har kommit längst i att använda denna data för egen uppföljning och verksamhetsutveckling har i regel egna it-lösningar. SKR

påtar också att tanken med Qlikview inte är att ersätta lokala lösningar utan snarare att möjliggöra nationella jämförelser.

Begränsade möjligheter till regionala jämförelser genom väntetidsdatabasen

Uppfattningen från intervjuerna är att regionernas intresse för jämförelser med nationella data och med övriga regioner är stort. Flera regioner beskriver dock att möjligheterna till jämförelse mellan regionerna begränsas av skillnader i förutsättningar för, och organisation av, primärvården samt skillnader i tolkning av dataspecifikationerna och rutiner för inrapportering. Till exempel ser organiseringen av primärvården olika ut i regionerna när det handlar om vilka professioner som arbetar i primärvården. I en del regioner är det framför allt läkare och sjuksköterskor inom primärvården, medan det i andra regioner också ingår dietister, fysioterapeuter och kuratorer i de data som följer upp primärvården.

Gällande tolkning av dataspecifikation råder det hos flera regioner en osäkerhet om hur andra regioner har gjort. Exempel på variabler där flera respondenter tror att tolkningar gjorts på olika sätt är rapportering av återbesök kontra nybesök och hanteringen av avvikelser. Om tillgängligheten är högre för vissa specialiteter, eller om rapporteringen skiljer sig åt, kan detta medföra att tillgängligheten framstår som bättre eller sämre beroende på hur man valt att organisera primärvården och tolka dataspecifikationerna.

Samarbete regionerna sinsemellan och med SKR

De flesta regioner har upplevt ett bra samarbete och stöd från SKR i samband med implementeringen av den nya inrapporteringsmodellen. Även den fortlöpande dialogen och stödet rapporteras fungera väl.

Tillgänglighetsnätverket är uppskattat och har utvecklingsmöjligheter

Det tillgänglighetsnätverk som SKR sammankallar till består av representanter från SKR samt från varje region, främst väntetidssamordnare. Samtliga regioner beskriver nätverket som relevant och värdefullt för utbyte av diskussioner kring tillgänglighet. Innehållet kan handla om tekniska frågor som inrapportering till väntetidsdatabasen, men också om ämnesfrågor som förbättring av tillgänglighet och utmaningar kring det.

En utvecklingsmöjlighet som flera regioner lyfter är att diskussioner och beslut bör dokumenteras i större utsträckning, för att undvika upprepning mellan möten, för att hjälpa nya personer i arbetet få en introduktion till arbetets historik och för att öka sannolikheten att det som beslutas genomförs av alla regioner.

6. Sammanfattande utmaningar

I detta kapitel görs en sammanfattning av de utmaningar som identifieras i de två resultatkapitlen *Analys av regionernas följsamhet till krav på inrapportering* och *Resultat från intervjuer*. Sammanfattningsvis är följsamhet till inrapportering av obligatoriska variabler generellt sett god, men det finns fortsatt behov av att stärka rapportering av vissa icke-obligatoriska variabler. Det finns även indikationer på att skillnader mellan regioner i rapportering av variabler för vårdgarantin påverkar möjligheten till jämförelser mellan regionerna.

Genomgången av utmaningar ska ses i sammanhanget av att den utvidgade modellen för nationell uppföljning av tillgänglighet för primärvården infördes den 1 januari 2019. Arbetet med att införa och implementera modellen har senare fortsatt parallellt med införandet av den nya uppföljningsmodellen i specialistvården samt den nu rådande covid-19-pandemin. Stora framsteg har således gjorts i samtliga regioner i landet.

Utmaningarna beskrivs utan prioritering inom de fyra kategorierna registrering och inrapportering av data, kvalitetssäkring och överföring av data, användning av inrapporterade data samt samarbete regioner sinsemellan och med SKR.

Vilka av dessa utmaningar som är prioriterade att åtgärda och hur de bör åtgärdas behöver diskuteras med berörda aktörer, utifrån vad som bidrar med mesta möjliga nytta för att kunna följa upp tillgängligheten till hälso- och sjukvården i Sverige.

