

Vårdgaranti och kömiljard – uppföljning 2009–2011

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 2012-5-16

Publicerad www.socialstyrelsen.se, maj 2012

Förord

Långa väntetider har länge varit ett problem i svensk hälso- och sjukvård, och vårdgarantier har under 20 år varit det främsta styrmedlet för att åtgärda detta problem. Socialstyrelsen har sedan den första garantin tillkom haft i uppdrag att följa upp och utvärdera garantiernas effekter och resultat. För att korta väntetiderna beslutade regeringen år 2009 att avsätta en miljard kronor per år under en treårsperiod. Satsningen kom att benämnas ”kömiljarden” och den innebar att landstingen skulle få en prestationsbaserad ersättning vad gällde väntetider till nybesök och behandling inom den specialiserade vården.

I maj 2009 fick Socialstyrelsen ett treårigt uppdrag att följa upp vårdgarantin och kömiljarden och i september 2010 fick myndigheten ett tilläggsuppdrag gällande en fördjupad analys av eventuella undanträngningseffekter. Myndigheten har tidigare lämnat två delrapporter inom ramen för uppdraget. Detta är myndighetens slutliga avrapportering för åren 2009–2011.

I rapporten sammanfattas det utredningsarbete som Socialstyrelsen har genomfört i syfte att följa upp utvecklingen av väntetider, utvärdera landstingens kommunikation och information kring vårdgarantin, få information om befolkningens, patienternas och personalens kunskaper om och attityder till vårdgarantin och kömiljarden, beskriva och värdera landstingens åtgärder samt få information om förekomsten av undanträngning.

I arbetet har Socialstyrelsen haft stor hjälp av landstingen, dels i samband med de landstingsbesök som har genomförts, dels genom medverkan i olika enkäter som utgör en betydande del av underlaget i uppföljningen. Avgörande för uppdraget har också varit tillgången till data från Sveriges Kommuner och Landstings väntetidsdatabas. Socialstyrelsen vill också rikta ett särskilt tack till de landsting som har medverkat i arbetet med att analysera väntetider till återbesök.

Rapporten har utarbetats av en arbetsgrupp vid Socialstyrelsen bestående av *Marianne Hanning*, projektledare samt utredare *Maarten Sengers*, *Anne Tiainen* och *Jens Wilkens*. Statistiker *Tsega Muzollo* har svarat för statistiska bearbetningar. Ansvarig enhetschef för uppdraget har varit *Marie Lawrence*.

Lars-Erik Holm
Generaldirektör

Petra Otterblad Olausson
Avdelningschef

Innehåll

<i>Förord</i>	3
<i>Sammanfattning</i>	8
<i>Bakgrund</i>	10
Vårdgaranti – ett tjugoårigt recept mot väntetider	10
Kömiljarden 2009–2010	11
Särskild tillgänglighetssatsning för barn och unga med psykisk ohälsa	13
<i>Uppdraget och dess genomförande</i>	14
Uppdraget	14
Årsrapport 2010 i sammanfattning	14
Årsrapport 2011 i sammanfattning	15
Metod och genomförande	16
Uppföljning – mål, medel och effekter	16
Disposition och avgränsningar	19
Disposition	19
Avgränsningar	20
Begrepp	20
<i>Väntetidernas utveckling 2009–2011</i>	21
Socialstyrelsens samlade iakttagelser	21
Databasen ”Väntetider i vården”	22
Enhetliga definitioner av väntande och väntetider	23
Utveckling av IT-system	23
Vårdgarantin och väntetider i primärvården	24
Telefontillgänglighet	24
Väntetid till läkarbesök i primärvården	25
Patienternas uppfattning om väntetider inom primärvården och de faktiska väntetiderna	27
Vårdgarantin och väntetider inom den specialiserade vården	29
Väntetid till specialistbesök	29
Väntetid till behandling	31
Variation i väntetider under året	33
Väntetider till behandling och åtgärd per specialitet	34
<i>Kömiljarden</i>	36
Socialstyrelsens samlade iakttagelser	36
Inledning	36
Landstingens ersättning från kömiljarden	37
Ersättningen från kömiljarden och patienternas uppfattning om väntetider	39
Specialistbesök	39

Behandling	41
<i>Landstingens kommunikations- och informationsinsatser</i>	<i>42</i>
Socialstyrelsens samlade iakttagelser	42
Inledning	42
Landstingens externa kommunikation kring vårdgarantin	43
Landstingens interna kommunikation kring vårdgarantin	43
Rutiner då landstingen inte uppfyller vårdgarantins gränser	44
<i>Befolkningens kännedom och attityder</i>	<i>47</i>
Socialstyrelsens samlade iakttagelser	47
Inledning	47
Telefonundersökning	47
Samband med befolkningens uppfattning om vårdens tillgänglighet enligt Vårdbarometern och vårdens tillgänglighet	49
<i>Hälso- och sjukvårdspersonalens kännedom och attityder</i>	<i>52</i>
Socialstyrelsens samlade iakttagelser	52
Inledning	52
Tidigare genomförda studier	53
Enkät till Sveriges ortopedier	53
Exempel från några landsting	53
Telefonintervju 2011	54
Undersökningens omfattning och metod	54
Resultat - vårdgarantin	55
Resultat – kömiljarden	56
<i>Landstingens insatser och åtgärder</i>	<i>59</i>
Socialstyrelsens samlade iakttagelser	59
Inledning	59
Framgångsfaktorer	60
Tillgänglighetsarbete och förändringsarbete kräver ledningens stöd	60
Långsiktiga insatser ger hållbara förbättringar	60
Kortsiktiga insatser ger snabbare resultat, men de leder sällan till långvariga förbättringar	62
Att köpa vård kan vara en lösning på både lång och kort sikt	62
Bemanningsproblem försvårar ett långsiktigt förbättringsarbete	63
Landstingsprofiler	64
Strukturella faktorer	65
Processfaktorer	66
Resultatvariabler	67
Jämförelse mellan Halland och Dalarna	67
Faktorer av betydelse för väntetider	71
<i>Väntetid, produktion och indikationer</i>	<i>73</i>
Socialstyrelsens samlade iakttagelser	73
Inledning	73
Produktionsutveckling 2004–2010	74

Undanträngning	77
Socialstyrelsens samlade iakttagelser	77
Inledning	77
Olika typer av undanträngning	78
Undanträngning på individnivå	78
Undanträngning av patientgrupper eller vårdkedjor	78
Perspektiv på undanträngning	80
Hälsö- och sjukvårdspersonal	81
Enkät till landstingens väntetidssamordnare	83
Patientföreträdares uppfattning	85
Socialstyrelsens tillsyn och patientnämnder	85
Väntetider för återbesökspatienter	87
Tolkning av väntetidsuppgifter för återbesökspatienter	87
Resultat	90
Väntetider till återbesök i Örebro åren 2010–2011	90
Analys av patientflöden i Örebro och Gävleborg år 2011	94
Väntetidsuppgifter från Jämtland och Kronoberg	96
Fortsatt analys av eventuell undanträngning	97
Diskussion och slutsatser	99
Förbättrad rapportering av väntetider, men fortfarande finns utrymme för förbättringar	99
Nöjdare patienter i landsting som har mer tillgänglig primärvård	100
Allt färre har väntat på besök eller behandling mer än 90 dagar	100
Stora skillnader i väntetider mellan specialiteter	101
Allt färre landsting klarar kömiljardens prestationskrav	101
Ledningarna allt mer insatta och engagerade i väntetidsfrågan	102
Köp av vård och hyrläkare – kortsiktiga eller långsiktiga åtgärder?	102
Ökat patientinflytande, men informationen till patienterna är fortfarande en utmaning	103
Personalen är huvudsakligen positiv till vårdgarantin, men ser problem med kömiljarden	103
Undanträngning förekommer men är svårt att kvantifiera	103
Bristande uppföljning och kontroll av väntetider till återbesök	104
Ingen samsyn om hur väntetider till återbesök ska följas upp	104
Risk för att utomlänspatienter tränger undan egna patienter	105
Frågeställningar för ytterligare studier och analyser	105
Referenser	107
Bilageförteckning	109
Bilaga 1 Regeringsuppdrag. Uppdrag att följa upp den nationella vårdgarantin och den så kallade kömiljarden	110
Bilaga 2 Enkät om vårdgarantin och kömiljarden	113
Bilaga 3 Enkät om landstingens/regioners köp av vård i syfte att förkorta väntetider	127
Bilaga 4 Förteckning över besök, undersökningar samt operationer/åtgärder som ingår i den nationella väntetidsdatabasen	131
Bilaga 5 Antal väntande på behandling/åtgärd per specialitet mellan december 2008–2011	138

<i>Bilaga 6 Fördelning av kömiljarden 2009–2011</i>	<i>139</i>
<i>Bilaga 7 Intervjuguiden – Telefonintervjuundersökning</i>	<i>140</i>
<i>Bilaga 8 Köpt vård (operation/åtgärd) år 2011 i syfte att förkorta väntetiderna</i>	<i>143</i>

Följande bilagor finns tillgängliga på Socialstyrelsens webbplats:

Bilaga 9 Landstingsprofiler

Bilaga 10 Metoder för att mäta väntetider till återbesök

Bilaga 11 Jämförelse väntetider till förstabesök och återbesök

Sammanfattning

Mellan 2009 och 2011 minskade antalet patienter som väntar på ett besök eller en behandling inom specialistvården, och allt färre av de väntande har en väntetid över 90 dagar. Nio av tio patienter som har besökt en läkare inom primärvården väntade högst en vecka och nio av tio samtal till vårdcentralerna besvaras samma dag. Landstingens uppföljning och kontroll av väntelistorna har förbättrats, vilket delvis förklarar de kortare väntetiderna.

Socialstyrelsens samlade bedömning av vårdgarantin och kömiljarden är att de har haft positiva effekter och ökat tillgängligheten för nytillkommande patienter, men att detta delvis har skett på bekostnad av andra patientgruppers tillgänglighet. Det underlag som Socialstyrelsen har haft tillgång till är emellertid inte av ett sådant slag att det är möjligt att avgöra omfattningen av de positiva effekterna och i vilken mån de överväger de negativa.

Landstingens tillgänglighet varierar och uppföljningen visar att patienterna i landsting med hög tillgänglighet också är nöjdare med väntetiden. För besök i specialistvården är dock den andel som anser att väntetiden var acceptabel generellt låg. Endast en av tre patienter som har besökt en specialist ansåg att väntetiden var acceptabel. Mot bakgrund av hälso- och sjukvårdslagens målsättning om en vård på lika villkor för hela befolkningen anser Socialstyrelsen att de regionala skillnaderna i väntetider och tillgänglighet är otillfredsställande och att de landsting som inte når upp till vårdgarantins krav måste förbättra sin tillgänglighet och förkorta sina väntetider.

Kömiljarden har varit ett kraftfullt incitament för att få landstingen att fokusera på åtgärder mot långa väntetider. Samtidigt riskerar vårdgarantins och kömiljardens prestationskrav att leda till ändrade prioriteringar och remissrutiner. Detta kan i sin tur leda till undanträngning av patientgrupper som inte ingår i garantin. De tecken på undanträngning som Socialstyrelsen tidigare har redovisat när det gäller patienter som behöver komma på kontroll och återbesök bekräftas i denna rapport.

Under de tre år som kömiljarden funnits har prestationskraven för att få del av medlen ökat och allt färre landsting klarar av att uppfylla dem. Under 2011 varierade ersättningen till landstingen från 11 till 590 kronor per invånare.

Landstingens åtgärder för att korta väntetiderna varierar. Uppföljningen visar att landstingsledningarna har blivit mer engagerade i väntetidsfrågan och att de åtgärder de vidtar allt mer är av långsiktig karaktär, såsom organisatoriska förändringar och arbete med processtyrning. Personalbrist är ett problem som ofta orsakar väntetider. Hyrläkare har då varit en åtgärd som många landsting har använt sig av. Socialstyrelsen oroas av att denna initialt kortsiktiga åtgärd alltmer har kommit att bli en permanent lösning då detta försämrar kontinuiteten i vården.

Det råder stor enighet bland vårdpersonalen om att vårdgarantin har gett patienterna ett större inflytande. Samtidigt är det allt fler patienter som för att få vård i tid tvingas resa utanför det egna landstinget. Alla landsting har

köpt vård för att klara vårdgarantin. I några landsting är köp av vård mer omfattande och ingår som en del i en strategi för att öka vårdens tillgänglighet.

En förutsättning för att vårdgarantin ska fungera fullt ut är att såväl patienter som personal känner till regelverket. Uppföljningen visar att kunskapen om garantin bland såväl befolkning, patienter som personal är otillräcklig. Särskilt bekymmersamt är det att personalen inte har tillräcklig kunskap för att kunna vägleda och hjälpa patienterna att använda vårdgarantins möjligheter. Uppföljningen visar också att inte alla patienter kontaktas trots att de ska ges information och stöd.

Socialstyrelsen anser att det är viktigt att vårdgivaren har information om de faktiska väntetiderna och att det är möjligt att följa hela vårdförloppet. Den uppföljning som myndigheten har gjort av väntetider för patienter som behöver återbesök visar att det finns ett stort utvecklingsbehov för att nå en nationell enighet i hur dessa väntetider ska mätas.

En viktig fråga för tillgänglighetsarbetet i landstingen är effektiva remissflöden. Socialstyrelsen avser därför att genomföra särskilda studier av remissförfarandet i olika delar av vården. En annan fråga som också kommer att bli föremål för mer ingående analys är skillnader i väntetider inom olika specialiteter och diagnosgrupper. En aspekt på vårdens tillgänglighet som endast ytligt berörts i uppföljningen är sambandet mellan medicinska indikationer, produktion och väntetider. Även här avser Socialstyrelsen utveckla mer kunskap för att utvärdera i vilken mån väntetidernas utveckling beror på förändrade indikationer och ökad eller minskad produktion.

Bakgrund

Vårdgaranti – ett tjugoårigt recept mot väntetider

Väntetider till planerad vård har beskrivits som den svenska sjukvårdens akilleshäla. Det är en fråga som har engagerat och engagerar såväl befolkningen som vården. Det främsta politiska styrmedlet för att komma till rätta med tillgänglighetsproblemen har varit vårdgarantier, det vill säga fastläggandet av hur lång tid patienter maximalt ska behöva vänta.

Den första överenskommelsen mellan regeringen och landstingen om en nationell vårdgaranti trädde i kraft 1992. Garantin avsåg tre månaders väntetid för tolv olika specificerade behandlingar¹ med särskilt omfattande väntetidssituation. År 1996 utvidgades garantin till att även gälla kontakt med primärvården och ett första besök hos en primärvårdsläkare samt, i de fall patienten remitterades, tiden till ett första besök hos en specialist. Året därpå slopades garantin för de tolv behandlingarna, men i övrigt var garantin oförändrad fram till hösten 2005.

I 2005 års överenskommelse om vårdgaranti fastställdes 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 remissens utfärdande. I de fall ett beslut om operation eller åtgärd har tagits ska patienten erbjudas en tid inom 90 dagar.

Från och med den 1 juli 2010 regleras vårdgarantin i 2b § första stycket 4 och 3g–3h § 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 tidsperioder som ska gälla anges i förordningen (2010:349) om vårdgaranti. I HSL anges också att i de fall landstinget inte uppfyller besöksgarantin eller behandlingsgarantin ska landstinget svara för att patienten får vård hos en annan vårdgivare utan extra kostnad för patienten. Slutligen stadgas i 3i § HSL att landstingen ska rapportera in uppgifter om väntetider till en nationell databas.

¹ Höftledsplastik, knäledsplastik, operation av grå starr, prolapsoperation, operation vid urininkontinens, gallstensoperation, ljumskbråcksoperation, PTCA, kranskärlsoperation, angiografi, operation vid prostataförstoring och utprovning av hörapparat.

De maximala tidsperioder som beslutades i 2005 års vårdgaranti är oförändrade. Det är dock alltid 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 beslutet om behandling ska tas i samråd med patienten. Detta innebär att det är förenligt med vårdgarantin att väntetiden till en operation eller åtgärd kan överstiga 90 dagar om patienten och den behandlande läkaren kommer överens om detta.

Ända sedan den första garantin tillkom 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 väntetidsgränserna överskrids. Möjligheten att välja vårdgivare finns reglerat i HSL 5 § (2009:240). Vårdgarantin ger emellertid patienterna rätt att även få ersättning för eventuella extra kostnader vid val av en annan vårdgivare.

Kömiljarden 2009–2010

I slutet av 2008 beslutade staten, landstingen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) att en särskild satsning skulle göras för att få bukt med väntetiderna i vården. Satsningen som skulle pågå under tre år kom i dagligt tal att kallas för ”kömiljarden”. Överenskommelsen innebar att ett prestationsbaserat resurstillskott om en miljard kronor per år skulle fördelas till landstingen.

Utöver de målbaserade kraven på väntetider skulle landstingen även uppfylla vissa krav som gällde rapportering till den nationella väntetidsdatabas som SKL har utvecklat samt till Socialdepartementet lämna en redogörelse för vilka åtgärder man avsåg att vidta för att uppfylla vårdgarantin.

I december 2009 träffade parterna en ny överenskommelse för år 2010. Överenskommelsen innehöll inga förändringar av prestationskraven eller principerna för fördelning av kömiljarden. Däremot höjdes målet för svarsfrekvensen till databasen något, och det infördes två avstämningsperioder (januari–mars respektive september–december) i stället för som tidigare en. Ytterligare en förändring var att samtliga behandlingar skulle ingå i avstämningen under den senare perioden. Landstingen skulle också rapportera vilka beslut de har tagit för att uppfylla garantin, samt hur det nationella regelverket för ”frivilligt väntande” har tillämpats.

I överenskommelsen för 2011 skärptes prestationskraven för väntetiderna och fördelningsprinciperna för kömiljarden ändrades. I överenskommelsen sägs också att de tidsgränser som har lagts fast ska tjäna som utgångspunkt fram till och med 2014, men att det även fortsättningsvis kommer att slutas årliga överenskommelser kring de villkor som ska gälla för den prestationsbaserade ersättningen. Det sägs också att regeringen och SKL avser att under 2011–2012 utreda förutsättningarna för att lägga om den prestationsbaserade ersättningen så att fokus i väntetidsuppföljningen ska komma att ligga på patientens väg genom vården.

En sammanställning av innehållet i de årliga överenskommelserna för 2009–2011 ges i tabell 1.

Tabell 1: Jämförelse mellan 2009, 2010 och 2011 års överenskommelser mellan staten och SKL om en nationell satsning för en fungerande vårdgaranti

År	2009	2010	2011
Antal avstämningar per år	Två (april och november). Fördelning av medlen görs utifrån resultatet vid avstämningen i november.	Två (mars och december). En fjärdedel av medlen fördelas utifrån de genomsnittliga resultaten för perioden januari–mars. Restande tre fjärdedelar av medlen fördelas utifrån de genomsnittliga resultaten för perioden september–december.	Per månad.
Besök och operationer eller åtgärder som redovisas	26 mottagningar inom specialistvården 42 olika operationer/åtgärder	Samma som 2009 under januari–mars. Från september ingår även övriga behandlingar.	Samma mottagningar som 2009, samtliga behandlingar.
<u>Prestationskrav för att få del av medlen</u>			
Rapporter till regeringen	Ja (februari). Handlingsplan med bl.a. åtgärder för att uppnå kraven i vårdgarantin.	Ja (juli). Redovisning av bl.a. beslut som tagits för att uppfylla kraven i kommande lagstiftning om vårdgaranti och hur de nationella riktlinjerna för frivilligt väntande tillämpas.	Nej.
Svarsfrekvens i rapportering till väntetidsdatabasen	90 % av verksamheterna ska ha rapporterat in väntetider vid novembermätningen.	95 % av verksamheterna ska ha rapporterat in väntetider varje månad hela året	Samma som 2010, men med krav på inrapportering senast den 20:e i efterföljande månad.
Andel väntande	900 miljoner kronor fördelas mellan landsting där minst 80 % av patienterna får besök inom specialiserad vård respektive får behandling inom planerad specialiserad vård inom 90 dagar. 100 miljoner kronor fördelas mellan landsting som når en nivå där 90 % eller fler av patienterna får besök inom specialiserad vård respektive får behandling inom planerad specialiserad vård inom 90 dagar.	Samma som 2009.	400 miljoner kronor fördelas till landsting som når målet att 70 % av patienterna har väntat 60 dagar eller kortare för ett specialistbesök. 100 miljoner kronor fördelas till landsting som når målet att minst 80 % av patienterna har väntat kortare tid än 60 dagar för ett specialistbesök. 400 miljoner kronor fördelas till landsting som når målet att 70 % av patienterna har väntat 60 dagar eller kortare på en beslutad behandling 100 miljoner kronor fördelas till landsting som når målet att 80 % av patienterna har väntat 60 dagar eller kortare på en beslutad behandling
Underlag för fördelning av medel	Fördelningen görs lika mellan besök och behandling. Fördelningens görs vidare i relation till landstingens befolkningsandel.	Samma som 2009.	Samma som 2009 och 2010.

Särskild tillgänglighetssatsning för barn och unga med psykisk ohälsa

Under åren 2007–2011 träffade regeringen och SKL även särskilda överenskommelser om tillgängligheten till barn- och ungdomspsykiatri (BUP) [1]. Från och med 2009 är bidraget prestationsbaserat. Totalt har 214 miljoner kronor årligen avsatts för att korta väntetiderna inom området. De tidsgränser som gäller är kortare än för vårdgarantin för övriga delar av den specialiserade vården. Enligt den förstärkta vårdgarantin ska ett första besök inom barn- och ungdomspsykiatri erbjudas inom 30 dagar och en eventuell vidare behandling ska påbörjas inom 30 dagar från att ett beslut har fattats. Rapportering och uppföljning av garantin sker med stöd av SKL:s väntetidsdatabas.