Registrering och inrapportering av data

- Det saknas kunskap om vilken andel av vårdkontakterna inom primärvården som rapporteras till väntetidsdatabasen, och vilken andel som inte gör det.
- Det finns fortsatt möjlighet att öka följsamheten till inrapportering av de variabler som definieras som obligatoriska respektive obligatoriska om tillgängliga. Detta innebär ett fortsatt arbete med att öka registreringen av vissa variabler, exempelvis diagnos och åtgärd, samt med metoder för datainsamling.
- För vissa variabler råder tolkningsskillnader av dataspecifikationen. Detta innebär till exempel skillnader mellan hur regionerna klassificerar vårdkontakter och hur avvikelser patientvald väntan används.
- Metoden för uppföljning av telefontillgänglighet behöver göras teknikneutral.
- Det behöver utvecklas metoder för uppföljning av tillgänglighet genom digitala vårdkontakter utöver telefon, särskilt gällande första kontakt med primärvården.
- Det finns i dag en risk att regionala jämförelser av skillnader påverkas av olika rutiner vid registrering samt olika organisatoriska förutsättningar.
- På kort till medellång sikt beskriver regionerna att de kommer att behöva prioritera utvecklingen av tillgänglighetsuppföljning för den specialiserade vården.

- Integrationsarbetet mot journalsystemen kan i stor utsträckning behöva genomföras igen när införandet av de nya vårdinformationssystemen sker.

Kvalitetssäkring och överföring av data

- Kvalitetssäkring av inrapporterade data och resultaten gällande tillgänglighet sker i begränsad omfattning i flera regioner.

Användning av inrapporterade data

- Alla regioner har ännu inte kommit igång med att systematiskt använda data för uppföljning och verksamhetsutveckling av primärvården.
- Vissa regioner saknar väl fungerande lokala it-verktyg och rutiner för uppföljning och analys av tillgänglighet. Dessa regioner är beroende av det nationella it-verktyg som SKR erbjuder.
- Funktionalitet inom och tillgänglighet av det it-verktyg som erbjuds regionerna behöver utvecklas om de ska användas för verksamhetsutveckling inom regionerna. It-verktyget har dock en viktigare roll i att möjliggöra kvalitetssäkring från nationellt håll och nationella jämförelser snarare än att ersätta lokala it-verktyg.
- Givet att dataspecifikationen har utökats, så finns outnyttjade möjligheter att belysa avsevärt fler relevanta aspekter av tillgänglighet samt andra aspekter av övrig uppföljning inom hälso- och sjukvården, till exempel resurser, produktion, kvalitet och resultat, än vad som sker i dag.

Samarbete regioner sinsemellan och med SKR

- Samarbetet inom det nuvarande tillgänghetsnätverket har utvecklingspotential att skapa en mer samlad dokumentation kring nätverkets arbete.

7. Möjliga vägar framåt

I detta kapitel beskrivs möjliga vägar framåt för regeringen, SKR och regionerna utifrån de utmaningar som beskrivs i föregående kapitel. Vilka utmaningar som är mest prioriterade och hur de bör tas omhand behöver diskuteras med berörda aktörer, utifrån vad som bidrar med mesta möjliga nytta för att utveckla uppföljningen av tillgängligheten till hälso- och sjukvården i Sverige.

Regeringen behöver fortsätta sitt arbete med att förbättra förutsättningar för att följa upp och utveckla tillgängligheten till hälso- och sjukvården genom att

- fortsätta utveckla uppföljningen av vårdgarantin, men också övriga aspekter av tillgänglighet, utifrån data som inrapporteras till väntetidsdatabasen vad gäller den utökade primärvårdsmodellen
- skapa förutsättningar för fortsatt samordnad metodutveckling, exempelvis kring hur mätningen av telefontillgänglighet görs teknikneutral
- säkerställa att följsamhet och jämförbarhet av inrapporteringen för primärvården fortsätter att utvecklas för att möjliggöra än mer rättvisande jämförelser mellan regioner.

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

- driva metodutveckling för förstärkt uppföljning av vårdgarantin, till exempel utifrån jämlikhet, och för en breddad uppföljning av tillgänglighet
- säkerställa att följsamhet och jämförbarhet av inrapporteringen för primärvården fortsätter att utvecklas för att möjliggöra än mer rättvisande jämförelser mellan regioner
- driva metodutveckling för uppföljning av telefontillgänglighet samt för registrering och rapportering av digitala kontakter
- stärka och utveckla det regionala samarbetet inom tillgänglighetsnätverket, exempelvis vad gäller ökad dokumentation i enlighet med regionernas önskemål
- stötta regionerna i att utveckla arbetssätt för regional kvalitetssäkring samt i att utveckla stöd för hur verksamheterna kan använda data i lokalt förbättringsarbete
- fortsätta utvecklingen av it-verktyg och webbplatsen vantetider.se för att öka användbarheten av inrapporterade och publicerade data för nationella uppföljningar, forskning och allmänheten.