Kraven för att ta del av de prestationsbaserade bidragen har successivt höjts över åren. För 2011 års bidrag infördes också mätningar av den faktiska väntetiden som underlag för fördelningen av medel.

Vad som i övrigt gäller den särskilda satsningen inom BUP, liksom i vilken grad olika landsting uppfyller garantin, redovisas av Socialstyrelsen i separata uppföljningar [2] då detta är ett särskilt uppdrag som är skilt från uppdraget att följa vårdgarantin och kömiljarden.

Uppdraget och dess genomförande

Uppdraget

Våren 2009 fick Socialstyrelsen uppdraget att följa upp landstingens insatser för att genomföra den nationella vårdgarantin. Enligt uppdraget (bilaga 1) ska Socialstyrelsen i årliga rapporter redovisa och analysera resultatet av de åtgärder som landstingen genomför för att uppfylla den överenskommelse som regeringen och SKL slöt om att överföra en miljard kronor årligen mellan 2009 och 2012 till landstingen, den så kallade kömiljardsatsningen.

I uppdraget ingår att analysera vilka effekter landstingens satsningar får för tillgängligheten och väntetiderna samt hur patienternas situation påverkas. Myndigheten ska också följa upp landstingens informationsinsatser samt allmänhetens respektive hälso- och sjukvårdspersonalens kännedom om och attityder till vårdgarantin. Därutöver ska så kallade landstingsprofiler presenteras. I dessa ska de enskilda landstingens väntetidssituation belysas liksom hinder och framgångsfaktorer för tillgänglighetsarbetet.

I september 2010 fick Socialstyrelsen ett tilläggsuppdrag som gick ut på att inom ramen för uppdraget göra en fördjupad analys av undanträngningseffekter till följd av vårdgarantin och kömiljarden. I tilläggsuppdraget definieras undanträngning som situationer när lägre prioriterade patienter ges vård före patienter som har högre prioritet, det vill säga ett större medicinskt behov.

Årsrapport 2010 i sammanfattning

Socialstyrelsens första delrapport publicerades i mars 2010 [3]. Rapporten byggde på material från landstingen, SKL:s väntetidsdatabas, Vårdbarometern [4] och ett urval personalenkäter från landstingen. Därutöver ingick material från de revisionsrapporter och handlingsplaner som landstingen hade lämnat till Socialdepartementet liksom uppgifter från de landstingsbesök som Socialstyrelsen inom ramen för detta uppdrag genomförde under hösten 2009.

Uppföljningen visade att andelen patienter som väntade längre än 90 dagar i den planerade specialistvården hade minskat. Samtidigt hade det skett en kraftig ökning av andelen patienter som registrerades som patientvald eller medicinskt orsakad väntan, vilket innebar att det totala antalet väntande inte hade minskat i någon större utsträckning.

Uppföljningen visade också att förutsättningarna för ett effektivt tillgänglighetsarbete hade förbättrats i samband med införandet av kömiljarden, inte minst genom att landstingen redovisade att väntetidsproblematiken prioriterades och frågan lyftes högre upp på agendan.

De åtgärder som landstingen hade genomfört handlade huvudsakligen om kortsiktiga insatser, till exempel att rensa och gå igenom väntelistorna, se över remisshanteringen och genomföra riktade insatser. Av informationen

från landstingen framgick också att det hade startats eller planerades mer långsiktiga utvecklings- och förbättringsarbeten, men att dessa ännu inte hade gett några omfattande effekter på väntetiderna. För att få en mer långsiktigt hållbar förbättring framhöll Socialstyrelsen vikten av att arbeta mer med hela vårdprocesser samt att förbättra logistiken och därigenom skapa effektivare vårdkedjor.

Den kortsiktiga schemaläggningen av läkarnas arbetstider framhölls i rapporten som något som försvårar en effektiv planering och användning av de befintliga resurserna.

En annan slutsats var att det fanns ett omfattande gap mellan ledningen och personalen i förståelsen och engagemanget för att genomföra vårdgarantins intentioner. Ett stort förbättringsområde för det fortsatta arbetet med vårdgarantin var därför att intensifiera informationsinsatserna till hälso- och sjukvårdspersonalen.

I uppföljningen beskrevs också de omfattande problem som uppföljningen hade stått inför när det gällde att följa utvecklingen av köer och väntetider. Liksom i tidigare uppföljningar av vårdgarantin kunde Socialstyrelsen konstatera att uppgifterna i den nationella databasen var svåra att tolka, bland annat då det var oklart hur landstingen hade definierat och rapporterat de patienter som var ”frivilligt väntande” respektive ”väntande på grund av medicinska orsaker”. Detta kombinerat med att uppgifterna inte är personbaserade och att det inte går att följa hela vårdkedjan gjorde att Socialstyrelsen förordade att uppföljningen av väntetider i den svenska sjukvården i framtiden ska ingå i myndighetens uppdrag kring utvecklingen av det nationella patientregistret.

Årsrapport 2011 i sammanfattning

En stor del av 2011 års rapport [5] ägnades åt hur vårdgarantin har kommunicerats till allmänhet, patienter och personal liksom vilken kännedom som de olika grupperna har om vårdgarantin. En omfattande telefonintervjuundersökning till ett representativt urval av befolkningen genomfördes hösten 2010. Landstingens kommunikationsinsatser följdes också upp med särskilda enkäter till landstingens informationschefer samt diskuterades i samband med de särskilda landstingsbesök som genomfördes av Socialstyrelsen under 2009 och 2010.

Befolkningsenkäten visade att en överväldigande majoritet (90 procent) hade hört talas om vårdgarantin, men också att betydligt färre hade några mer ingående kunskaper om garantins innehåll. Som exempel var det endast någon procent som kände till att vårdgarantin även omfattar primärvårdsbesök. Socialstyrelsens slutsats av undersökningen var att landstingens informationsinsatser behöver prioriteras mer eftersom kännedom om vårdgarantins innebörd är av avgörande betydelse för genomförandet av garantin. Myndigheten kunde också konstatera att även personalens kännedom var bristfällig och otillräcklig för att vägleda patienterna.

Som nämnts kompletterades uppdraget under 2010 så att även frågan om undanträngning skulle ingå och studeras närmare. Socialstyrelsen har i tidigare uppföljningar och utvärderingar av garantin gjort flera försök att beskriva omfattningen av undanträngningen, men inte lyckats få fram några

mer konkreta uppgifter. I 2011 års rapport redovisades en särskild studie där undanträngning kopplats till väntetider för återbesök. Även om materialet var begränsat till ett landsting och en relativt kort tidsperiod kunde Socialstyrelsen peka på att garantin med stor sannolikhet hade medverkat till att återbesökstiderna för patienter med långvariga vårdbehov ökat i samband med mätningarna som skulle utgöra underlag för ersättning från kömiljarden.

Landstingens åtgärder och erfarenheter av dessa var huvudämnet vid de landstingsbesök som Socialstyrelsen genomförde inom ramen för uppföljningen. Även om kömiljardens uppbyggnad med en eller två mätningar per år kunde medverka till kortsiktighet i åtgärderna framkom under besöken att landstingen allt mer hade inriktat insatserna mot långsiktiga förändringar av strukturer och processer.

I årsrapporten gjordes också ett försök att ge svar på vad som kan vara framgångsfaktorer för att uppnå en förbättrad tillgänglighet. Genom att studera ett antal struktur- och processvariabler och ställa dessa i relation till prestationerna framgick det att landsting som har decentraliserat ansvaret för köer och väntetider till verksamhetsnivån tenderar att lyckas bättre än övriga.

Även i årsrapporten 2011 konstaterade Socialstyrelsen att det inte var helt enkelt att få en uppfattning om i vilken grad väntetiderna hade påverkats av reformen, dels eftersom garantins omfattning hade förändrats, dels på grund av att definitionerna av vilka patienter som ska ingå förändrades under året. Detta påverkade dock huvudsakligen väntelistorna till ett första besök respektive behandling i den specialiserade vården.

I rapporten sammanfattade Socialstyrelsen sina samlade iakttagelser vad gäller väntetidernas utveckling med konstaterandet att telefontillgängligheten och besöksgarantin inom primärvården var oförändrad under 2010 jämfört med året innan. Antalet patienter på väntelista hade minskat – en utveckling som delvis tolkades som ändrade definitioner av ”självald väntan” och ”medicinskt orsakad väntan”. Andelen patienter som väntade mer än 90 dagar var i stort sett oförändrad och det var färre landsting som uppfyllde kraven för att ta del av kömiljarden i slutet av året än under det första kvartalet.

Metod och genomförande

Uppföljning – mål, medel och effekter

Vårdgarantin syftar ytterst till att korta väntetiderna inom den planerade vården genom att erbjuda medborgarna vård inom vissa fastställda maximala väntetider. Om patienten inte kan få vård inom dessa tider ska han eller hon ”kostnadsfritt” erbjudas vård hos en annan vårdgivare inom eller utanför landstinget. För att nå vårdgarantins mål har olika styrmedel införts. Kömiljarden är ett av dessa styrmedel. Andra medel är överenskommelsen om ett nationellt regelverk, ändringar i lagstiftningen, väntetidsmätningarna och information till medborgare, patienter och personal.

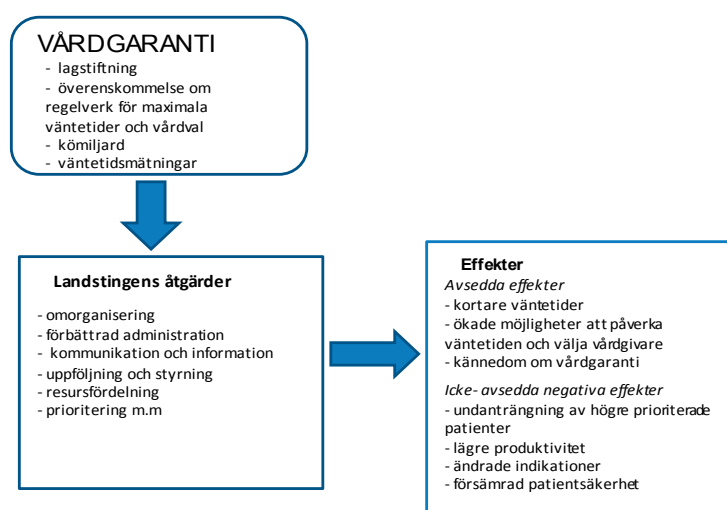
Uppdraget att följa upp vårdgarantin och kömiljarden går ut på att med stöd av olika uppgifter redogöra för effekterna av reformen och se om de

kan relateras till de olika styrmedlen och åtgärderna. I de flesta reformer finns en risk för att de inte enbart ger avsedda effekter, utan också effekter som inte var avsiktliga. Dessa icke-avsiktliga effekter kan vara både positiva och negativa för reformens resultat. I detta fall kan undanträngning ses som en sådan icke-avsedd effekt. Andra tänkbara icke-avsiktliga effekter kan gälla försämrad arbetsmiljö, sämre patientsäkerhet, förändrad produktion och en anpassning av indikationerna för olika behandlingar.

Ytterligare två viktiga förhållanden som kan påverka resultatet av en reform är tidsperspektivet och förändringar i omvärlden. Det tar tid att anpassa olika verksamheter till nya regelverk samtidigt som det över en längre tid hinner inträffa många förändringar som inte är en del av reformen, men som ändå ger effekter på reformens tänkta målsättning.

En enkel modell över vårdgarantireformen och de styrmedel den innehåller samt tänkbara effekter av reformen beskrivs i figur 1.

Figur 1: Vårdgarantireformen – styrmedel och effekter



Material

Centralt för uppföljningen av vårdgarantin är möjligheten att ta del av uppgifter som beskriver väntetidernas utveckling. I denna rapport, liksom i de två tidigare rapporterna, har underlaget för att följa väntetider huvudsakligen hämtats från den nationella databas som SKL administrerar. Databasen hanterar uppgifter om väntetider som landstingen rapporterar in. Utöver uppgifter om väntetider för nybesök hos specialist och väntetider till behandling samlar SKL in uppgifter om väntetider till nybesök i primärvården. Detta görs under två veckor varje höst och vår.

Den del av vårdgarantin som handlar om telefontillgänglighet följs upp av varje enskilt landsting, men SKL sammanställer även dessa uppgifter natio-

nellit. Databasen, dess utveckling, innehåll och tillförlitlighet beskrivs i ett särskilt avsnitt nedan.

I uppföljningen har uppgifter om landstingens informationsinsatser för att sprida kännedom om vårdgarantin inhämtats via två enkätundersökningar (2008 och 2010) till landstingens informationschefer. Den första enkäten handlade om information till allmänhet och patienter och den andra enkäten var inriktad på frågor om hur man kommunicerat vårdgarantin internt till såväl anställd personal som privata vårdgivare.

För den del av uppdraget som gäller allmänhetens kännedom om vårdgarantin gjordes under hösten 2010 en omfattande telefonintervjuundersökning med ett representativt urval av befolkningen. Resultaten av undersökningen presenterades i Socialstyrelsens rapport från 2011 [5]. En annan källa för att få kunskap om befolkningens attityder, kunskaper och förväntningar på hälso- och sjukvården är Vårdbarometern. Undersökningen genomförs årligen och arbetet samordnas av SKL [4]. I uppföljningen har uppgifter hämtats från Vårdbarometern för 2011.

För att studera hälso- och sjukvårdspersonalens kännedom, attityd och erfarenheter av vårdgarantin och kömiljarden genomfördes en telefonintervjuundersökning i slutet av år 2011. I undersökningen deltog 73 personer från olika yrkesgrupper i fyra olika landsting (Halland, Dalarna, Stockholm och Västerbotten). De frågor som ställdes i intervjuerna framgår av bilaga 7. När det gäller personalens attityder och kännedom har även material hämtats från enkätundersökningar i några landsting samt material från rapporten "Kåren och köerna" av Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi (ESO) [6].

En annan del av uppföljningen gäller hur landstingen har agerat för att omsätta vårdgarantin och i vilken mån man har lyckats nå de väntetidsmål som finns i uppgörelsen om kömiljarden. Underlagen till denna del av arbetet har dels hämtats från två enkätundersökningar, en i 2010 och en i början av 2011 till landstingens väntetidssamordnare, dels från landstingsbesök som genomfördes under 2009 och 2010. Under 2011 skickade Socialstyrelsen ut ytterligare två enkäter till landstingen, en uppföljningsenkät till de tidigare enkäterna och en enkät med frågor om ekonomi och köpt vård (bilaga 2 och 3).

I den analys av landstingens strategier och arbetssätt som har gjorts för att jämföra landstingens måluppfyllelse ingick även vissa statistiska uppgifter och andra data på landstingsnivå (bilaga 9 "landstingsprofiler").

I rapporten finns också ett avsnitt där utvecklingen av antalet operationer studeras. För denna analys har data inhämtats från Socialstyrelsens patientregister för perioden 2004–2010.

Fördjupningsstudien om vårdgarantins undanträngningseffekter är huvudsakligen inriktad på att studera väntetider till återbesök. För detta har Socialstyrelsen fått ta del av uppgifter om väntetider till återbesök för patienter i landstingen i Örebro, Gävleborg, Jämtland, Kronoberg och Gotland. Studien av undanträngning innehåller även uppgifter från intervjuer med hälso- och sjukvårdspersonal, rapportering i medier, enkäter till väntetidssamordnarna i landstingen samt Socialstyrelsens tillsyn, patientorganisationerna och patientnämnderna.

Uppgifter från Nationell Patientenkät som genomförs inom flera områden, bland annat inom primärvård och slutenvård, har också använts i olika delar av rapporten. Patientenkäten genomfördes inom primärvården under 2011 och inom den specialiserade vården under 2010.

Under arbetets gång har arbetsgruppen vid ett flertal tillfällen fått möjlighet att träffa det nätverk med väntetidssamordnare och väntetidsrapportörer som SKL organiserar. Vid dessa möten har det varit möjligt att stämma av olika uppgifter, men också att följa de diskussioner man har haft kring definitioner och begrepp i väntetidsuppföljningen. Dessa möten har varit mycket värdefulla i arbetet.

För att få patienternas syn på vårdgarantin och kömiljarden inbjöds olika patientföreningar till ett möte i början av 2012.

Disposition och avgränsningar

Disposition

Denna rapport är som framgått den tredje och sista inom ramen för uppdraget att följa överenskommelserna om vårdgaranti och kömiljard för åren 2009, 2010 och 2011. Dispositionen i rapporten följer de olika aspekter på vårdgarantin som Socialstyrelsen enligt uppdraget ska undersöka. Det innebär att rapporten inleds med ett avsnitt om väntetidernas utveckling. Därefter kommer ett särskilt avsnitt som redovisar hur kömiljarden har fördelats mellan landstingen och en analys av hur landstingens uppfyllelse av kömiljardens målsättningar överensstämmer med befolkningens uppfattning om väntetider.

En annan fråga som enligt uppdraget ska belysas i uppföljningen är befolkningens respektive personalens kännedom om och attityder till vårdgarantin och kömiljarden. Detta redovisas i två avsnitt efter en kortfattad redogörelse för vilka insatser landstingen har gjort när det gäller att kommunicera och informera om vårdgarantin.

Det har också ingått i uppdraget att sammanställa vilka åtgärder landstingen har vidtagit och att om möjligt avgöra om det finns vissa åtgärder som har varit mer framgångsrika än andra. Ett särskilt avsnitt behandlar detta. Underlaget till avsnittet kommer från enkäter och andra sammanställningar av förhållanden som speglar struktur, process och resultat i de olika landstingens verksamhet. Dessa uppgifter har också sammanställts i landstingsprofiler, vilka sammanfattas i ett särskilt avsnitt. Profilererna finns också redovisade i en fristående bilaga 9 till rapporten.

Som nämnts ovan fick Socialstyrelsen ett utvidgat uppdrag 2010 för att särskilt studera undanträngningseffekter av vårdgarantin. Det arbetet redovisas i ett särskilt avsnitt. En stor del av uppföljningen kring undanträngningseffekter har handlat om att studera eventuella effekter på väntetiderna till återbesök. Eftersom detta är ett område som inte tidigare har varit föremål för några mer djuplodande analyser har Socialstyrelsen ägnat ett omfattande arbete åt att undersöka förutsättningarna och metoderna för att följa upp återbesöksväntetider. I en fristående bilaga 10 redovisas metodfrågor och andra mer principiella frågor kring hur mätningar av återbesök kan göras.

Rapporten avslutas med ett avsnitt där de förhållanden som uppföljningen har visat diskuteras. Därefter presenteras slutsatserna där det framgår vilka frågor som Socialstyrelsen anser vara viktiga att studera mer ingående i samband med kommande uppföljningar av väntetider och kömiljard.

Avgränsningar

Av figur 1 framgår att uppföljningen av vårdgarantin och kömiljarden är avgränsad till att följa effekterna på väntetiderna, patienternas situation, kännedom om vårdgarantin och undanträngning av andra patientgrupper. Andra effekter som Socialstyrelsen menar är viktiga att följa upp för att bilden av vårdgarantins effekter ska blir mer komplett är produktionens utveckling, omfattningen av byte av vårdgivare samt eventuella förändringar i indikationer för olika insatser. Av dessa faktorer ingår i denna rapport endast en mycket översiktlig sammanställning av utvecklingen av produktionen inom ett begränsat antal kirurgiska åtgärder. Även förändringar i remissförfarande och administration av väntelistor är effekter som bör studeras ytterligare, men som inte har ingått i denna rapport.

I uppföljningen 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 är således inte studerade lika ingående, trots att beroendet mellan primär och sekundär vård är omfattande.

I tidigare uppföljningar av vårdgarantin har det framgått att väntetidsproblematiken är mer eller mindre omfattande inom olika verksamhetsområden och för olika behandlingar. I rapporten ingår en översiktlig jämförelse av väntetider inom framför allt kirurgiska specialiteter. De skillnader som jämförelsen visar pekar på att i framtida uppföljningar vore det önskvärt att studera sambanden mellan väntetider, produktion och indikationer inom olika områden mer djupgående för att öka kunskapen om vårdens tillgänglighet och vad som orsakar väntetider.

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 detta begrepp ingår alla behandlande åtgärder, operationer och så vidare.

Väntetidernas utveckling 2009–2011

Socialstyrelsens samlade iakttagelser

Telefontillgänglighet

- Under perioden 2009–2011 var telefontillgängligheten oförändrad i landet och nio av tio samtal besvarades samma dag.
- Skillnaderna mellan landstingen i fråga om telefontillgänglighet har minskat över åren, och allt fler vårdcentraler ingår i mätningarna.
- Ett starkt samband finns mellan mätningarna av telefontillgänglighet och patienternas uppfattning av telefontillgängligheten i de olika landstingen.

Väntetid till läkarbesök i primärvården

- Väntetiden till besök hos läkare i primärvården förbättrades något under 2009–2011. Av de patienter som kom på ett nybesök under de två mätveckorna hösten 2011 fick 92 procent träffa en läkare inom sju dagar.
- Variationerna mellan landstingen i fråga om väntetider till primärvården har minskat något, men är fortfarande stora.
- Sambandet mellan de uppmätta väntetiderna i de olika landstingen och patienternas uppfattning om väntetiderna är svagt.

Väntetid till besök i den specialiserade vården

- Antalet patienter på väntelista som väntade mindre än 90 dagar ökade något under perioden 2009–2011.
- Det totala antalet väntande patienter på väntelistorna minskade kraftigt under år 2010. Under 2011 var det totala antalet i stort sett oförändrat jämfört med 2010.

Väntetid till behandling

- Antalet patienter på väntelistorna som väntade mindre än 90 dagar ökade något mellan 2009 och 2010. Under 2011 var antalet patienter relativt oförändrat.
- Det totala antalet patienter som väntar på behandling minskade kraftigt under 2009 och 2010, men var relativt oförändrat under 2011.
- Väntetidssituationen varierar under året. En analys av variationernas omfattning i de olika landstingen visar att landsting med en större andel patienter som väntar mindre än 90 dagar tenderade att ha mindre månadsvariationer i väntetider under året.
- Det finns skillnader i väntetider mellan de olika kirurgiska specialiteterna. Plastikkirurgi, ryggkirurgi och neurokirurgi har en lägre andel patienter på väntelistorna som väntar mindre än 90 dagar.

Mätningar av väntetider och väntetidsdatabasen

- Det är svårt att avgöra vad som är reella förändringar av väntetiderna och vad som kan förklaras av administrativa åtgärder såsom ”körensning” och förändrade rutiner och definitioner.
- Huvuddelen av de förändringar som skedde mellan 2009 och 2010 bedöms vara effekter av förändringar i definitioner av patientvald väntan och medicinskt orsakad väntan.
- Sedan maj 2010 har definitionerna varit oförändrade och under denna tid har förändringarna i antalet väntande och väntetiderna bland dessa endast förändrats marginellt.
- Genom ett tydligare regelverk, tydligare definitioner och bättre IT-system har tillförlitligheten i väntetidsdatabasen ökat. Under den studerade perioden utvecklades mätningarna av väntetider och för närvarande är uppgifterna om väntetider i det närmaste heltäckande.

Databasen ”Väntetider i vården”

De väntetidsuppgifter som Socialstyrelsen har använt för att följa upp och utvärdera vårdgarantin och kömiljarden kommer från SKL:s databas ”Väntetider i vården” (www.vantetider.se). Sedan starten 2000 har databasen utvecklats och landstingens underlag för de inrapporterade väntetidsuppgifter har stegvis blivit allt bättre.

I SKL:s uppföljning av väntetider ingår sammanställningar av telefontillgängligheten, särskilda mätningar av besöksgarantin i primärvården, antalet väntande och hur lång tid de har väntat för ett första specialistbesök, samt antalet väntande och hur länge de har väntat på behandling, från tidpunkten för beslutet till behandlingen. Databasen omfattar inte patienter som kommer in akut eller patienter som ska på ett återbesök inom den specialiserade vården. De väntetider som redovisas avser patienter som finns på väntelistorna och gäller hur länge dessa patienter väntat.

Mätningarna av antalet väntande patienter till den specialiserade vården görs sedan 2009 en gång per månad. Databasen visar hur väntetidssituationen ser ut vid det aktuella mätdatumet. Uppgifterna publiceras på internet och kan därmed även användas av allmänheten för att se det aktuella väntetidsläget vid exempelvis det egna sjukhuset och den aktuella kliniken. Uppgifterna används också av landstingen för uppföljning, utvärdering och planering av den egna verksamheten.

Väntetidsdatabasen omfattar sedan den 1 april 2010 samtliga patienter som väntar på en operation eller åtgärd, inte enbart de 42 operationer och åtgärder som har följts upp sedan tidigare (bilaga 4). Dessutom åligger det landstingen från halvårsskiftet 2010 att rapportera antalet genomförda specialistbesök och operationer eller åtgärder i olika tidsintervall, så kallad ”faktisk väntetid”. Uppgifterna i väntetidsdatabasen är dock osäkra på grund av den varierande svarsfrekvensen, men kommer enligt planerna att finnas tillgängliga från och med den 1 januari 2012. I denna rapport presenteras uteslutande uppgifter om patienter som står på väntelista vid olika tidpunkter under året.

Enhetliga definitioner av väntande och väntetider

I Socialstyrelsens första delrapport från 2010 konstaterades en kraftig ökning av andelen patienter som har registrerats som patientvald eller medicinskt orsakad väntan. Socialstyrelsen konstaterade också att skillnaderna mellan landstingen i hur de definierar dessa uppgifter var mycket stora, vilket gjorde det svårt att jämföra de inrapporterade uppgifterna.

I maj 2010 utarbetade SKL tillsammans med landstingen riktlinjer för att förtydliga begreppet ”frivilligt väntande” eller så kallad ”patientvald väntan”. De enades om följande definition:

”Patienter som har väntat längre än vad vårdgarantins tidsgräns anger. Patienten är informerad och har aktivt avstått erbjudande om vård inom vårdgarantins tidsgräns.” (SKL Info 10-05-31)

Även definitionen av medicinskt orsakad väntan ändrades:

”Patienter där hälso- och sjukvårdspersonal bedömer och beslutar att patientens hälsotillstånd (av medicinska skäl) inte tillåter att planerat första besök/undersökning/behandling genomförs.” (SKL Info 10-05-31)

Förhoppningen med dessa uppdaterade riktlinjer är att landstingen ska utgå från en gemensam definition och därmed förbättra möjligheterna till jämförelser över tid och mellan olika vårdgivare. I den enkät som Socialstyrelsen hösten 2011 skickade till landstingens väntetidssamordnare uppgav majoriteten av landstingen att de numera registrerar ”patientvald väntan” respektive ”medicinskt orsakad väntan” i sina vårdadministrativa system och att SKL:s definitioner är väl kända i alla landsting.

Utveckling av IT-system

Socialstyrelsen har vid två tillfällen (2009 och 2011) skickat enkäter till landstingens väntetidssamordnare för att bland annat få kännedom om hur inrapporteringen till väntetidsdatabasen fungerar och utvecklas. I Socialstyrelsens tidigare uppföljningar uppgav landstingen att IT-systemen svarar för en del av problemen när det gäller att mäta och rapportera in väntetidsstatistik. Problemen har bestått av att det är svårt att i alla system fånga upp de efterfrågade uppgifterna, liksom att olika system har olika definitioner av grundläggande begrepp.

I Socialstyrelsens senaste enkätundersökning hösten 2011 uppgav 6 landsting att det fortfarande finns problem med inrapporteringen eller kvalitetssäkringen av väntetidsuppgifter. De landsting det gäller är Sörmland, Jönköping, Västmanland, Dalarna, Västernorrland och Jämtland. Motsvarande antal 2009 var 9 landsting.

Tre landsting har numera automatiska överföringar av väntetidsdata från sina vårdadministrativa system till väntetidsdatabasen. I 14 landsting räknar man med att automatiska överföringar kommer att fungera under 2012 medan 3 landsting tror att det kommer att ta längre tid. Stockholm har inte

uppgivit någon tidpunkt för när en automatisk överföring kan komma att fungera.

Fem landsting ansåg att inrapporteringen av väntetidsdata från privata vårdgivare med avtal är ett problem för en tillfredsställande inrapportering av väntetider till den nationella väntetidsdatabasen. Andra problem som landstingen tog upp var olika lokala vådadministrativa IT-system, klinik- och enhetschefens bristande engagemang och personalens arbetsbelastning.

En majoritet (17) av landstingen uppger att rapporteringen av väntetider till väntetidsdatabasen fungerar tillfredsställande eller mycket tillfredstillande när det gäller den specialiserade vården. Färre (11) anser dock att inrapporteringen av väntetider inom primärvården fungerar tillfredsställande eller mycket tillfredsställande. I allmänhet anser landstingen att det har skett en utveckling av hur rapporteringen fungerar inom den specialiserade vården jämfört med tidigare undersökningar. Däremot är man mer tveksam när det gäller kvaliteten på primärvårdens inrapportering av data på grund av att vårdcentralerna har olika vådadministrativa IT-system och överföringen av data inte alltid kvalitetssäkras.

Vårdgarantin och väntetider i primärvården

I vårdgarantin ingår att den som vill komma i kontakt med primärvården ska kunna göra det direkt, det vill säga samma dag som behovet uppstår. Oftast tas kontakterna med primärvården via telefon och för att följa garantin mäter landstingen därför telefontillgängligheten under en månad på hösten och en månad på våren.

För den del av vårdgarantin som gäller att få träffa en läkare inom sju dagar sker rapporteringen från vårdcentralerna under två veckor på våren och två veckor på hösten.

Telefontillgängligheten och besöksgarantin inom primärvården omfattats inte av kömiljarden och den är därmed inte heller föremål för någon prestationsbaserad ersättning på nationell nivå. Varken regelverket eller de uppgifter som ingår i mätningarna av vårdgarantin inom primärvården förändrades under åren 2009–2011. Till skillnad från mätningarna inom den specialiserade vården bygger mätningarna inom primärvården på faktiska väntetider.

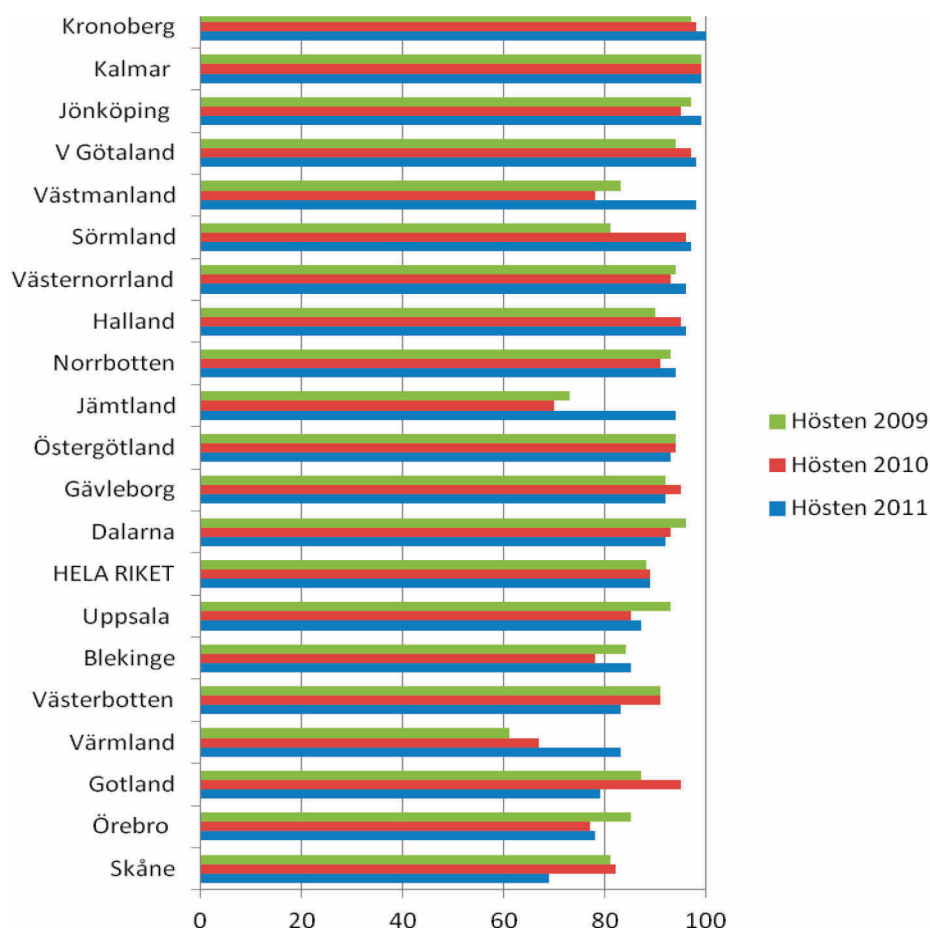
Telefontillgänglighet

I mätningarna av telefontillgängligheten deltar endast de vårdcentraler, både privata och offentliga, som har datoriserade telefonsystem. Vid den senaste mätningen i oktober 2011 deltog 848 vårdcentraler, vilket är samtliga enheter som har datoriserade system exklusive de i Stockholms läns landsting där det görs egna mätningar och metoden har bedömts vara så annorlunda att jämförelser med övriga enheter inte kan göras. Det finns för närvarande uppskattningsvis cirka 1 300 vårdcentraler i landet.

Den genomsnittliga telefontillgängligheten mätt som andelen besvarade telefonsamtal samma dag låg på närmare 90 procent under åren 2009–2011. Figur 2 visar en jämförelse av andelen telefonsamtal som besvarades samma dag för landstingen under hösten åren 2009–2011.

Vid den senaste mätningen, hösten 2011, besvarades samtliga samtal samma dag vid vårdcentralerna i Kronoberg. I 13 av de övriga landstingen nådde man upp till 90 procent eller mer. I Skåne, som låg lägst, besvarades 70 procent av samtalen under samma dag.

Figur 2. Andel (%) av telefonsamtalen till vårdcentraler som besvarades samma dag 2009–2011



*Stockholm har inte deltagit i mätningarna.

Källa: SKL – väntetidsdatabasen.

Väntetid till läkarbesök i primärvården

Den del av vårdgarantin som anger att om det finns ett behov av att träffa en läkare i primärvården ska patienten erbjudas en tid inom sju dagar, har varit oförändrad sedan 1996. Det dröjde dock till 2002 innan denna del av garantin började följas upp av SKL.

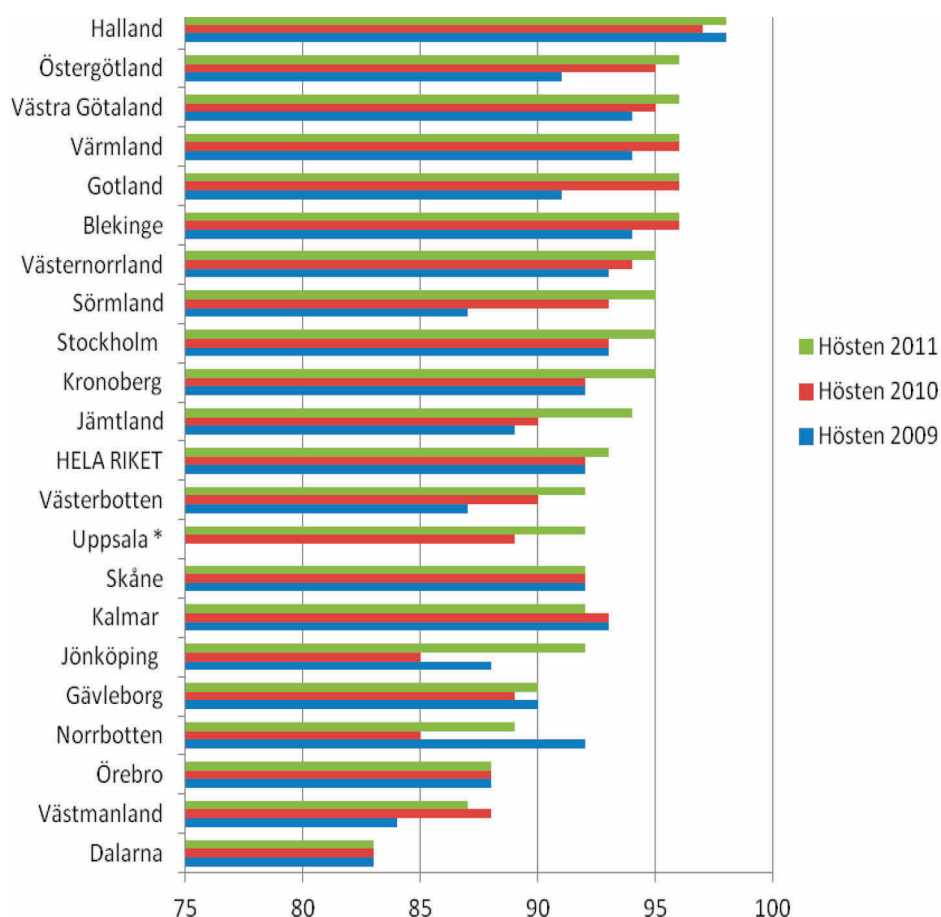
När det gäller inrapporteringen av väntetider till besök hos läkare inom primärvården har den stadigt förbättrats och ligger i dag på en generellt hög nivå, och alla landsting rapporterar in till SKL:s väntetidsdatabas. Kritik har riktats mot mätningarnas tillförlitlighet och hur representativa de är mot bakgrund av att vårdcentralerna känner till när i tiden de sker och därmed har möjlighet att planera sin verksamhet inför dessa mätperioder. Dessa

problem har också en koppling till att primärvården inom många landsting har ett eget prestationsbaserat ersättningssystem med incitament för att öka tillgängligheten. Socialstyrelsen har inte gjort några särskilda undersökningar av tillförlitligheten i de uppgifter som lämnas till SKL, men bedömer ändå med tanke på den höga svarsfrekvensen och stabiliteten i materialet att uppgifterna väl speglar den aktuella situationen.

Under perioden 2009–2011 var den andel patienter som väntade i sju dagar eller kortare drygt 90 procent (figur 3). En jämförelse mellan 2009 och 2011 visar att majoriteten av landstingen ökade tillgängligheten medan Norrbotten och Kalmar försämrade sin tillgänglighet, samt att fyra landsting låg kvar på samma nivå. Andelen patienter som fick vård inom sju dagar var fortfarande under 90 procent i fyra landsting år 2011.

Mycket talar för att väntetiderna till ett första läkarbesök inom primärvården har förbättrats med åren. En jämförelse bakåt i tiden visar att under perioden 2002–2006 var andelen patienter som väntade mer än sju dagar mellan 15 och 19 procent [7].

Figur 3. Andel (%) patienter som fick komma på ett läkarbesök i primärvården inom sju dagar



**Landstinget i Uppsala län registrerade inte väntetider i väntetidsdatabasen hösten 2009.*

Källa: SKL– väntetidsdatabasen.

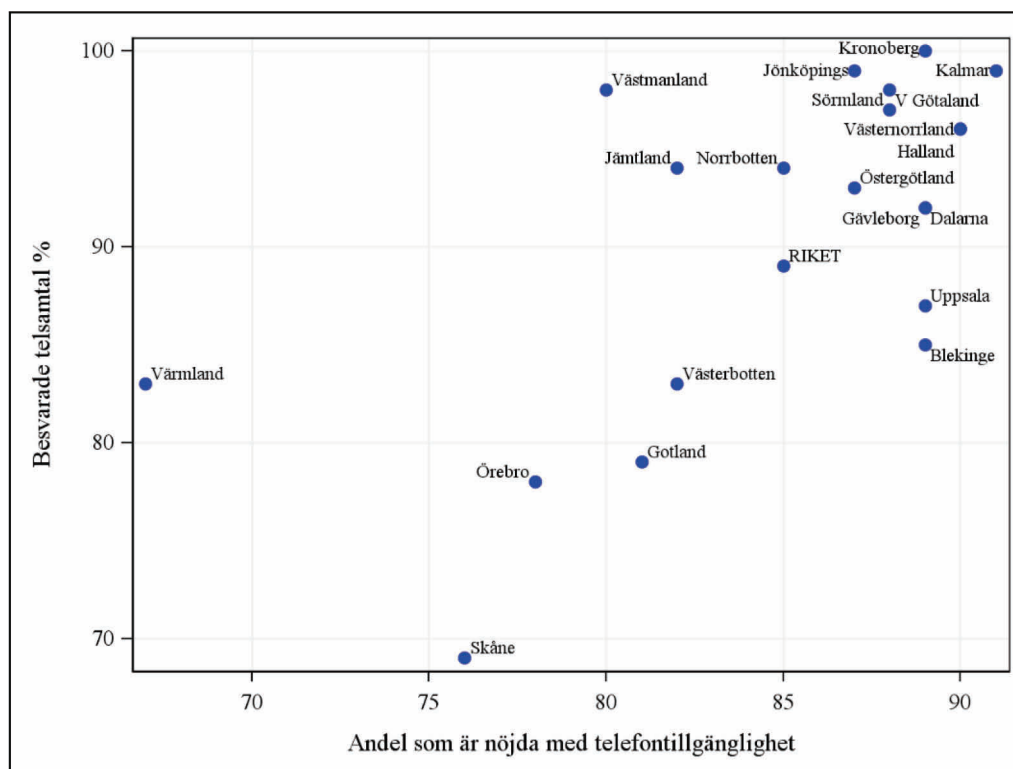
Patienternas uppfattning om väntetider inom primärvården och de faktiska väntetiderna

Den nationella patientenkäten genomförs inom primärvården, den specialiserade vården och den psykiatriska vården. Samtliga landsting ingår i undersökningen och enkäten koordineras av SKL. Hösten 2011 genomfördes en enkätundersökning till patienter som besökt primärvården. Totalt ingick 248 000 patienter i urvalet varav 130 000 (54 procent) valde att besvara enkäterna.

Resultaten visade att 5 procent av patienterna uppgav att väntetiderna i primärvården var för långa medan 64 procent ansåg att de var acceptabla. Var fjärde ansåg att mottagningens tillgänglighet per telefon var utmärkt medan 4 procent tyckte att den var dålig. Resultatet var detsamma som i den enkätundersökning som genomfördes år 2010.

I enkätsvaren framkom skillnader i uppfattning mellan olika landsting, och för att se om dessa skillnader motsvarar de skillnader som framkom i väntetidsmätningarna har Socialstyrelsen jämfört de båda undersökningarnas resultat (figur 4 och 5).