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

- säkerställa att följsamhet och jämförbarhet av inrapporteringen för primärvården fortsätter att utvecklas för att möjliggöra än mer rättvisande jämförelser mellan regioner

- utveckla metoder och införa rutiner för såväl verksamheternas som regionens kvalitetssäkring av data som inrapporteras
- utveckla it-verktyg, metoder och rutiner för användning av inrapporterade data i lokalt förbättringsarbete samt i ledning och styrning; detta kan göras både utifrån måluppfyllelse av vårdgarantin och övriga aspekter gällande tillgänglighet eller andra områden
- bidra till SKR:s arbete med metodutveckling, exempelvis i arbetet med göra uppföljning av telefontillgänglighet teknikneutral
- delta och aktivt bidra i det regionala tillgänglighetsnätverket
- undersöka möjligheterna för samarbete med andra regioner för att minimera behovet av dubbelarbete inför arbetet med integration mot de vårdinformationssystem som kommer ersätta dagens journalsystem.

Referenser

1. Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2020 - Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner. Regeringskansliet; 2019.
2. Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2020 - Tilläggsöverenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner. Regeringskansliet; 2020.
3. Uppföljning av hälso- och sjukvårdens tillgänglighet - Väntetider i akutsjukvården och fyra tematiska analyser 2019. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.
4. Varierande väntan på vård - Analys och uppföljning av den nationella vårdgarantin. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2015.
5. Låt den rätte komma in - Hur har tillgängligheten påverkats av apoteksomregleringen, vårdvalet samt vårdgarantin och Kömiljarden?. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2014.
6. Tillgänglighet i hälso- och sjukvården: rapport februari 2018. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
7. Uppdrag att beskriva risker med bristande tillgänglighet och lämna förslag på tillsyn. Socialdepartementet; 2020.
8. Uppföljning av den nationella vårdgarantin. Stockholm: Socialstyrelsen; 2008.
9. Uppföljning av den nationella vårdgarantin och "kömiljarden": Årsrapport 2010. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010.
10. Uppföljning av den nationella vårdgarantin och "kömiljarden": årsrapport 2011. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
11. Vårdgaranti och kömiljard - uppföljning 2009-2011. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.
12. Vårdgaranti och kömiljard: Uppföljning 2012. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.
13. Vårdgaranti och kömiljard: uppföljning 2013. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014.
14. Utvidgad modell för nationell uppföljning av tillgänglighet inom primärvården - För ökad kunskap och stöd för verksamhetsutveckling. Sveriges Kommuner och Regioner; 2020.
15. Ekonomi- och verksamhetsstatistik 2019. Sveriges Kommuner och Regioner; 2020.
16. Verksamhetsindelning VI2000 - Verksamhet och ekonomi i landsting och regioner. Stockholm: Sveriges Kommuner och Regioner; 2018.
17. Med örat mot marken - Förslag på nationell uppföljning av hälso- och sjukvården. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2019.
18. Patientens väg genom vården - System för uppföljning av väntetider i vården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.
19. Löftesfri garanti? - En uppföljning av den nationella vårdgarantin. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2017.
20. En ny, uppdaterad kömiljard 2019 - Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner. Regeringskansliet; 2019.

Bilaga 1. Intervjufrågor

1. Hur arbetar ni övergripande med inrapporteringen till väntetidsdatabasen i er region för primärvården?

- a. Vad fungerar väl?
- b. Vad fungerar mindre väl?
- c. Främsta utmaningarna?
- d. Finns pågående utvecklingsprojekt?
- e. Kommer inrapporteringen/arbetssätt att påverkas av införandet/uppdatering av vårdens journalsystem?
- f. För hur stor andel av patienterna kan man följa vårdgarantin? (Täkningsgrad)
 - Ifall man inte kan det – vad använder man för variabler i stället?
- g. Har covid-19 påverkat rapporteringsarbetet?
- h. Hur arbetar man med rapportering/registrering av avvikelser och patientvald väntan?