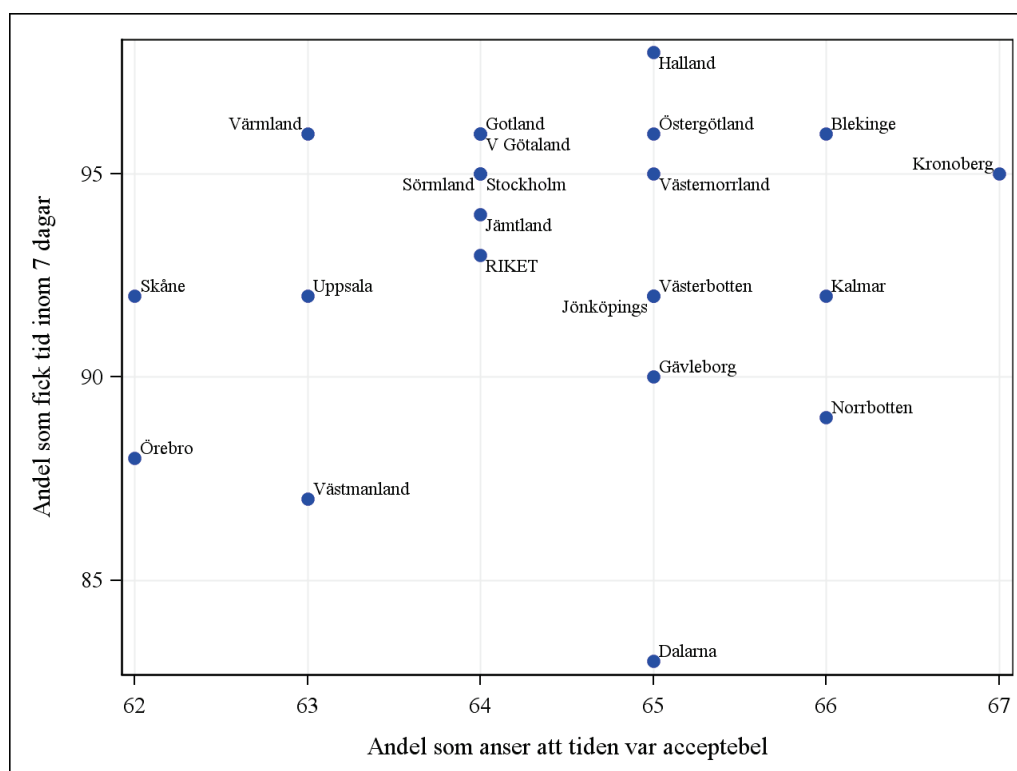
Figur 4: Samband mellan telefontillgänglighet i primärvården och svaren på frågan "Hur upplever du mottagningens telefontillgänglighet?" i Nationell Patientenkät år 2011



Källa: SKL – Nationell Patientenkäten och väntetidsdatabasen.

Figur 4 visar att det finns ett starkt samband² mellan andelen besvarade telefonsamtal i primärvården och patientnöjdheten. Många landsting har samlats i diagrammets övre högra hörn, vilket innebär att landstingen har en hög andel besvarade telefonsamtal och hög andel nöjda patienter. I Värmland besvarade primärvården drygt 80 procent av telefonsamtalen under samma dag, vilket också återspeglar sig i fler missnöjda patienter. Kalmar har störst andel nöjda patienter och en hög andel besvarade telefonsamtal.

Figur 5: Sambandet mellan läkarbesök inom sju dagar i primärvården och frågan "Vad anser du om tiden du fick vänta?" i Nationella Patientenkät år 2011



Källa: SKL – Nationell Patientenkäten och väntetidsdatabasen.

Figur 5 visar att det även här finns ett positivt, men svagt, samband³ mellan andelen patienter som fick träffa en läkare inom sju dagar och patienter som anser att tiden de fick vänta var rimlig. I analysen utmärker sig Dalarna genom att tillgängligheten i primärvården är lägre än i andra landsting, men patienterna är inte mindre nöjda än i flera landsting som har bättre tillgänglighet. Halland har den högsta tillgängligheten, men patienterna är inte mer nöjda än i Dalarna.

² Korrelationskoefficient 0,628.

³ Korrelationskoefficient 0,149.

Vårdgarantin och väntetider inom den specialiserade vården

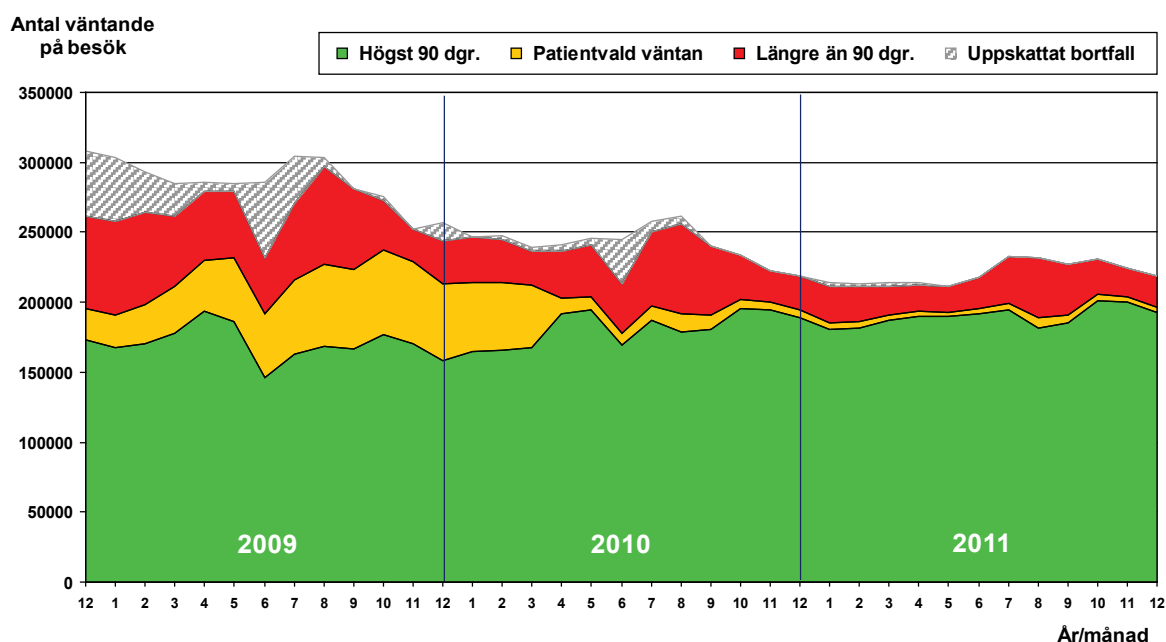
Väntetid till specialistbesök

Sammanställningen av uppgifter från SKL:s databas visar att det totala antalet patienter som väntar på ett specialistbesök minskade med 10 procent under 2009 och 2010, men också att ingen förändring skedde mellan 2010 och 2011 (figur 6).

Det är framför allt de patienter på väntelistan som väntar 90 dagar eller längre som har minskat i antal. Antalet som väntar kortare tid ökade något under 2011. Det totala antalet väntande till specialistbesök var drygt 243 000 i december 2009, medan det i december 2011 fanns 218 000 väntande patienter.

I figur 6 framgår också att det antal patienter som själva väljer att vänta har minskat kraftigt under det senaste åren. Detta torde huvudsakligen förklaras av den förändring i definitionen av detta begrepp som har genomförts (se avsnittet ”Enhetliga definitioner av väntande och väntetider”). I maj 2010 utarbetade SKL tillsammans med landstingen riktlinjer för att förtydliga begreppet, vilket innebär att alla jämförelser mellan åren ska göras med försiktighet.

Figur 6: Antal väntande patienter för besök inom den specialiserade vården 2009–2011 i riket



*Skattningen är gjord av Socialstyrelsen.

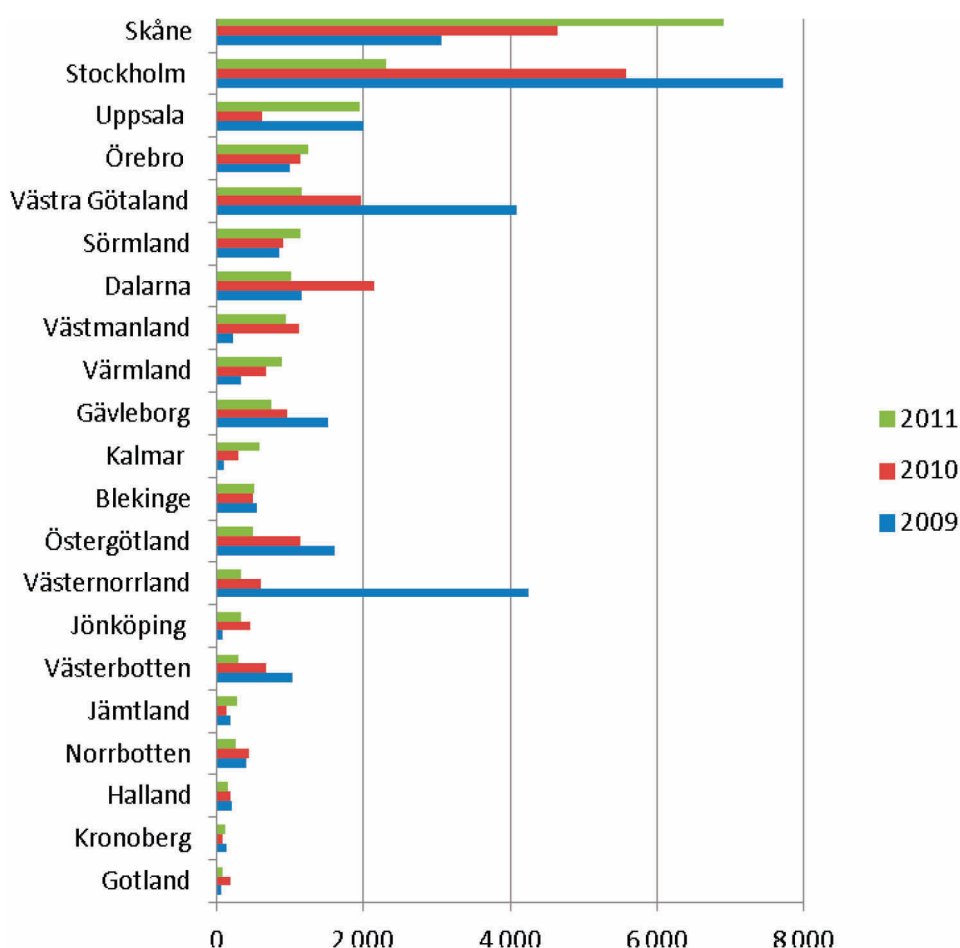
Källa. SKL – väntetidsdatabasen.

Antalet patienter som hade väntat längre än 90 dagar på väntelistorna till specialistbesök var drygt 30 500 i december 2009 och drygt 24 300 i december 2010. I december 2011 hade antalet minskat ytterligare något till drygt 21 700.

Figur 7 visar antalet patienter som fick vänta längre än 90 dagar per landsting under åren 2009–2011, då de patienter som valt att vänta längre än 90 dagar har tagits bort. Det är dock svårt att jämföra utvecklingen över åren eftersom det även skedde en förändring av definitionen av ”patientvald väntan” våren 2010. Detta innebär till exempel att den stora ökningen av antalet som väntade mer än 90 dagar i Skåne kan bero på tolkningen av regelverket, vilket även gjorde att antalet väntande för åren 2009 och 2010 kan antas vara underskattade.

Från våren 2010 och framåt har definitionerna varit desamma, vilket underlättar en jämförelse över tid. För väntelistorna totalt i landet minskade antalet som väntar över 90 dagar med 2 600 patienter mellan december 2010 och december 2011. Det finns dock stora variationer i utvecklingen mellan landstingen. En omfattande minskning av antalet patienter som väntar 90 dagar eller mer skedde under 2011 i Stockholm, Dalarna, Östergötland, Västerbotten, och Gotland, medan antalet ”långväntare” ökade mest i Uppsala, Kalmar och Jämtland.

Figur 7. Antal patienter på väntelistan som väntade längre än 90 dagar på besök till specialist december 2009–2011 (exklusive patientvald väntan)



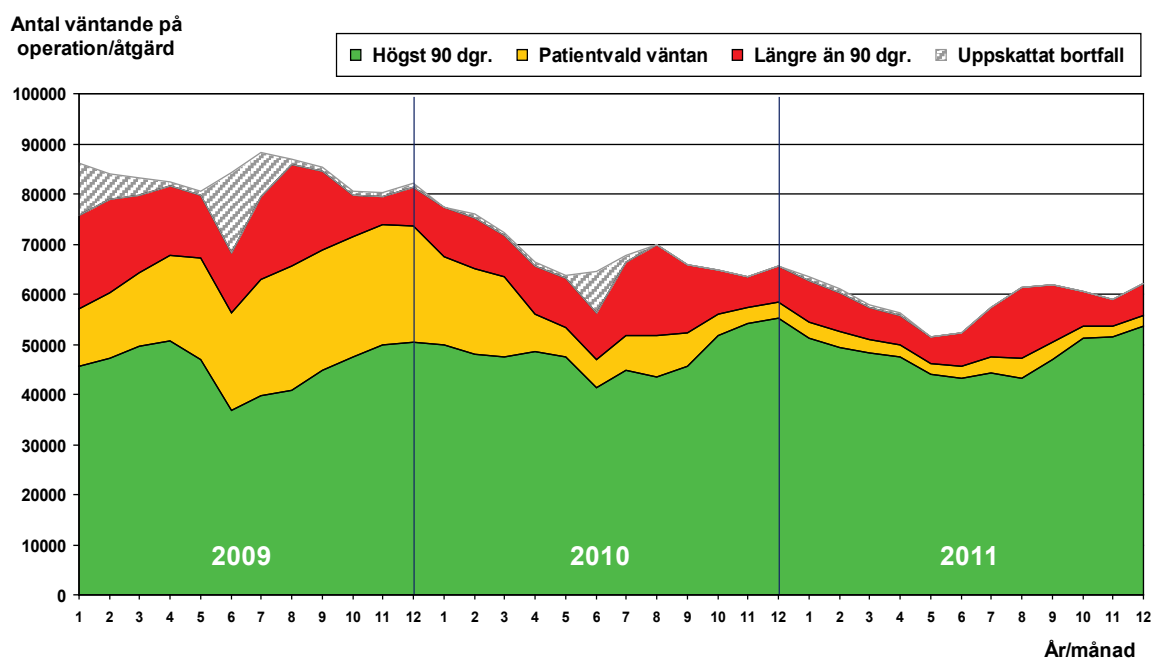
Källa: SKL: väntetidsdatabasen.

Väntetid till behandling

Det totala antalet patienter som får vänta på en behandling eller åtgärd minskade mellan 2009 och 2010 med 20 procent och under 2010 och 2011 med ytterligare 5 procent (figur 8). Antalet väntande var 81 000 i december 2009 och 62 000 i december 2011.

Antalet patienter på väntelistorna som väntar längre än 90 dagar svarar för en del av nedgången medan förändringarna i definitionerna av ”patientvald väntan” och ”medicinskt orsakad väntan” svarar för den största delen. Figur 8. Antal väntande patienter på operation/åtgärd inom den specialiserade vården 2009–2011 i riket.

Figur 8. Antal väntande patienter på operation/åtgärd inom den specialiserade vården 2009–2011 i riket



*Skattningen är gjord av Socialstyrelsen.

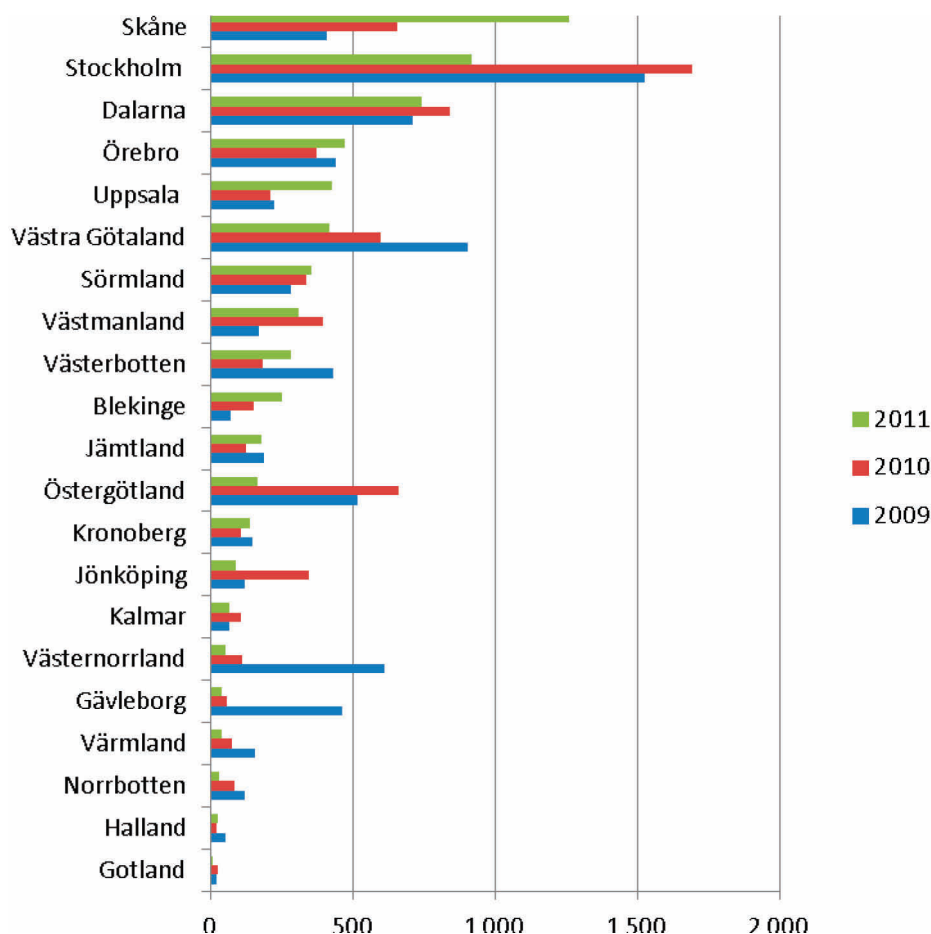
Källa: SKL: väntetidsdatabasen.

Antalet patienter på väntelistorna till behandling som väntat i över 90 dagar minskade från drygt 7 600 i december 2009 till drygt 7 100 i december 2010. I december 2011 stod det knappt 6 300 patienter på väntelistorna som hade väntat i mer än 90 dagar.

I figur 9 visas antalet patienter på väntelista som fick vänta längre än 90 dagar i de olika landstingen. Samma förhållande som för väntetiden till besök gäller för dessa uppgifter, det vill säga att det på grund av förändringar i definitioner är svårt att göra en jämförelse som omfattar alla tre åren.

En jämförelse av antalet väntande som fick vänta i mer än 90 dagar mellan de två senaste årsskiftena visar att antalet har ökat i nio landsting och minskat i tolv landsting. Den största ökningen av ”långväntande” patienter hade Uppsala och Skåne medan Gotland, Östergötland och Jönköping hade den största minskningen under samma period.

Figur 9. Antal patienter på väntelistan som hade väntat längre än 90 dagar på behandling/åtgärd december 2009–2011 (exklusive patientvald väntan)



Källa: SKL: väntetidsdatabasen.

Generellt visar uppgifterna från väntetidsdatabasen att det finns en positiv trend i den meningen att allt färre patienter på väntelistorna har väntat i mer än 90 dagar.

Flera tänkbara förklaringar kan diskuteras till denna utveckling. Utöver att det har skett minskning av antalet aktivt väntande skulle nedgången kunna tillskrivas administrativa åtgärder av typen ”körensning” eller bero på att regelverket för vilka som ska räknas som väntande förändrats. Så har till exempel de patienter som tidigare rubricerades som medicinskt orsakad väntan tagits bort från redovisningen.

Om man enbart ser till utvecklingen under 2011, då definitionerna var oförändrade, visar uppgifterna att det totala antalet patienter som väntar på specialistbesök respektive väntar på behandling var relativt oförändrat under året. En viss variation förekom under året, men denna torde helt kunna tillskrivas en naturlig säsongsvariation (se nedan). Några landsting förbättrade sin väntetidssituation, men detta tycks till stor del uppvägas av att andra landsting ökade antalet patienter på väntelista.

Variation i väntetider under året

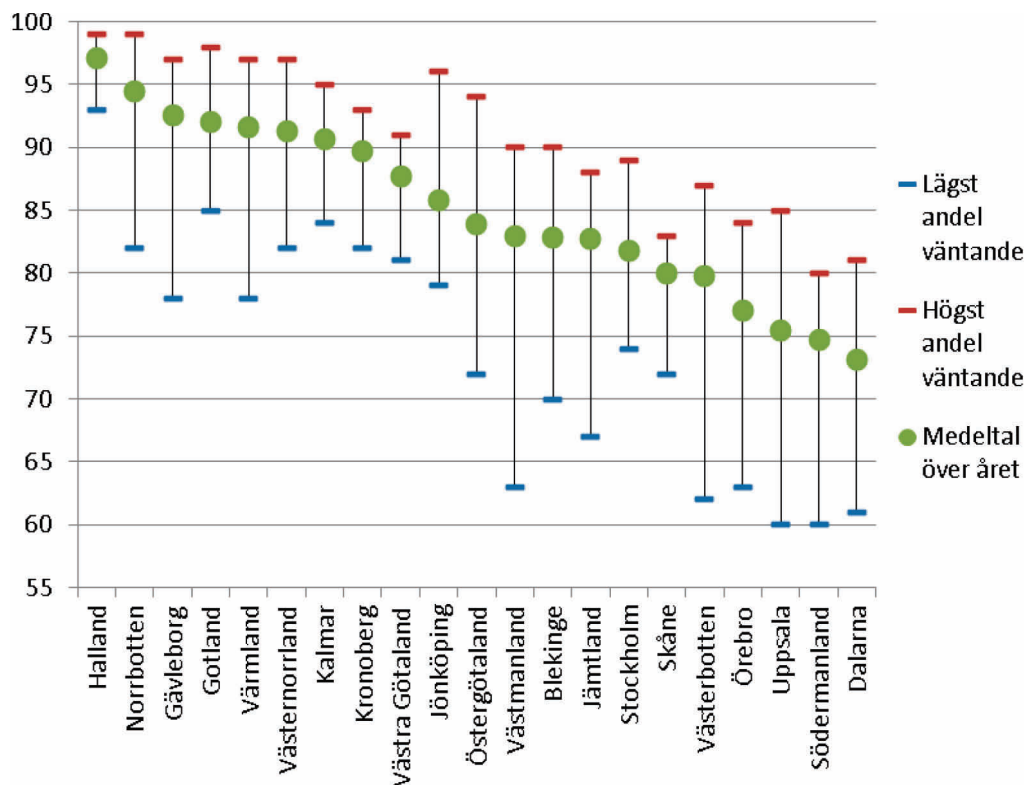
Sedan tidigare är det känt att väntetiderna ofta varierar över året, vilket har sin förklaring i de säsongsvariationer som finns i verksamheten i samband med helger och semesterperioder. Eftersom det kan antas att ett landsting med mindre variationer över året har en verksamhet i bättre balans har Socialstyrelsen studerat de månadsvisa mätningarna i SKL:s väntetidsdatabas.

Underlaget visar att augusti är den månad då andelen patienter som har väntat i mindre än 90 dagar är som lägst medan vintermånaderna har en högre andel av patienterna som har väntat i mindre än 90 dagar.

Figur 10 bygger på uppgifter om hur stor andel av dem som fanns på väntelista vid månadsskiftena under 2011 som hade väntat i mindre än 90 dagar. ”Staplarna” i figuren visar spridningen mellan den månad som hade lägst andel väntande som väntat i mindre än 90 dagar och den månad då andelen av de väntande var som högst. Landstingen har i figuren sorterats efter den genomsnittliga andelen som hade väntat mindre än 90 dagar under året.

Halland utmärker sig inte bara som landstinget med störst andel patienter på väntelistan som hade väntat mindre än 90 dagar (99 procent). Det är också det landsting som visar den minsta spridningen mellan den månad då andelen väntande mindre än 90 dagar var lägst, och den månad den var högst: 93 procent respektive 99 procent. Figuren visar att spridningen i andelen väntande över året tenderar att vara större i de län där andelen med en väntetid på mindre än 90 dagar är lägre.

Figur 10. Variation under året i andel patienter på väntelistan som fick vänta i högst 90 dagar på behandling/åtgärd 2011



Källa: SKL väntetidsdatabasen.

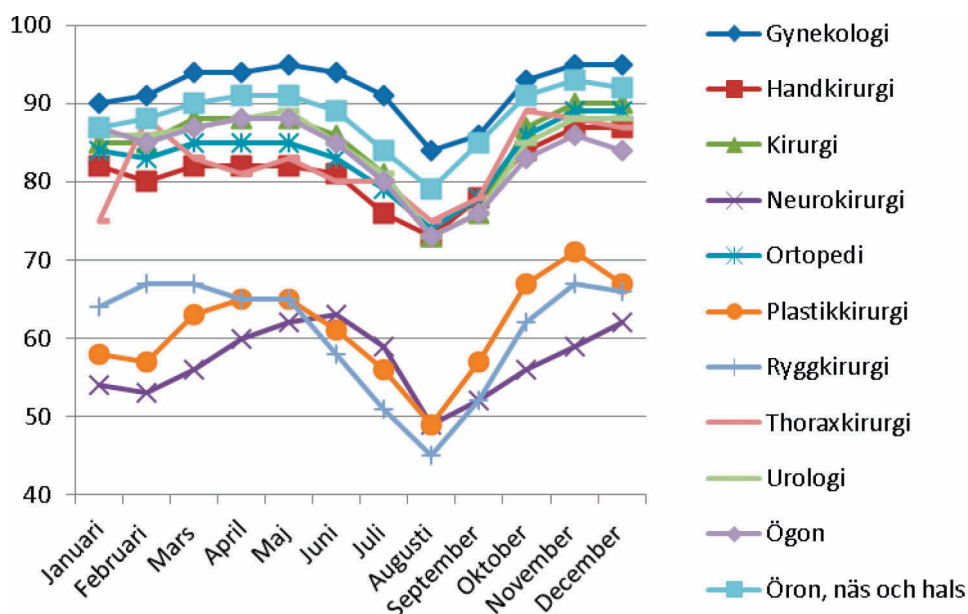
Väntetider till behandling och åtgärd per specialitet

Den första vårdgarantin från 1992 var avgränsad till tolv åtgärder som hade speciellt långa och problematiska väntetider. Det rörde sig huvudsakligen om kirurgiska ingrepp där teknologikutvecklingen har varit stark, vilket medfört att allt fler patientgrupper kunde behandlas framgångsrikt.

Den nuvarande garantin omfattar all vård, men det är väl känt att väntetidernas omfattning varierar mellan olika verksamhetsområden. I de tidigare uppföljningarna av vårdgarantin har Socialstyrelsen inte specifikt studerat väntetidssituationen inom olika specialiteter eller vid olika behandlingar. SKL:s databas erbjuder emellertid sådana möjligheter för 42 åtgärder inom elva kirurgiska specialiteter och myndigheten har därför gjort en analys där väntetiderna för dessa områden redovisas.

Av figur 11 framgår hur stor andel av patienterna på väntelistorna under år 2011 som väntat mindre än 90 dagar på en operation eller annan åtgärd inom de olika specialiteterna.

Figur 11. Andel patienter på väntelista som väntade i mindre än 90 dagar för behandling per specialitet per månad under 2011



Källa: SKL: väntetidsdatabasen.

Tre specialiteter utmärker sig från de övriga genom att de hade den lägsta andelen patienter som väntat mindre än 90 dagar, nämligen neuro-, rygg- och plastikkirurgi. Den högsta andelen patienter som väntade på behandling i mindre än 90 dagar finns inom gynekologi.

Inom ortopedi fanns den högsta andelen väntande då 11 procent av drygt 21 000 patienter fick vänta på behandling i längre än 90 dagar. Bilaga 5 visar även att patienter som fick vänta på behandling i längre än 90 dagar har

minskat inom nio specialiteter, medan en ökning har skett inom ögonsjukvård och ryggkirurgi.

Inom ögonsjukvården ökade det totala antalet väntande med 9 procent mellan 2010 och 2011, och andelen som väntade längre än 90 dagar ökade med 42 procent. Inom urologi fick 11 procent vänta på behandling i längre än 90 dagar, vilket kan jämföras med gynekologi där andelen var 5 procent. I avsnittet "Väntetid, produktion och indikationer" studeras utvecklingen inom de olika specialiteterna ytterligare.

Kömiljarden

Socialstyrelsens samlade iakttagelser

- Kraven på landstingen för att få del av kömiljarden skärptes under perioden och landstingen får därmed allt svårare att svara upp mot de krav som ställs.
- Skillnaderna i ersättning landstingen emellan har ökat. Under 2011 fick exempelvis Halland 590 kronor per invånare medan Örebro fick 11 kronor per invånare.
- Ersättningen under 2011 utgjorde mellan 0,05 och 2,96 procent av landstingens nettokostnader.
- I de landsting som har fått en högre ersättning från kömiljarden är det också en högre andel av patienterna som enligt den nationella patientenkäten anser att väntetiden till specialistbesök var acceptabel. Andelen patienter som är nöjda med tillgängligheten inom den specialiserade vården är dock generellt låg, det vill säga mellan 30 och 40 procent i de olika landstingen.
- Sambandet mellan ersättningen från kömiljarden och patienternas uppfattning om väntetiderna inte är lika starkt när det gäller att få tid till behandling.
- I 14 landsting har ersättningen gått till åtgärder för att förbättra tillgängligheten, och 9 av dessa landsting har målrelaterade ersättnings-system. 7 landsting har använt medlen som en del i landstingets samlade finansiering.

Inledning

Väntetidsstatistiken för den planerade specialiserade vården utgör grunden för landstingens ersättning från kömiljarden. Regelverket för att få ersättning från kömiljarden ändrades mellan 2009 och 2010 samt mellan 2010 och 2011. Under 2009 exkluderades patientvald väntan i kömiljardstatistiken och under åren 2010 och 2011 skulle landstingen räkna in patientvald väntan i statistiken. I tabell 2 redovisas vilka prestationskrav som gällde under de olika åren.

Tabell 2. Regelverket för fördelning av kömiljarden under 2009–2011

År	Ersättning Mnkr	Specialistbesök	Behandling/ Åtgärd	Statistik
2009	900	80 %, 90 dagar	80 %, 90 dagar	Exkl. patientvald väntan. Svarsfrekvens 90 % Avstämning 1 gång/år
	100	90 %, 90 dagar	90 %, 90 dagar	
2010	900	80 %, 90 dagar	80 %, 90 dagar	Inkl. patientvald väntan. Svarsfrekvens 95 % 2 avstämningsperio- der
	100	90 %, 90 dagar	90 %, 90 dagar	
2011	800	70 %, 60 dagar	70 %, 60 dagar	Inkl. patientvald väntan. Svarsfrekvens 95 % Månadsvis avstäm- ning
	200	80 %, 60 dagar	80 %, 60 dagar	

Landstingens ersättning från kömiljarden

Tabell 3 visar vilka landsting som uppfyllde kömiljardens prestationskrav någon gång under åren 2009, 2010 och 2011. Fem landsting lyckades uppnå kömiljardens krav alla tre åren för både besök och behandling (Jönköping, Kalmar, Norrbotten, Gotland och Halland). 2011 skärptes kraven för att få ersättning och samtidigt gjordes avstämningen månatlig, vilket ställer mera varaktiga krav på arbetet med väntetider.

Under 2011 lyckades alla landsting uppnå 70-procentsgränsen när det gäller specialistbesök någon månad under året medan sex landsting varken lyckades uppnå 70- eller 80-procentsgränsen när det gäller väntetider till behandling. Halland klarade kraven även under sommarmånaderna och fick ensam ta emot hela månadsersättningen för augusti.

Sammantaget medförde detta att ersättningen från kömiljarden varierade mycket mellan landstingen under 2011, från drygt 3 miljoner kronor till 178 miljoner kronor (bilaga 6). Utslaget per invånare i landstingen varierade ersättningen från 11 kronor till 590 kronor per invånare under 2011 (figur 12). Av figur 12 framgår också att gapet blev större under 2011 jämfört med 2009 och 2010.

Tabell 3. Landstingens kömiljard, måluppfyllelse inom specialiserad vård i någon månad/period under året 2009–2011 enligt regelverket

Landsting	2009				2010				2011			
	Specbesök		Behandling		Specbesök		Behandling		Specbesök		Behandling	
	80 %	90 %	80 %	90 %	80 %	90 %	80 %	90 %	70 %	80 %	70 %	80 %
Jämtland												
Blekinge												
Dalarna												
Gävleborg												
Jönköping												
Kalmar												
Uppsala												
Värmland												
Östergötland												
Kronoberg												
Sörmland												
Västernorrland												
Västmanland												
Norrbotten												
Gotland												
Halland												
Skåne												
Stockholm												
Västerbotten												
Västra Götaland												
Örebro												

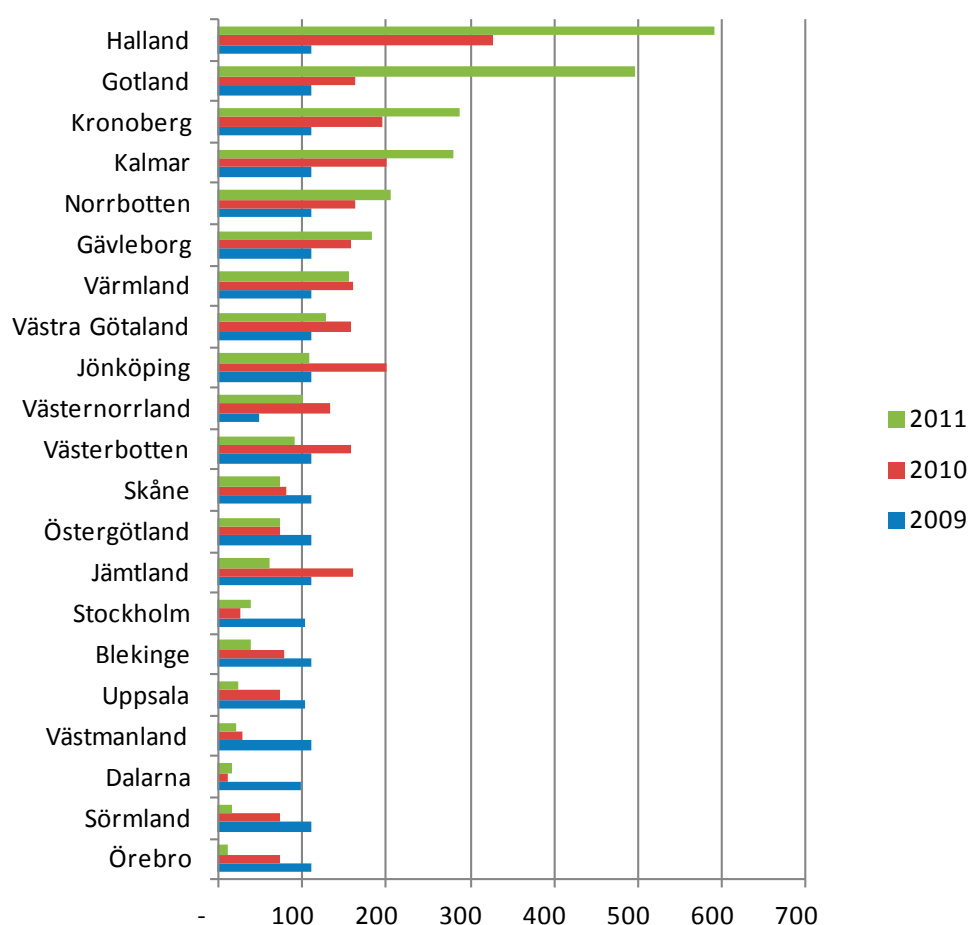
Fick inte ersättning
 Fick ersättning

Källa: Regeringskansliet.

Ersättningen från kömiljarden 2011 motsvarade 2,96 procent av landstingets nettokostnader i Halland, medan den i Örebro motsvarade 0,05 procent (bilaga 6).

Enkätundersökningen från 2011 visar att landstingen tillämpar olika fördelningsmodeller för ersättningen från kömiljarden. Nio landsting har uppgett att de ekonomiska medlen från kömiljarden fördelas enligt ett målrelaterat ersättningssystem. Vad gäller frågan hur medlen från kömiljarden har använts uppgav 14 landsting att ersättningen har använts för att förbättra tillgängligheten, medan 7 landsting har använt medlen som en del i landstingets samlade finansiering.

Figur 12. Landstingens ersättning från kömiljarden per invånare 2009–2011



Källa: Regeringskansliet.

Ersättningen från kömiljarden och patienternas uppfattning om väntetider

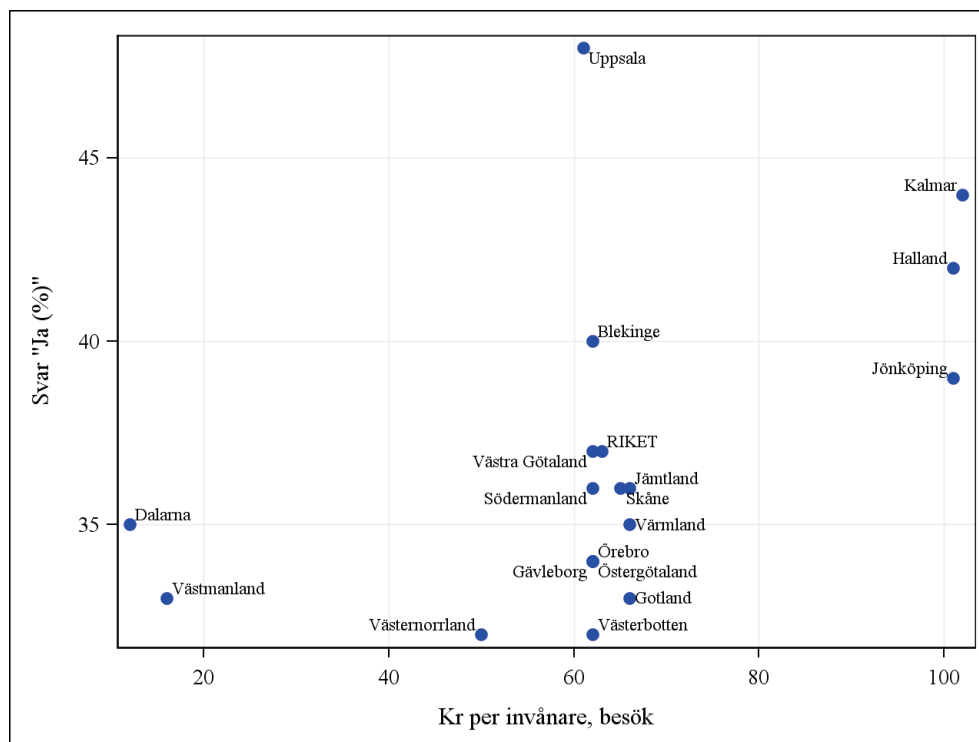
Specialistbesök

Eftersom ersättningen från kömiljarden delas ut till de landsting som klarar väntetidsmålen är den också en indikator på tillgängligheten i landstingen. En intressant fråga är då om det finns en överensstämmelse mellan ersättningen från kömiljarden och patienternas uppfattning om väntetiderna.

Den nationella patientenkäten genomförs inom flera områden, bland annat inom primärvård och specialiserad vård. Under våren 2010 genomfördes en enkät till patienter som hade besökt läkare inom den specialiserade vården. Närmare 88 000 patienter besvarade enkäten, vilket motsvarade en genomsnittlig svarsfrekvens för de deltagande landstingen på 61 procent. Landstingen Stockholm, Kronoberg och Norrbotten deltog emellertid inte i mätningen vid detta tillfälle.

I figur 13 jämförs den andel av patienterna som uppgav att de fick tid när de önskade i den specialiserade vården med ersättningen per invånare från kömiljarden 2010.

Figur 13. Samband mellan ersättning från kömiljarden för specialistbesök och patienternas uppfattning om väntetiderna i den Nationella Patientenkäten, år 2010



Tre landsting (Norrbotten, Stockholm och Kronoberg) saknas i enkätundersökningen.

Källa: SKL – Nationell Patientenkäten och väntetidsdatabasen.

Analysen visar att det finns ett positivt samband⁴ mellan dem som tycker att de fick tid för läkarbesök i den specialiserade vården så fort de önskade och ersättningen från kömiljarden i kronor per invånare.

Kalmar, Halland och Jönköping fick den högsta ersättningen per invånare och de hade även nöjdare patienter. I Dalarna, Västmanland och Västernorrland som fick lägst ersättning, var en mindre andel av patienterna nöjda med väntetiden. Ett landsting som avviker från det generella sambandet är Uppsala som fick en genomsnittlig ersättning, men samtidigt hade den största andelen nöjda patienter.

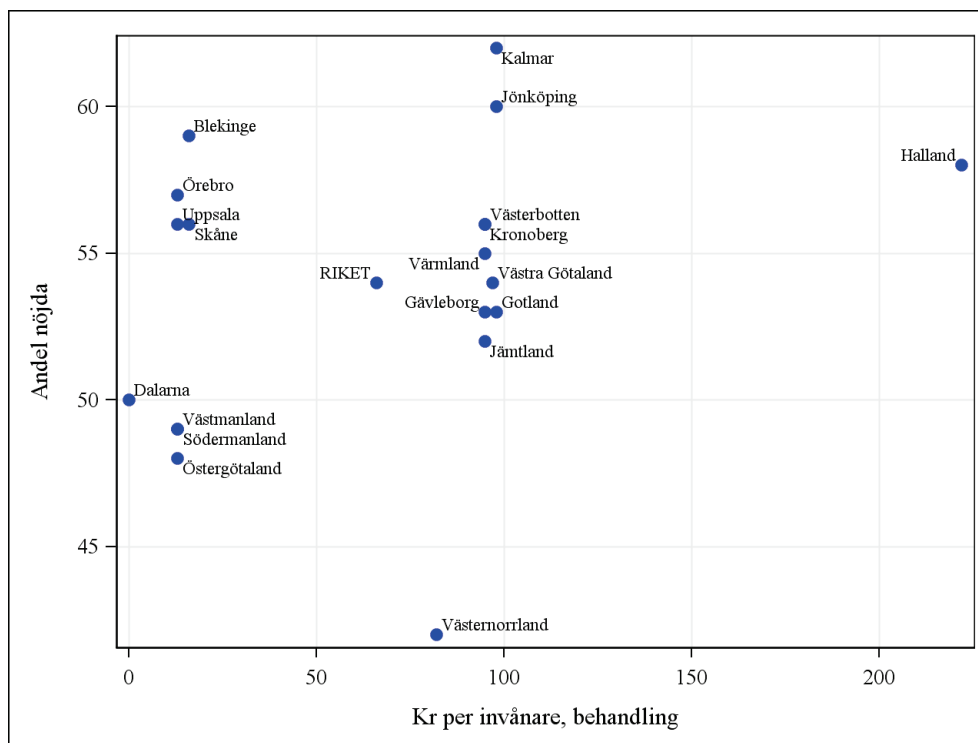
Slutsatsen är att det finns ett samband mellan ersättningens storlek från kömiljarden och andelen patienter som är nöjda med väntetiderna till specialistbesök. Andelen nöjda patienter i den nationella patientenkäten är dock generellt sett låg för besök hos en specialist, 30–40 procent.