Specifika följdfrågor avseende olika steg i arbetet och de olika vårdområdena:

2. Hur sker inrapportering av data från verksamheterna till regionen för primärvården?

- a. Hur går det till praktiskt?
- b. Vad är automatiserat?
- c. Finns det pågående utvecklingsprojekt?
- d. Underområden där det skiljer sig?
- e. Skillnader mellan vård i egen regi och privata vårdvalsaktörer?
- f. Går det att rapportera in variabler enligt modellen för den ”förstärkta vårdgarantin för primärvården” som infördes januari 2019? Finns det några variabler som är svårare att rapportera in?

3. Hur arbetar verksamheterna/regionen med kvalitetssäkring av inrapporterade data för primärvården?

- a. Hur går det till praktiskt (kvalitetssäkring av verksamheten kontra regionen)?
- b. Framgångsexempel?
- c. Aktuella utmaningar?
- d. Finns det pågående utvecklingsprojekt?
- e. Underområden där det skiljer sig?
- f. Skillnader vård i egen regi och privata vårdvalsaktörer?

4. **Hur sker överföringen av data till väntetidsdatabasen och dialog om data med SKR för primärvården?**
 - a. Hur går det till praktiskt?
 - b. Framgångsexempel?
 - c. Aktuella utmaningar?
 - d. Finns det pågående utvecklingsprojekt?

5. **Har ni förslag på ytterligare sätt (jmf. med utvecklade modeller) att utveckla SKRs/det regiongemensamma arbetet med väntetidsdatabasen för primärvården?**
 - a. Vad som rapporteras?
 - b. Hur det rapporteras?
 - c. Hur data presenteras?
 - d. Samarbetet med SKR och andra regioner?
 - e. Annat?

6. **Använder ni väntetidsdatabasen för att följa upp/sammanställa slutsatser kring tillgängligheten/väntetider/vårdköer i er region eller verksamheter i dag för primärvården?**
 - a. Generellt (t.ex. vårdgarantin i primärvård)?
 - b. Specifikt utifrån covid-19-pandemin?
 - c. Annat?
 - Om ja, vad är era slutsatser?
 - Om ja, finns det konkreta handlingsplaner utifrån slutsatserna?

7. **Använder ni väntetidsdatabasen för utvecklings- eller förbättringsarbete inom regionen eller inom verksamheterna för primärvården?**
 - a. **Om ja på regionnivå**
 - Hur?
 - b. **Om ja på verksamhetsnivå**
 - Hur?
 - c. **Om nej på båda**
 - Varför inte?
 - Hur följer regionen och verksamheter upp tillgänglighet, väntetider och/eller vårdköer annars?
 - I. Vilka datakällor används?

Bilaga 2. Krav för inrapportering

Tabell 1. Krav för inrapportering enligt den nya uppföljningsmodellen för primärvården som infördes 1 januari 2019

Område	Beskrivning av vad som omfattas	Typ av variabel	Möjliga värden
1. Mätpunkter (vårdkontakt)	Beslut om öppenvårdskontakt	Obligatorisk	Tidpunkt i en vårdprocess då beslut tas att en aktivitet/åtgärd ska utföras.
	Medicinskt måldatum	Obligatorisk	Tidpunkt i en vårdprocess då beslutade hälso-och sjukvårdsåtgärder bör inledas. Medicinskt måldatumkan även omfatta ett klockslag.
	Genomföra öppenvårdskontakt	Obligatorisk	Datum och klockslag för genomförd öppenvårdskontakt avslutar mätning av tillgänglighet.
2. Patientnära information	Patientens födelseår	Obligatorisk	Patientens födelseår
	Patientens kön	Obligatorisk	Kön redovisas med 1=Man, 2=Kvinna, 3=Kön okänt
	Patientens folkbokföringskommun	Obligatorisk	Kommunkod enligt SCB:s klassificering
	Region	Obligatorisk	HSA-id högsta nivå, producent
	Vårdcentral/klinik	Obligatorisk	Redovisas med utförande vårdcentral HSA-id
	Patientens listning	Obligatorisk om tillgänglig	Redovisas med listad enhets HSA-id.
	Diagnos	Obligatorisk om tillgänglig	Redovisas med koder, i första hand baserat på ICD-10-SE, men även KSH97 kan användas.
	Yttre orsak	Obligatorisk om tillgänglig	Redovisas med koder baserat på ICD-10-SE.
	Åtgärd	Obligatorisk om tillgänglig	Redovisas med koder baserat på klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ).
	Vårdande enhet	Frivillig	Redovisas med utförande vårdande enhets HSA-id
	Verksamhetskod	Separat rapportering	HSA verksamhetskod
3. Information om vårdkontakt	Ägarform	Separat rapportering	Utförande enhets ägarskap. Med privata enheter avses enheter inom ramen för vårdval som tecknat avtal med region
	Vårdkontakts-id	Obligatorisk	Vårdkontaktens unika identifikation som skapas av uppgiftslämnaren.
	Remittenttyp	Obligatorisk	Redovisas med 1=Remiss, 2=Egenvårdbegäran
	Bokningssätt	Obligatorisk	Redovisas med 1=Bokat själv, 2=Bokat, 3=Obokat
	Delområde	Obligatorisk	Redovisas med koder baserat på "Verksamhetsindelning för landsting och regioner -VI2000"
	Första linje-patient	Obligatorisk	Det finns ingen nationell definition av vad som räknas som en första linje-kontakt, så regionen rapporterar utifrån sin egen definition. Första linje-patient NEJ: Patienten har fått en kontakt som INTE definieras en första