⁴ Korrelationskoefficient 0,492.

Behandling

Våren 2010 inriktades den nationella patientenkäten på patienter som hade vårdats i slutenvård. Cirka 34 000 patienter besvarade enkäten, vilket motsvarade en svarsfrekvens på 67 procent. Stockholm och Norrbotten deltog inte i enkäten.

Figur 14: Samband mellan ersättning från kömiljarden för behandling och patienternas uppfattning om väntetiderna i den Nationella Patientenkäten, år 2010



Två landsting (Norrbotten, Stockholm) saknas i enkätundersökningen.

Källa: SKL: Nationell Patientenkäten och väntetidsdatabasen.

De flesta landsting fick omkring 100 kronor per invånare för slutenvård från kömiljarden och andelen nöjda patienter var mellan 42 och 62 procent. Figur 14 visar att det finns ett svagt positivt samband⁵ mellan ersättningen från kömiljarden per invånare och andelen patienter som tyckte att tiden de fick vänta på behandling var acceptabel.

Halland som fick högst ersättning hade även fler nöjda patienter än landstingen i Dalarna, Västmanland, Södermanland och Östergötland, som fick en relativt låg ersättning och också hade fler missnöjda patienter. Landstingen i Blekinge, Örebro, Uppsala samt Skåne fick en lägre ersättning från kömiljarden men hade trots det relativt nöjda patienter.

⁵ Korrelationskoefficient 0,289

Landstingens kommunikations- och informationsinsatser

Socialstyrelsens samlade iakttagelser

- Landstingens kommunikations- och informationsinsatser skiljer sig åt och i de flesta landsting finns brister när det gäller att informera såväl internt som externt kring vårdgarantins regelverk och hur det ska tillämpas.
- Det finns skillnader mellan landstingen i om, när och hur man kontaktar de patienter vars väntetid förmodas överstiga 90 dagar.
- En viss förbättring skedde mellan 2009 och 2011 när det gäller den information som ges till patienter som får vänta längre än 90 dagar.
- Endast ett fåtal landsting kan ge patienterna specifik information om när de kan få hjälp om de tackar ja till vård hos en annan vårdgivare än det egna landstinget.

Inledning

För att vårdgarantin ska fungera i praktiken är det nödvändigt att såväl befolkning och patienter som vårdgivare har god kännedom om vårdgarantins regelverk och innehåll. Information och kännedom om vårdgarantin har därför varit ett viktigt tema i Socialstyrelsens uppföljningar av vårdgarantin.

För att få kunskap om hur landstingen kommunicerar internt och externt kring vårdgarantin genomförde Socialstyrelsen under 2010 en enkät till landstingens informationschefer. Enkäten fokuserade på förhållandena vid två tidpunkter, 2005/2006 respektive 2009. Syftet med att välja dessa två tidpunkter var att få en bild av vad införandet av den nya vårdgarantin betydde kommunikativt och sedan jämföra det med de insatser som landstingen kommunikativt gjorde 2009. Enkäten innehöll följande fyra delområden:

- landstingets kommunikation om vårdgarantin med allmänheten och länsinvånarna
- landstingets kommunikation om vårdgarantin med patienter som riskerar att få vänta längre tid än 90 dagar på besök och operation eller åtgärd
- uppföljningen av landstingets kommunikation om vårdgarantin
- landstingets prioriteringar kring kommunikationen som rör vårdgarantin.

I detta avsnitt presenteras en sammanfattning av de studier som har gjorts kring landstingens informations- och kommunikationsinsatser. Redogörelsen har också kompletterats med intryck från de landstingsbesök inom ramen för uppdraget som Socialstyrelsen genomförde under 2009 och 2010,

samt med information som tillkommit vid SKL:s nätverksträffar för bland annat vårdgarantisamordnare och informationschefer.

Avsnittet avslutas med en redogörelse av vilken information patienter som inte kan få en tid inom vårdgarantigränsen får. Dessa uppgifter har hämtats från de enkäter till väntetidssamordnarna som myndigheten genomförde 2009 respektive 2011.

Landstingens externa kommunikation kring vårdgarantin

Enkäten visade att arbetet med att kommunicera och informera om vårdgarantin har involverat flera organisatoriska nivåer i en majoritet av landstingen och att även lokal personal har medverkat i de kommunikativa insatserna [5].

I de landsting som har lagt ansvaret helt eller delvis på central nivå genomfördes arbetet företrädesvis av sjukvårdsförvaltningen och ibland den centrala enheten för vårdgarantifrågor, snarare än den centrala informationsavdelningen. Svaren visade att landstingens insatser och organisation för att kommunicera vårdgarantin var mycket olika under såväl 2005/2006 som 2009 [5].

Av enkätsvaren 2009 framgick att kommunikationen med länsinnevånarna minskade något i prioritet över tid, medan kommunikationen med patienter ökade något. Förskjutningen framkom även i samband med Socialstyrelsens landstingsbesök 2009 och 2010. För att nå patienter med information om vårdgarantin använde landstingen framför allt remissbekräftelser och kallelser. Andra vanliga sätt att informera om vårdgarantin var genom brev och telefonkontakt eller genom att diskutera ämnet vid ett besök.

Flera landsting beskrev att de 2005/2006 genomförde breda insatser som var riktade till allmänheten, men att de därefter har "legat lågt". Ett skäl som angavs var rädsla för att fortsatta satsningar skulle skapa förväntan och ett tryck från patienter och anhöriga som landstingen sedan inte kunde leva upp till [5]. I Socialstyrelsens enkätundersökning 2011 angående generell information om vårdgarantin till patienter ansåg tre landsting att de fortfarande hade stor förbättringspotential när det gällde information till patienterna.

Under 2011 gick Socialstyrelsen igenom samtliga landstings externa webbplatser, "1177.se" samt "vardguiden.se". I hälften av landstingen fanns "lyssnarfunktion" knuten till hemsidorna. I nio landsting fanns informationen om vårdgarantin på andra språk än svenska. Bland Sveriges fem officiella språk förekom i några landsting översättningar till finska och jiddisch. I sju landsting gick informationen att få på lättläst svenska och i fyra fanns information på teckenspråk.

Landstingens interna kommunikation kring vårdgarantin

I enkäten till landstingens informationschefer 2010 ingick en fråga om vem eller vilka som svarade för utvecklingen av den interna kommunikationen. Svaren visade att ansvaret för att utveckla och internt kommunicera hur landstinget ska tillämpa vårdgarantins regelverk ligger på central nivå i flertalet landsting. I de fall ansvaret var decentraliserat till förvaltningarna, avdelningarna och klinikerna fungerade den centrala informationsavdelningen

som stöd och sammanhållande länk. Endast något enstaka landsting svarade att det interna arbetet hade utvecklats utan något sådant stöd. Av svaren framgick även att samtliga landsting hade ett eget, pågående kommunikationsarbete om vårdgarantin. När landstingen uppskattade hur aktiva de hade varit i att kommunicera vårdgarantin till de privata vårdgivarna framkom att kontakterna hade ökat, men att aktiviteten generellt sett var lägre jämfört med stödet till den egna organisationen.

Flera olika kanaler används för att nå de anställda och de privata utförarna. Egna hemsidor och intranät nämndes av samtliga landsting som vägar för att nå ut med information. Även särskilda informationsträffar och internutbildningar togs upp som former för kommunikation kring vårdgarantin.

Flertalet informationschefer ansåg att det interna kommunikationsarbetet kring vårdgarantin förändrades mellan 2006 till 2010. Det man främst lyfte fram var att tillgänglighetsfrågan fick ökad prioritet. Något fler än hälften av cheferna ansåg att innehållet i den information man förmedlade hade utvecklats och blivit mer omfattande. Vad gäller innehållet i det informationsmaterial som landstinget tillhandahåller som stöd till personalen nämnde samtliga landsting vårdgarantins innehåll, garantins syfte samt vart patienterna ska vända sig med frågor. Flertalet landsting förmedlade även information som förklarar att det är landstingets ansvar att aktivt erbjuda en annan vårdgivare samt var medarbetarna skulle vända sig med frågor samt vilket stöd som finns att tillgå för medarbetarna.

Rutiner då landstingen inte uppfyller vårdgarantins gränser

I enkäten till landstingens väntetidssamordnare 2011 framgick att det fortfarande finns många patienter som inte kontaktas av landstingen när väntetiden kan förmodas överstiga 90 dagar. Sju landsting uppskattade att de kontaktar minst 70 procent av patienterna. Sex landsting sade sig inte känna till hur stor andel av patienterna som kontaktas. En orsak till att man inte visste var att informationsansvaret ligger på klinisknivå och därför vet man inte hur stor andel av patienterna som blir informerade.

Enligt enkätsvaren 2009 informerades patienterna i 16 landsting om att landstinget stod för merkostnader om patienten vårdades på en annan klinik eller ett annat sjukhus liksom om vart man som patient kunde vända sig med frågor.

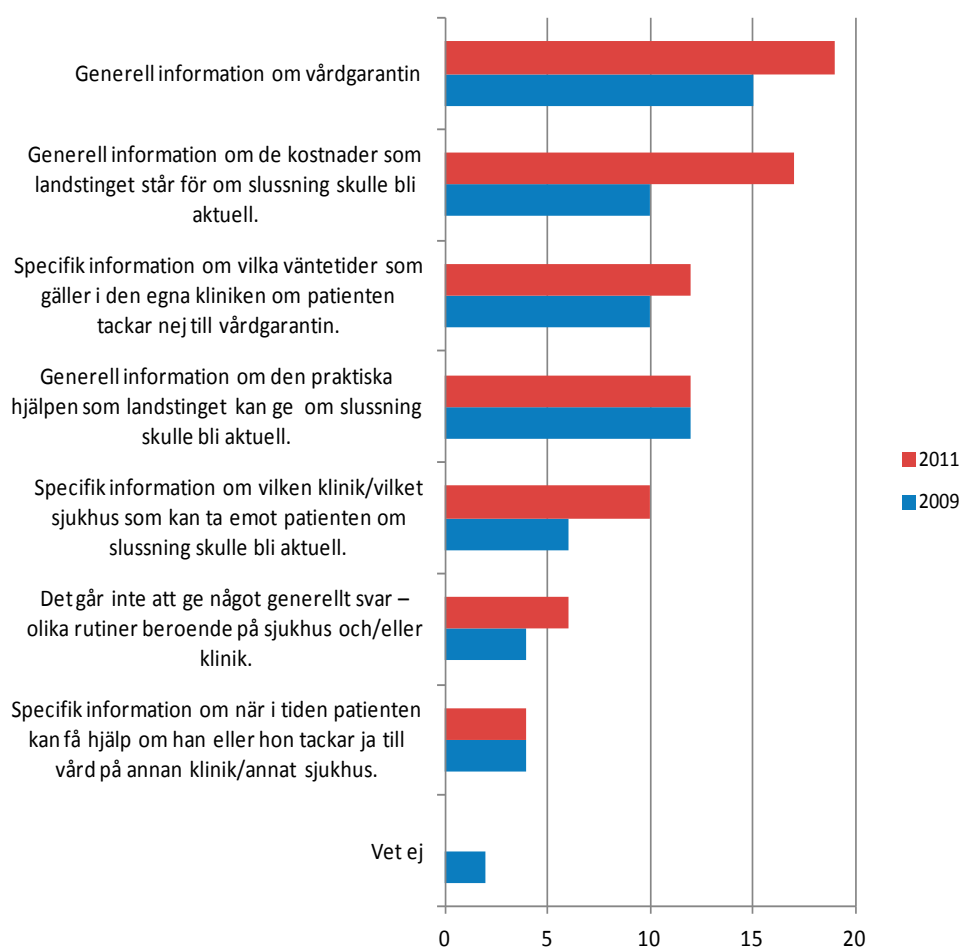
Rutinerna varierade för arbetet kring patienter för vilka vårdgarantitiden har överskridits. Flera landsting skickar information till patienten i samband med remissbekräftelsen. Brevet innehåller då information om aktuella väntetider till nybesök, operation och åtgärd, samt förklarar att en tid kommer att erbjudas inom 90 dagar eller att det inte kan erbjudas. I några landsting finns vårdgarantisamordnare, koordinators eller vårdlotsar som har det huvudsakliga informationsansvaret när det gäller de patienter som inte kan få vård inom garantins tidsgräns.

I enkäten 2011 fick landstingen svara på om de har någon policy för hur beslutsunderlagen bör se ut i samband med att patienterna ska ta ställning till om de tackar ja eller nej till ett erbjudande om vård på en annan klinik eller ett annat sjukhus. Tio landsting uppgav att de inte har någon sådan policy. Nio landsting har en policy kring dessa frågor. Två landsting angav att

de inte vet om de har någon policy eller inte. Jämfört med undersökningen 2009 minskade antalet landsting som säger att de har en policy, från 13 till 10.

Patienter som förmodas få vänta längre än i 90 dagar får enligt landstingen främst ”generell information om vårdgarantin”, ”information om vilka kostnader landstingen står för om patienten väljer vård av en annan vårdgivare” och ”information om hur långa väntetiderna är till landstingens kliniker” (figur 15).

Figur 15. Information som lämnas till patienter som förväntas vänta längre än 90 dagar (flera svarsalternativ var möjliga)



Källa: Enkät svar från 2009, 2011, Socialstyrelsen.

På frågan om det finns någon skillnad i den information som landstingen ger till patienter om vård enligt vårdgarantin, beroende på om det gäller det egna landstinget eller vård i ett annat landsting, svarade 4 landsting ”ja”. Två landsting visste inte och resterande 15 landsting svarade att det inte var någon skillnad. Nedan ges två exempel på svar som visar på vilket sätt informationen kan skilja sig:

När vi kan erbjuda kortare väntetid på annan enhet inom landstinget, kontaktas den enskilde direkt per telefon eller på annat lämpligt sätt.

Alla patienter får initialt den information som individen behöver. Om det sen genererar en annan vårdgivare ser informationen lite olika ut.

Befolkningens kännedom och attityder

Socialstyrelsens samlade iakttagelser

- Allmänhetens kännedom om vårdgarantin är förhållandevis låg.
- Allmänheten är nöjdare med väntetiderna inom primärvården än inom den specialiserade vården
- Allmänheten vet inte vart de ska vända sig för att få information eller för att påtala att de har fått vänta för länge. Det är tydligt att de nuvarande kommunikationsinsatserna inte har fungerat på ett tillfredsställande sätt.

Inledning

Som tidigare framförts är landstingens kommunikation med såväl länsinvånare och patienter som hälso- och sjukvårdspersonal en av nyckelfaktorerna för att vårdgarantins intentioner ska kunna uppfyllas.

I detta avsnitt redovisas en sammanfattning av den telefonundersökning av allmänhetens kännedom och erfarenhet av vårdgarantin som Socialstyrelsen lät genomföra hösten 2010 och som presenterades i Socialstyrelsens rapport från 2010 [5]. Avsnittet avslutas med en jämförande analys av Vårdbarometerns [4] frågor om vad allmänheten anser om tillgängligheten i landstingen och de väntetider som redovisas i SKL:s databas. Uppgifterna i SKL:s databas utgör grunden för uppföljningen av vårdgarantin och tilldelningen från kömiljarden.

Telefonundersökning

Hösten 2010 lät Socialstyrelsen göra en telefonundersökning av allmänhetens kännedom och erfarenhet av vårdgarantin. Totalt intervjuades 4 200 personer, 200 i varje landsting, 18 år och äldre [5]. Undersökningen gjordes utifrån ett slumpmässigt urval av hushåll. Svarsfrekvensen var 50 procent, vilket är en normal svarsfrekvens i telefonundersökningar bland allmänheten.

Undersökningen visade att 92 procent av de intervjuade kunde påminna sig att de hade hört talas om vårdgarantin. Av dessa uppgav 30 procent att de kände till reformen mycket eller ganska bra. Kännedomen varierade beroende på ålder, kön, utbildning och födelseland. Personer som arbetade inom vård och omsorg eller med sjukvårdsfrågor hade en något högre kännedom än övriga tillfrågade.

Av dem som kände till vårdgarantin kunde 57 procent ange att vårdgarantin handlade om tidsgränser för väntetider i vården. Andelen som visste vad vårdgarantin innebar var högre i Stockholm och Gävleborg och lägre i Skå-

ne och Jönköping. De som ofta har kontakt med hälso- och sjukvården hade högre kännedom än de som har kontakt mer sällan. Av de olika tidsgränserna var det tidsgränsen för behandling och operation som allmänheten främst hade uppfattat. Femton procent av samtliga tillfrågade kände till den och 13 procent kände till tidsgränsen för ett första besök till specialistvården. Primärvårdens tidsgränser hade mycket få av de intervjuade hört talas om.

Drygt fyra av tio av dem som kände till vad vårdgarantin handlar om visste att landstinget hade ansvar för att aktivt erbjuda hjälp hos en annan vårdgivare. Ungefär lika många trodde att ansvaret låg på patienten. Bland dem som kände till vårdgarantin svarade sex av tio att de hade fått sin kännedom via "media" (tidningar, tv och andra medier).

Sextiosju procent av de respondenter som visste vad vårdgarantin innebar kände till att landstinget är kostnadsansvarig för eventuella merkostnader. Nästan en femtedel svarade att ansvaret låg på den enskilde och 15 procent svarade "vet ej".

I undersökningen fick de som visste vad vårdgarantin innebar ge sin syn på hur deras landsting levde upp till vårdgarantin. I genomsnitt svarade omkring en tredjedel att deras landsting levde upp till den "ganska eller mycket bra" och nästan en femtedel svarade "ganska eller mycket dåligt".

Av samtliga respondenter hade 4 procent någon eller flera gånger fått vänta så länge att de därför hade diskuterat med vården om möjligheten att få vård av någon annan vårdgivare. I nästan hälften av dessa fall hade diskussionen gällt en behandling eller operation och det hade företrädesvis skett i samband med första besöket till specialistvården. I de flesta fall, drygt sex av tio, var det vården som hade tagit upp frågan om vårdgarantin. I resterande fall var det patienten eller en anhörig eller bekant som hade frågat. Totalt 3 procent hade fått ett erbjudande om vård hos en annan vårdgivare, oavsett om det skett på vårdens eller personens eget initiativ. Erbjudandet gällde i första hand vård inom det egna landstinget.

Tre av fyra av dem som hade fått ett erbjudande accepterade det. De vanligaste skälen var att

- det inte spelade någon roll vid vilken mottagning eller sjukhus de vårdades
- de hade så ont och mådde så dåligt att det viktigaste var att få vård
- de var säkra på att få lika bra vård oavsett vem som gav den.

Bland dem som avstod vård var de främsta skälen att

- de inte ville vårdas så långt hemifrån
- det kändes för ansträngande att resa längre bort
- det hade inte någon avgörande betydelse om de fick vänta lite längre.

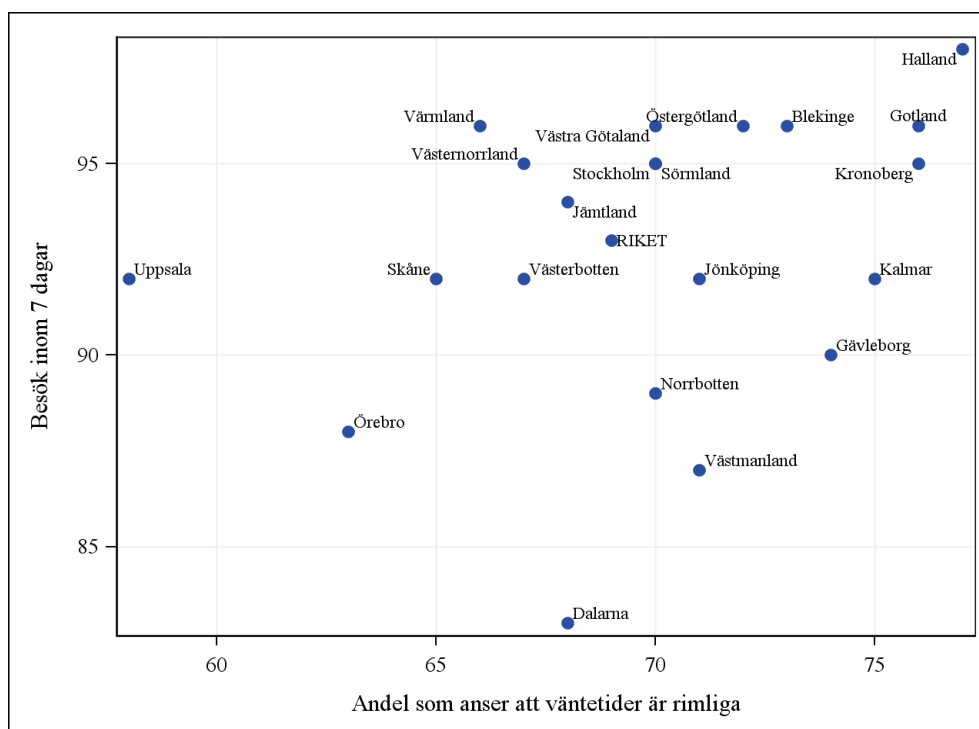
Efter att respondenterna hade fått veta vad vårdgarantin innebar fick de spontant svara på var de skulle ha sökt information om de ville ha ytterligare information. En tredjedel svarade "vet inte". 3 procent svarade "sjukvårdsrådgivningen 1177" eller "landstingets hemsida".

Samband med befolkningens uppfattning om vårdens tillgänglighet enligt Vårdbarometern och vårdens tillgänglighet

Vårdbarometern har genomförts årligen sedan 2001 (4). Datasamlingen sker genom telefonintervjuer med personer fyllda 18 år och äldre och undersökningen genomförs i samtliga landsting. I undersökningen 2011 intervjuades över 41 000 personer. Syftet med undersökningen är att fånga medborgarperspektivet i frågor som är kopplade till hälso- och sjukvården och att följa upp befolkningens upplevelse av vårdens tillgänglighet och attityder i olika frågor, för att därigenom identifiera förbättringsområden.

Socialstyrelsen har undersökt sambandet mellan landstingens måluppfyllelse när det gäller besök till primärvården inom 7 dagar respektive till specialistbesök inom 90 dagar och resultaten från Vårdbarometer undersökningen. Följande påståenden från Vårdbarometern har ingått i undersökningen: ”I mitt landsting är väntetider till besök på vårdcentralen/motsvarande rimliga” och ”I mitt landsting är väntetider till besök och behandling på sjukhus rimliga” (figur 16 och 17).

Figur 16. Samband mellan läkarbesök inom sju dagar i primärvården och svaren på påståendet ”I mitt landsting är väntetider till besök på vårdcentralen/motsvarande rimliga” i Vårdbarometern 2011 (%)



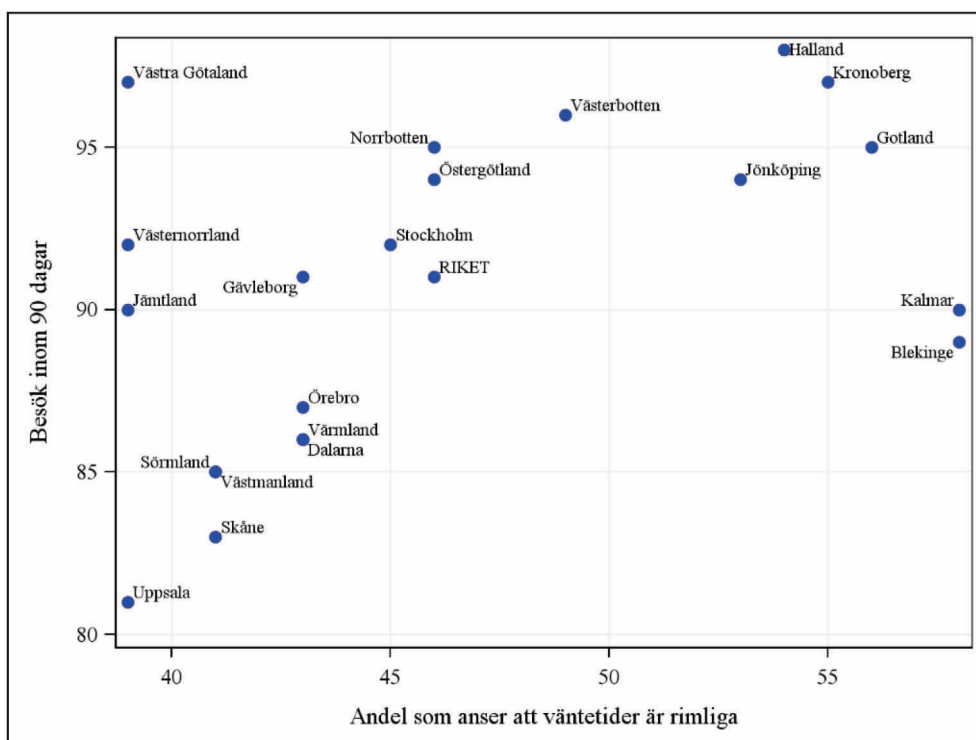
Källa: Vårdbarometern 2011 och SKL – väntetidsdatabasen hösten 2011.

Figur 16 visar att det finns ett positivt samband⁶ mellan andelen som fick träffa en läkare inom sju dagar och andelen som tycker att väntetiderna är rimliga i primärvården. Halland utmärker sig genom att ha hög tillgänglig-

⁶ Korrelationskoefficient 0,317.

het och en befolkning som i hög grad upplever att väntetiderna är rimliga. Dalarna har låg tillgänglighet men befolkningen är relativt nöjd. Uppsala har hög tillgänglighet men befolkningen tycker att väntetiderna är för långa. I alla landsting har det skett förbättringar när det gäller andelen av befolkningen som anser att väntetiderna är rimliga, jämfört med Vårdbarometerundersökningen från 2010. Sörmland utmärker sig genom att 13 procent fler i befolkningen tycker att väntetiderna är rimliga jämfört med 2010. I Skåne och Uppsala finns den största andelen av befolkningen som inte är nöjd med primärvårdens väntetider, 16 respektive 18 procent.

Figur 17. Samband mellan besök hos specialistläkare inom 90 dagar och svaren på påståendet "I mitt landsting är väntetider till besök och behandling på sjukhus rimliga" i Vårdbarometern 2011 (%)



Källa: Vårdbarometern 2011 och SKL – väntetidsdatabasen 2011.

Av figur 17 framgår att det även finns ett samband⁷ mellan andelen som får tid för ett specialistbesök inom 90 dagar och den andel av befolkningen som tycker att väntetiderna är rimliga.

Kalmar och Blekinge utmärker sig genom att ha högre andel av befolkningen som är nöjd trots sämre tillgänglighet än andra landsting. I Västra Götaland är förhållandet det motsatta; de har god tillgänglighet men befolkningen är mindre nöjd med väntetiderna. I Västernorrland finns den största andelen som är missnöjda med väntetiderna och Kalmar har den minsta andelen, 37 respektive 15 procent. Befolkningen är generellt mer missnöjd med väntetiderna till specialistvården än till primärvården, 44 respektive 69

⁷ Korrelationskoefficient 0,478.

procent genomsnittligt för landet. Även när det gäller hur befolkningen uppfattar tillgängligheten till specialistvården har det skett en förbättring jämfört med resultaten från Vårdbarometerundersökningen 2010.

Hälso- och sjukvårdspersonalens kännedom och attityder

Socialstyrelsens samlade iakttagelser

- Den kunskap som finns hos vårdpersonalen avseende vårdgarantin är inte tillräcklig. En god kännedom om vårdgarantin och dess regelverk är en förutsättning för att personalen ska kunna fullfölja sin uppgift att vägleda patienterna.
- Personalens attityd till vårdgarantin varierar men är mer positiv än attityden till kömiljarden.
- Personalens kännedom om ifall landstingen har fått del av kömiljarden och vad pengarna har använts till är låg.
- Enligt personalen är detta de främsta skälen till att man har nått upp till kraven för vårdgarantin och kömiljarden:
 - Bara aktuella patienter finns i väntelistan ("körensning").
 - Patientflödena har effektiviserats.
 - Verksamheten har fått större kundfokus.
 - Verksamheten har tydliga mål och alla i organisationen arbetar mot samma mål.
 - Både det interna och det externa samarbetet har ökat.

Inledning

Av regelverket för vårdgarantin framgår att vårdgivaren har en skyldighet att informera patienterna om vårdgarantins innehåll. För att vårdgarantin ska kunna tillämpas fullt ut är det avgörande att de som ansvarar för patientens vård också har goda kunskaper om garantin och om regelverket.

Följande avsnitt innehåller en kort sammanfattning av ESO-studien "Kåren och köerna" [6] samt en sammanfattning av resultaten från enkätundersökningar bland Västerbotten, Kronoberg, Norrbotten, Västra Götaland och Jämtland. Samtliga dessa undersökningar har redovisats i Socialstyrelsens tidigare uppföljningar av vårdgarantin och kömiljarden från 2010 och 2011 [3, 5].

I slutet av 2011 lät Socialstyrelsen också en utomstående konsult genomföra en intervjuundersökning med vårdpersonal i fyra landsting. Undersökningen var huvudsakligen kvalitativ och syftade till att Socialstyrelsen skulle få en mer djuplodande och diversifierad kunskap om olika personalgruppers kunskap om och attityd till vårdgarantin och kömiljarden.

Tidigare genomförda studier

Enkät till Sveriges ortopedier

ESO genomförde 2010 en studie av den medicinska professionens roll i styrningen av svensk hälso- och sjukvård med vårdgarantireformen som exempel. I studien diskuterades läkargruppens kännedom om och attityder till vårdgarantin, baserat på en enkätundersökning bland Sveriges ortopedier [6].

Av de cirka 500 ortopedier som deltog i studien ansåg närmare 65 procent att de hade den kunskap om vårdgarantin som de behöver för att klara sitt arbete. När läkarna fick konkreta frågor om regelverket visade det sig dock att kunskapen varierade. Flertalet ortopedier hade kunskap om regelverket på en mer basal nivå, till exempel tidsgränsen för väntetid till behandling och operation. Däremot var kunskapen låg när det gällde frågor av mer initierad karaktär, exempelvis vem som har kostnadsansvaret för uppkomna merkostnader vid vård hos en annan vårdgivare.

En tredjedel av ortopederna ansåg att vårdgarantin i praktiken har medfört minskade väntetider för patienterna. Samtidigt tog var femte avstånd från detta påstående och det stora flertalet ville inte ta ställning i frågan. I kommentarer kritiserades garantin och läkarna menade att den medför att fel grupper prioriteras liksom att reformen har lett till ökad administration. Andra var mer positiva och pekade på att vårdgarantin satte fokus på tillgänglighetsarbetet och att den innebar ett ökat medvetande om patientens situation.

Ortopedernas uppfattning om det förhållandet att de som läkare hade ett ansvar för att vårdgarantin uppfylldes varierade. Huvuddelen av de tillfrågade svarade att de inte ansåg sig ha något direkt ansvar. Mindre än 20 procent menade att de i "hög eller mycket hög grad" hade ett ansvar. Övriga 40 procent förhöll sig neutrala.

På frågan om det är läkarens ansvar att informera patienterna om vårdgarantin svarade två av tio att de "inte alls eller i mycket låg grad" såg att det låg i läkarrollen. Drygt en tredjedel av de tillfrågade svarade att de i "hög eller mycket hög grad" ansåg sig ha ett informationsansvar. Cirka 45 procent menade att de till viss del hade ett ansvar. Från kommentarerna till denna fråga framkommer att flertalet ortopedier ser patientinformationen som en administrativ uppgift och inte som en del av vården.

Exempel från några landsting

I Socialstyrelsens uppföljning från 2010 [3] gjordes en sammanställning av resultatet från personalenkätundersökningar som har gjorts i fyra landsting: Jämtland, Kronoberg, Västra Götaland och Norrbotten.

Undersökningarna visade att merparten av hälso- och sjukvårdspersonalen kände till att tidsgränsen för ett första besök till specialistvården var 90 dagar, men kunskapen var förhållandevis låg om detaljerna i vårdgarantins regelverk. Få ansåg till exempel att de som personal hade ett informationsansvar gentemot patienterna och ett fåtal sa sig ha fått information eller utbildning i reformen.

När det gällde hälso- och sjukvårdspersonalens attityder till garantin ansåg flertalet att vårdgarantin har inneburit en högre arbetsbelastning. Få menade att reformen har haft några positiva konsekvenser för sättet att arbeta. En frekvent uppfattning var dock att vårdgarantin stärkte patienternas ställning och att den medförde en ökad patientsäkerhet. Läkare var generellt mer negativa till vårdgarantin än övriga personalgrupper.

I Socialstyrelsens rapport från 2011 [5] redovisades resultat från personalenkätundersökningar som genomfördes i Jämtland och i Västerbotten under 2010. Sammanfattningsvis visade dessa enkätundersökningar att merparten av hälso- och sjukvårdspersonalen hade kännedom om vårdgarantins regelverk. I rapporten framhölls också Jämtlands informationsinsatser till personalen eftersom man hade arbetat aktivt med information till personalen och att det också kunde påvisas att kunskaperna om vårdgarantin hade förbättrats jämfört med föregående mättillfälle år 2009 [3].

Av de anställda ansåg 38 procent i Västerbotten och 52 procent i Jämtland att vårdgarantin har medfört högre arbetsbelastning. En av tre såg inte några positiva förändringar i arbetssättet. En av tre ansåg också att vårdgarantin har gett liten eller ingen effekt för tillgängligheten.

Läkarnas uppfattning skiljde sig från övriga medarbetares i vissa avseenden. Det var till exempel vanligare att läkarna ansåg att vårdgarantin har inneburit undanträngning av andra patientgrupper, att garantin har fört med sig mer administration och mindre tid med patienten, samt att den inte har inneburit bättre tillgänglighet för de patienter som inte omfattades av vårdgarantin.

Bland alla tillfrågade höll sju av tio med om att vårdgarantin har stärkt patienternas ställning. Detta var samma resultat som framkom i Socialstyrelsens enkät från 2010 [3].

Telefonintervju 2011

Undersökningens omfattning och metod

Hösten 2011 gav Socialstyrelsen i uppdrag till Markör Marknad och Kommunikation AB att genomföra djupintervjuer med olika personalgrupper i fyra landsting kring deras kännedom om, attityd till, och erfarenhet av vårdgarantin och kömiljarden. Valet av landsting gjordes med utgångspunkt från hur man hade lyckats uppfylla garantin och därmed få del av kömiljarden. Halland är ett landsting som har lyckats mycket väl, medan Dalarna tillhör de landsting som har fått minst ersättning från kömiljarden. Stockholm och Västerbotten är två landsting som tillhör den stora ”mellangruppen” när det gäller uppfyllandet av kömiljardens mål. Stockholm valdes också för att man representerar en storstadsregion och Västerbotten för att man till stora delar är ett glesbygdslän.

Avsikten var att 120 personer (10 läkare, 10 sköterskor och 10 administrativ personal som arbetar med köer och väntetider lokalt per landsting) skulle intervjuas. Det skulle också vara en balans mellan primärvård och specialistvård i urvalet. Urvalet av intervjupersoner gjordes via kontaktpersoner i respektive landsting. Trots upprepade kontakter med landstingen visade det sig vara omöjligt att nå upp i önskat antal intervjupersoner under

den begränsade tid som fanns till förfogande. Detta ledde till att antalet intervjupersoner kom att variera mellan landstingen. Det var också svårt att få medverkande från primärvården, vilket innebär att det stora flertalet av de intervjuade kom från specialistvården. Totalt deltog 73 personer i intervjuundersökningen (tabell 4).

Tabell 4. Antal intervjupersoner per yrkesgrupp och landsting

Landsting	Läkare	Administrativ personal	Vårdpersonal
Halland	6	6	6
Dalarna	9	4	12
Västerbotten	10	5	6
Stockholm	3	3	3
Totalt	28	18	27

Metoden för undersökningen var kvalitativ med några inslag av kvantitativ metod (flervalsfrågor) i form av djupintervjuer på telefon (bilaga 7). Intervjupersonerna kontaktades av Markör Marknad och Kommunikation AB och tidpunkten för intervjuer bestämdes i samråd med intervjupersonen. Längden på intervjuerna var omkring 60 minuter.

Den metod med vilken intervjupersonerna valdes ut påverkar troligen resultatet av undersökningen. De personer som accepterade att medverka har sannolikt en relativt god kunskap och kännedom om vårdgarantin och kömiljarden. Undersökningen är dock i huvudsak kvalitativ, varför hänsyn till representativitet i urvalet inte kan anses vara lika viktigt som vid en rent kvantitativ undersökning.

Resultat - vårdgarantin

Intervjuerna visade till skillnad från den befolkningsundersökning som Socialstyrelsen genomförde 2010 [3] att vårdpersonalen hade relativt god kännedom om vårdgarantin. Majoriteten hade en positiv inställning och såg att vårdgarantin gav positiva effekter. Det som framhölls som mest positivt var framför allt att patienterna har fått en bättre tillgänglighet till sjukvården samt att olika verksamheter får motivation till att effektivisera sina processer. En av de intervjuade uttryckte det på följande sätt:

Det finns ett värde i att man ställer en standard, att man lägger en målribba. Det blir tydliga krav på tillgängligheten och det har gjort skillnad.
(Läkare)

Att vårdgarantin medför ett tydligare ”kundfokus” togs också upp som en positiv effekt av reformen.

I intervjuerna pekades det också på att garantin kan påverka arbetet och verksamheten negativt. Förutsättningarna för att uppnå vårdgarantin är direkt avhängiga av verksamhetens tillgång på resurser i form av såväl perso-

nal som utrustning och lokaler (operationssalar och vårdplatser). Intervju-personerna i de landsting som inte uppnår målen angav bristen på personal och ineffektivitet i organisationen som de främsta skälen. En av de intervjuade beskrev situationen på följande sätt:

Läkarbristen, vi får inga nya läkare och ingen vill jobba hos oss. De större sjukhusen lockar mer för de som har utbildningen, vi har letat runt hela jorden efter neurologer för att få ihop de fem vi har nu.
(Administrativ personal)

Vårdgarantin gör också att fokus läggs på att patienten ska få vård och inte på kvaliteten på vården, vilket flera av personalen tyckte var mycket olyckligt. Som exempel nämndes att en del patienter, i synnerhet äldre, behöver längre tid än vårdgarantitiden för att förbereda sig mentalt för operation, vilket också ställer till det både för vårdgivare och för vårdtagare. Två av de intervjuade beskrev detta problem på följande sätt:

De vill vänta och då slår vårdgarantin fel, nästan så att de blir tvingade att göra det [opereras] tidigare för att landstinget ska få pengar för dem.
(Läkare)

Det finns ingenstans att skicka dem, eller rättare sagt dit patienten vill komma. Är du 80 år och invalidiserad så klarar du inte att åka någon annanstans, och de vill inte till Stockholm.
(Vårdpersonal)

När det gäller kunskap om garantin ansåg majoriteten av de intervjuade att de har tillräcklig kunskap för att kunna vägleda patienterna. Några uppgav dock att ständiga revideringar av reglerna gör det svårt att hålla sig uppdaterad.

På frågan vilken bild personalen har av hur det landsting de arbetar i lever upp till vårdgarantin fanns det vissa skillnader mellan de fyra landstingen. Av de intervjuade från Halland var det en större andel som menade att regionen i hög grad klarade att uppfylla garantin, medan de intervjuade från landstingen i Dalarna och Stockholm i lägre utsträckning ansåg att landstingen lyckades leva upp till garantin.

Intervjuerna visade också att de som kom från Halland hade en tydlig bild av hur det ser ut generellt i landstinget när det gäller hur man lever upp till vårdgarantin. I de övriga tre landstingen hade man betydligt mindre kännedom om hur de egna landstingen lever upp till garantin.

Resultat – kömiljarden

De intervjuades kännedom om kömiljarden var lägre jämfört med kännedomen om vårdgarantin. Några av de intervjuade nämnde att kömiljarden främst berör ledningen inom landstinget och att kännedomen därför sannolikt är bättre där.

Samtliga intervjuade i Halland visste om att regionen har fått del av kömiljarden. I Dalarna och Stockholm visste hälften av de intervjuade att landstinget har fått del av kömiljarden. Kunskapen om vad ersättningen hade använts till var dock liten. Ett ganska vanligt svar var att pengarna har gått till "det svarta hålet", det vill säga ingår i den samlade landstingsbudgeten. De som visste uppgav att en stor del hade gått till att täcka de kostnader som uppstår i och med att man skickar iväg patienter till andra vårdgivare.

Liksom när det gäller vårdgarantin var de intervjuade från Halland generellt mer positiva till kömiljarden. Mest negativa attityder hade de intervjuade från Stockholm. En majoritet av de intervjuade ansåg att kömiljarden är ytterligare ett incitament till att effektivisera och förbättra väntetiderna för patienten.

De problem som många uppgav var att det förekommer "fiffel" med redovisningen av patienter för att nå målen. En deltagare uttryckte sig på följande sätt.

Jag tycker man ska ändra inrapporteringen. Den behöver ses över, det finns tveksamheter i inrapporteringssystemet. Kömiljarden kan vara en drivkraft, en morot, men måste kontrolleras bättre så det blir seriöst.
(Läkare)

Ett annat problem som nämndes var att kömiljarden leder till att de landsting som redan har en relativt god ekonomi får det ännu bättre genom kömiljarden. Flera av de intervjuade menade att de landsting som mest framgångsrikt har minskat väntetiderna är de som har kunnat betala för att skicka iväg patienterna till andra landsting eller privata vårdgivare. Några var skeptiska till att kömiljarden är en tillfällig satsning och de undrar vad som kommer att hända när denna satsning försvinner.

De flesta uppgav att kömiljarden har haft en viss inverkan på väntetiderna, men också att samarbetet med andra kliniker har ökat och förbättrats. Även samarbetet mellan primärvård och specialistvård har för flera verksamheter ökat och förbättrats. Flera av de intervjuade uppgav också att man har blivit noggrannare med vem som gör vad och att remisserna har blivit bättre. Något som också nämndes var dock att man har negativa erfarenheter av samarbetet med privata vårdgivare genom att många patienter har hänvisats tillbaka till landstinget eftersom de inte har kunnat erbjuda den vård som patienten behöver.