Område	Beskrivning av vad som omfattas	Typ av variabel	Möjliga värden
			linje-kontakt av regionen eller att patienten är äldre än 17 år. Första linje-patient JA: Om inte NEJ
	Form av öppenvårdskontakt	Obligatorisk	Redovisas med 1=Besök, 2=Besök på distans, 3=Hembesök, 4=Telefon-/brevkontakt
	Vårdgarantipatient	Obligatorisk	Redovisas med 1=Vårdgarantipatient JA, 2=Vårdgarantipatient NEJ
	Yrkesgrupp	Obligatorisk	För varje kontakt ska yrkesgrupp anges. Redovisas med koder baserat på klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ)
	Remittent	Obligatorisk om tillgänglig	Remitterande enhet. Redovisas med remitterande enhets HSA-id
	Avvikelse (patientvald eller medicinskt orsakad väntan)	Frivillig	Redovisas med 1=Patientvald väntan, 2=Medicinskt orsakad väntan.

Tabell 2. Antal rapporterade regioner, våren 2020

Variabel	Typ av variabel	Antal regioner
Totalt antal samtal	Obligatorisk	21
Totalt antal besvarade samtal	Obligatorisk	21

Bilaga 3. Tabeller med statistik över inrapportering

Tabell 3. Variablerna inom området *mätpunkter* och antal regioner som i rapporterade in variabeln för 100 procent av vårdkontaktarna, januari till och med augusti 2020

Område	Variabel	Typ av variabel	Antal regioner
1. Mätpunkter (vårdkontakt)	Beslut om öppenvårdskontakt	Obligatorisk	21
	Medicinskt måldatum	Obligatorisk	14
	Genomföra öppenvårdskontakt	Obligatorisk	21

Tabell 4. Variablerna inom området *patientnära information* och antal regioner som rapporterar in variabeln för 100 procent av vårdkontaktarna januari till och med augusti 2020

Område	Variabel	Typ av variabel	Antal regioner
2. Patientnära information	Patientens födelseår	Obligatorisk	21
	Patientens kön	Obligatorisk	21
	Patientens folkbokföringskommun	Obligatorisk	20
	Region	Obligatorisk	21
	Vårdcentral/klinik	Obligatorisk	21
	Patientens listning	Obligatorisk om tillgänglig	-
	Diagnos	Obligatorisk om tillgänglig	0
	Yttre orsak	Obligatorisk om tillgänglig	0
	Åtgärd	Obligatorisk om tillgänglig	0
	Vårdande enhet	Frivillig	9
	Verksamhetskod	Separat rapportering	-
	Ägarform	Separat rapportering	-

Tabell 5. Variablerna inom området *information om vårdkontakt* och antal regioner som i rapporterar in variabeln för 100 procent av vårdkontaktarna, januari till och med augusti 2020

Område	Variabel	Typ av variabel	Antal regioner
3. Information om vårdkontakt	Vårdkontakts-id	Obligatorisk	21
	Remittenttyp	Obligatorisk	13
	Bokningssätt	Obligatorisk	18
	Delområde	Obligatorisk	19
	Första linje-patient	Obligatorisk	21
	Form av öppenvårdskontakt	Obligatorisk	21
	Vårdgarantipatient	Obligatorisk	21
	Yrkesgrupp	Obligatorisk	21
	Remittent	Obligatorisk om tillgänglig	-
	Avvikelse (POV, MOV)	Frivillig	0