Det finns många privata vårdgivare och sjukhus i [landstinget]. Men dessa har jag inte så mycket till övers för, många patienter får remissen skickade till dem genom vårdgarantin men sedan så skickar de tillbaka den ändå för att de inte kan erbjuda den vård de behöver. Patienterna blir lidande av detta eftersom det då tar längre tid att få sin vård än om de bara stannat kvar i vår kö från början.
(Läkare)

Sammanfattningsvis var de intervjuade i den här intervjuundersökningen i huvudsak positiva till vårdgarantin. De intervjuade var dock mer kritiska mot kömiljarden än mot vårdgarantin. Enligt de intervjuade är de främsta skälen till att man har nått upp till kraven för vårdgarantin och/eller kömiljarden:

- Redan innan kraven från vårdgarantin kom hade man börjat arbeta med att effektivisera köerna och vårdkedjan i allmänhet.
- Landstingen har ”rensat” kölistorna så att endast de som är aktuella finns med. Dessutom håller man löpande kontroll på patienterna i listorna. Flera uppgav vikten av att ha ett begränsat antal personer som bevakar listorna. Det är också viktigt att det är tydligt uttalat i verksamheterna vem eller vilka som har ansvar för väntelistorna.
- Landstingen har gjort organisationsförändringar för att effektivisera flöden i verksamheten.
- Landstingen har ändrat sitt förhållningssätt i verksamheten mot mer ”kundfokus” och ”service för medborgarna”.
- Ledningen har satt upp tydliga mål för verksamheten. Dessa mål har man kunnat förmedla till verksamheten så att alla arbetar mot samma mål.
- Landstingen har ökat samarbetet både internt och externt för att effektivisera vården.

Landstingens insatser och åtgärder

Socialstyrelsens samlade iakttagelser

- Landstingen har under lång tid på olika sätt arbetat för att åtgärda tillgänglighetsproblemen. Vårdgarantin och kömiljarden har bidragit till att arbetet har intensifierats och en allmän uppfattning bland landstingen är att tillgänglighetsfrågorna har fått en betydligt mer framskjuten plats i verksamheten.
- En engagerad ledning är en av de viktigaste framgångsfaktorerna i arbetet med att åtgärda köer och långa väntetider. En annan viktig faktor är att ansvaret för genomförandet av reformen decentraliseras.
- Landstingens insatser blir alltmer av långsiktig karaktär, bland annat genom att arbetet inriktas på processer och flöden och en förbättrad produktionsplanering.
- Att lösa väntetidsproblemet genom att köpa kapacitet av andra vårdgivare är vanligt förekommande men omfattningen av köpt vård varierar stort mellan landstingen.
- Personalbrist är en av orsakerna till långa köer och väntetider. För att åtgärda detta hyr landstingen ofta in personal. Alla landsting har uppgivit att de till exempel anlitar hyrläkare och Socialstyrelsen bedömer att denna initialt kortsiktiga åtgärd har fått en mer permanent karaktär.

Inledning

I Socialstyrelsens uppdrag ingår att ta fram landstingsprofiler samt att med detta som underlag belysa framgångsfaktorer för arbetet med att korta köer och väntetider. En viktig informationskälla för att bedöma situationen i olika landsting har varit de landstingsbesök som Socialstyrelsen genomförde mellan september 2009 och november 2010. Vid besöken deltog tjänstemän på ledningsnivå (landstingsdirektör, hälso- och sjukvårdsdirektör och motsvarande) samt vårdgarantisamordnare och övriga nyckelpersoner i landstingens arbete med vårdgarantin. Det som diskuterades var främst hur landstingen arbetar med tillgänglighetsfrågor sedan den nuvarande nationella vårdgarantin introducerades 2005 och hur arbetet har påverkats av kömiljardens införande 2009.

Erfarenheterna från landstingsbesöken har kompletterats med uppgifter från tre enkäter – en under hösten 2009 [3] och två i december 2011 – som gick till landstingens väntetidssamordnare eller kontaktpersoner för vårdgarantin. I dessa enkäter ingick frågor om implementeringen av vårdgarantin, landstingens ekonomi och administrationen av väntelistor samt uppgifter om köpt vård. Enkätfrågorna framgår av bilaga 2 och 3. Enkäterna besvarades av samtliga 21 landsting.

Framgångsfaktorer

Tillgänglighetsarbete och förändringsarbete kräver ledningens stöd

Något som vid landstingsbesöken lyftes fram som en framgångsfaktor var vikten av ledarskapets engagemang i frågor som rör vårdgaranti och tillgänglighet. Det gäller allt ifrån de högsta cheferna och den politiska ledningen till chefer på lägre nivåer i organisationen.

I Socialstyrelsens uppföljning av den nationella vårdgarantin från 2008 [8] framgick att det politiska ledarskapet har visat ett engagemang för den nationella vårdgarantin sedan den introducerades 2005, vilket bland annat ansågs vara ett resultat av uppmärksamheten i medierna om problem med långa vårdköer. Av enkätsvaren framkom att landstingens kontaktpersoner dock ansåg (2008) att landstingsledningarna, trots engagemang för vårdgarantin, inte gav tillräckligt hög prioritet till förbättringsarbeten som var inriktade på en långsiktigt förbättrad tillgänglighet. Vidare framkom att förändringsarbetet inte heller var tillräckligt förankrat hos verksamhetscheferna, vilket försvårade ett mer långsiktigt förbättringsarbete. En majoritet av kontaktpersonerna ansåg också att verksamhetschefernas kunskaper om hur förbättringsarbete kan användas för att effektivisera arbetet och korta köerna behövde utvecklas mer.

När kontaktpersonerna för vårdgarantin 2010 återigen tillfrågades om ledningens engagemang för vårdgarantin [3] var de eniga om att satsningen på kömiljarden hade bidragit till att tillgänglighetsfrågan fått en bättre förankring hos landstingsledningarna och bland verksamhetschefer. I den senaste enkätundersökningen 2011 angav en majoritet av respondenterna att de får ett starkt stöd från såväl den politiska ledningen som verksamhetsledningarna i arbetet med vårdgarantin. Tre av fyra landsting tyckte att deras lednings- och styrsystem underlättade arbetet med vårdgarantin. Vidare menade de att ansvarsfördelningen mellan personer som arbetar med tillgänglighet blev tydligare under åren 2009–2011 och att målen för tillgänglighetsarbetet blev tydligare och bättre kända i organisationen.

Majoriteten av landstingen följer i dag tillgänglighetsarbetet kontinuerligt, genom att behandla såväl väntetidsstatistik som pågående förbättringsarbeten vid ledningsmöten. Den ökade möjligheten till jämförande analyser av väntetidsstatistik mellan landstingen har under landstingsbesöken också lyfts upp som en viktig bidragande orsak till det ökade engagemanget. Enligt enkäten år 2011 har 15 landsting utarbetat särskilda policyer eller rekommendationer för användningen av väntetidsstatistik i den löpande verksamheten. I dag har många landsting även regelbundna uppföljningar av arbetsprocesser och patientflöden som kommuniceras på flera nivåer i organisationen.

Långsiktiga insatser ger hållbara förbättringar

De långsiktiga insatserna varierar i omfattning och intensitet mellan landstingen och de har valt olika strategier för genomförandet av förändringar. I några landsting har ledningen valt att engagera hela organisationen i ett stör-

re förbättringsarbete, medan andra landsting har valt att delegera ansvaret för förbättringsarbetet till enskilda verksamheter eller kliniker.

Förbättringsprojekten är ofta inspirerade av ”lean healthcare”⁸ och syftar till att förbättra logistiken i vårdprocesserna och skapa effektivare rutiner och patientflöden. Flertalet landsting arbetar fortlöpande med att effektivisera verksamheterna. Insatserna kan till exempel handla om att se över rutiner för väntande patienter och för remissshantering. Andra projekt innebär att se över utnyttjandet av personalresurser och införa produktions- och kapacitetsplanering av verksamheten, exempelvis genom att effektivisera utnyttjandet av operationssalar eller röntgenapparatur.

Flera landsting har påbörjat en striktare produktionsplanering för att effektivisera verksamheten och förbättra tillgängligheten. Nedan ges två exempel på den här typen av förbättringsarbete:

- Landstinget Gävleborg har utvecklat en modell för planering och styrning utifrån kärnverksamheten genom att fokusera på vårdprocessen i stället för ekonomin. Resultaten har varit goda så tillvida att produktionen har ökat och köerna minskat. Antalet patienter som fick vänta i över 90 dagar på ett första besök minskade från cirka 6 400 väntande i december 2008 till cirka 600 väntande i maj 2011. Under samma period minskade antalet patienter som fick vänta i över 90 dagar på operation, från cirka 2 700 till cirka 170 väntande. Samtidigt ökade produktionen med 20 procent utan förändrad bemanning. Arbetet var inledningsvis inriktat på operationsverksamheten då den är mest resurskrävande. Det pågår nu ett fortsatt arbete för att ta samma grepp i den övriga verksamheten [9].
- Norrbotten har utvecklat en produktionsplanering som bygger på att länets samlade resurser ska utnyttjas på ett optimalt sätt för att ge god och likvärdig vård till alla norrbottningar. Det innebär att både patienter och personal kan flyttas mellan olika enheter. Patienterna garanteras därmed vård vid något av länets sjukhus, och läkare och annan personal kan ha sin huvudsakliga arbetsplats vid Sunderby sjukhus även om de tidvis arbetar vid de andra sjukhusen i landstinget.

Att verksamheten styrs utifrån länets behov och inte av enskilda sjukhus eller enheters önskemål har förbättrat tillgängligheten till vården liksom effektiviteten. Även patientsäkerheten har påverkats positivt eftersom produktionsplaneringen innebär ett minskat individberoende och en ökad standardisering av vårdprocesserna. Höga kostnader per patient (KPP) har upptäckts inom enstaka vårdprocesser, vilket gjort att man har identifierat förbättringsområden som medverkar till en ökad kvalitet och en mer effektiv produktionsplanering.

Resultatet när det gäller exempelvis tillgänglighet och kostnader har visat tydliga förbättringar under de senaste två åren. En jämfö-

⁸ Grunderna i ”lean healthcare” är att skapa processer för att fokusera på snabba, smidiga patientflöden och att låta vårdens verksamheter själva ansvara för att kontinuerligt förbättra sig.

relse av produktionsutvecklingen 2008–2010 visar att verksamhetsområdet kirurgi utförde mer slutenvård (både fler vårdtillfällen och en större vårdtyngd) för en mindre kostnadsökning. Värdet på produktionsökningen uppgick till cirka 10 miljoner kronor mellan 2009 och 2010 [9].

Förändringsarbetet i dessa två exempel har inneburit organisatoriska förändringar som kräver långsiktighet. I den senaste enkäten 2011 uppgav 13 landsting att de arbetar långsiktigt för att åstadkomma en bättre produktionsplanering. Ytterligare några landsting uppgav att de ska påbörja liknande arbeten under 2012.

Kortsiktiga insatser ger snabbare resultat, men de leder sällan till långvariga förbättringar

För att komma till rätta med långa köer och uppnå kömiljardens krav har så gott som alla landsting också genomfört mer kortsiktiga insatser som syftar till att snabbt åtgärda långa vårdköer och tillfälligt ”skapa mer kapacitet i systemet”. Exempel på kortsiktiga insatser är att tillfälligt erbjuda kvällsöppna mottagningar, utföra operationer på kvällar och helger eller tillfälligt anlita hyrläkare i syfte att öka produktionen. Socialstyrelsen anser detta vara insatser som oftast endast ger förbättrad statistik men sällan leder till hållbara effekter på väntetiderna.

I den enkät som Socialstyrelsen skickade ut hösten 2011 uppgav samtliga landsting att de under åtminstone delar av åren 2010–2011 erbjöd mottagningar och operationer på kvällar och helger i syfte att korta vårdköerna. Under 2011 uppgav landstingen Uppsala och Gävleborg att de inte hade haft några utökade öppettider.

En majoritet av landstingen uppgav att de anlidade hyrläkare i syfte att förkorta väntetiderna under 2011. Av dessa anlidade landstingen i Norrbotten, Gävleborg, Kronoberg och Uppsala hyrläkare under stora delar av året. Några respondenter uppgav i svaren att de är osäkra på om syftet med att anlita hyrläkare var att korta väntetiderna eller främst att täcka upp frånvaro på klinikerna. Av svaren framgår också att det varierar inom vilka specialiteter som hyrläkare har anlåtats, men mest förekommande var det inom allmänmedicin, ögonsjukvård, ortopedi och psykiatri.

Landstingen har tidigare beskrivit att anlåtande av hyrläkare har betraktas som en viktig initial insats för att rensa väntelistorna och få balans i verksamheten, innan olika förbättringsarbeten har dragits igång. Fortfarande efter tre år anlitas hyrläkare flitigt, vilket kan tolkas som att åtgärden har fått en mer varaktig karaktär.

Att köpa vård kan vara en lösning på både lång och kort sikt

Ett annat sätt att tillfälligt korta vårdköerna är att köpa vård av andra vårdgivare. I Socialstyrelsens enkät hösten 2011 ombads landstingen uppges i vilken utsträckning de köpte vård av privata vårdgivare eller andra landsting under åren 2010 och 2011, i syfte att förkorta väntetiderna. Majoriteten av landstingen uppgav att de hade köpt vård av ett annat landsting eller en pri-

vat vårdgivare under stora delar av den angivna perioden. I bilaga 8 redovisas en sammanställning av de uppgifter som landstingen lämnade över omfattningen av köpt vård.

Svaren i enkäten visar att det främst är inom specialiteter som obesitaskirurgi, ögonsjukvård och ortopedi som vård har köpts utanför landstinget. Antalet specialiteter som är aktuella för vårdköp har också utökats under de senaste åren.

Kalmar som i hög grad når kömiljardens målsättningar har inte köpt vård från andra landsting och endast i mycket liten omfattning köpt behandlingar från privata vårdgivare, däremot har andra landsting köpt vård från Kalmar. Halland som har bäst resultat av alla landsting för att få ta del av kömiljarden har inte köpt vård från andra landsting, men däremot köpt vård i relativt stora volymer från privata vårdgivare. Det framgår också av Hallands svar att köp av vård ingår i den strategi som ledningen i landstinget har satt upp för den gemensamma målsättningen om en ”köfri” sjukvård i Halland.

Att köpa vård av ett annat landsting eller en privat vårdgivare är inte enbart ett sätt att korta väntetiderna utan det är även ett sätt att hantera bemanningsproblem, vilket även tillfälligt anlitande av hyrläkare är.

Bemanningsproblem försvårar ett långsiktigt förbättringsarbete

Långvariga bemanningsproblem är något som har berörts vid flera av Socialstyrelsens landstingsbesök. Problemen gäller främst för vissa specialiteter. Flera landsting har beskrivit hur ett plötsligt personalbortfall nästan omgående får en negativ inverkan på köer och väntetider. Även om Socialstyrelsens årsrapport om arbetsmarknaden för vårdpersonal 2011 [10] visar att antalet läkare per 100 000 invånare ökade med 29 procent mellan 1995 och 2008, är tillgången på läkare ojämnt fördelad i landet. Det specifika rekryteringsbehovet varierar också mellan olika geografiska områden och mellan olika verksamheter. Framför allt är det ”små specialiteter” som är känsliga för förändringar i bemanningen, vilket kan medföra problem med att klara vårdgarantin och få ta del av ersättningen från kömiljarden.

Ett sätt att lösa bemanningsproblemen är att se över schemaläggningen av läkarnas tjänstgöring och då sträva efter längre framförhållning och på så sätt förbättra planeringen och utnyttja resurserna bättre. Enligt enkätundersökningen hösten 2011 var det sex landsting som hade schemaläggning för sex veckor eller mindre, elva landsting hade mellan sju veckor och tre månader och i två landsting – Halland och Kalmar – hade man en schemaläggning på mellan fyra och sex månader. I Stockholm svarade alla fyra stora sjukhus att deras schemaläggning av läkarnas tjänstgöring täcker mellan sju veckor och tre månader.

Flertalet landsting har genomfört, eller överväger att genomföra, förändringar i både organisation och verksamhet, vilket åtminstone delvis kan betraktas som ett mer långsiktigt sätt att hantera bemanningsproblemen. Ett exempel är att se över landstingets totala produktion av vissa behandlingar, det vill säga se om den totala produktionen är anpassad till nationella riktlinjer och nationella medicinska indikationer och utifrån detta planera bemanningen.

Några landsting har skapat länsövergripande klinikorganisationer, till exempel Norrbotten, vilket i de flesta fall har medverkat till att vissa vårdåtgärder eller hela specialiteter kan koncentreras till färre vårdgivare och sjukhus. Det bör i sin tur leda till en mer stabil bemanning och mer effektivt utnyttjande av befintliga resurser.

Landstingsprofiler

I uppdraget om att följa vårdgarantin och kömiljarden ingår att sammanställa så kallade landstingsprofiler där väntetidssituationen i varje landsting framgår. Även faktorer som kan vara av betydelse för att förklara de köer och väntetider som redovisas ska sammanfattas. Bilaga 9 innehåller en redogörelse för dessa landstingsprofiler per landsting. För varje landsting redovisas dels tre diagram över väntetidsutvecklingen, dels en sammanställning av de variabler som ingår i landstingsprofilerna (tabell 5). Variablerna har begränsats till sådana som kan anses vara direkt jämförbara mellan landstingen.

Tabell 5: Variabler i landstingsprofilerna

Variabel	Mått	Tidpunkt	Källa
Struktur			
Befolkning	Antal invånare	1 jan 2012	SCB
Befolkningstäthet	Antal Invånare/km ²	1 jan 2012	SCB
Ekonomiskt resultat 2009–11	Resultat/nettoomsättning	2012	SCB
Organisationsprincip	Sjukhus/länsklinik	Mars 2012	Intervju
Process			
Ansvarsfördelning vårdgaranti	Central/decentraliserat	Mars 2012	Intervju
Ekonomiskt incitament kliniknivå	Ja/nej		Enkät
Köper vård från andra landsting i syfte att korta väntetiderna.	Uppräkning av landsting från vilka vård köps	2011	Enkät
Resultat			
Erhållit från kömiljarden	Kronor	2009–11	SKL
Erhållit per invånare	Kronor	2009–11	SKL
Nöjdhet med tillgänglighet till vården i allmänhet	Andel av befolkningen	2011	Vård-barometern
Nöjdhet med väntetider till vårdcentral	Andel av befolkningen	2011	Vård-barometern
Nöjdhet med väntetider till besök på sjukhus	Andel av befolkningen	2011	Vård-barometern
Telefonkontakt	Andel väntat högst 1 dag	2009–11	SKL
Vårdcentralbesök	Andel väntat högst 1 dag	2009–11	SKL
Uppfyllelse besök	Andel väntat > 90 dagar	2009–11	SKL
Uppfyllelse op./åtg.	Andel väntat > 90 dagar	2009–11	SKL

Nedan beskrivs på vilket sätt de i profilerna ingående faktorerna kan påverka väntetiderna och möjligheterna att genomföra ett framgångsrikt arbete med att öka tillgängligheten.

Strukturella faktorer

- *Befolkningens storlek.* Storleken på ett landstings befolkning kan ha betydelse på flera sätt. Mycket stora landsting med många beslutsnivåer och spridda enheter kan ha svårigheter att åstadkomma en gemensam strävan mot gemensamma mål, och svårigheter att föra ut information och strategier i hela organisationen. Små landsting kan ha fördelar i detta avseende men de kan samtidigt ha en större sårbarhet vid vakanser och andra ”flaskhalsar” genom att man har färre vårdenheter och därmed är mer beroende av att kunna upprätthålla hög produktion vid samtliga enheter.
- *Befolkningstäthet.* Ett landstings karaktär av tätort eller glesbygd kan också antas vara av betydelse. Stora avstånd mellan vårdenheter och ett litet befolkningsunderlag kan innebära svårigheter att effektivt utnyttja personal, dyrbar medicinsk utrustning och andra faciliteter. Vidare har landsting med långa resvägar att ta hänsyn till faktorer som att patienter måste kunna lägga tid på resor och extra övernattningar när behandling planeras. Som mått vid dessa jämförelser används kvoten mellan antalet invånare i landstinget och dess yta mått i kvadratkilometer.
- *Ekonomiskt resultat.* Ett landstings ekonomiska ställning kan ha betydelse för möjligheterna att öka produktionen, till exempel genom att rekrytera ny personal eller investera i ny utrustning, eller andra lösningar såsom utomlänsvård. Som mått på ekonomisk ställning ingår landstingens ekonomiska resultat i relation till nettoomsättningen för respektive år 2009–2011.
- *Organisationsprincip.* Ytterligare en strukturfaktor som bedöms vara av betydelse är om verksamheten i landstinget utgår från en traditionell sjukhusorganisation eller om man har infört ”länskliniker”, det vill säga att enheter belägna på geografiskt spridda sjukhus har en gemensam planering av produktionen och bemanningen inom en viss specialitet, till exempel ortopedi. Uppdelningen kräver en försiktig tolkning eftersom flera landsting har en blandning av de två principerna. Exempelvis kan några mindre specialiteter ha en struktur av länskliniker medan andra följer sjukhusmodellen. Dessutom är uppdelningen inte meningsfull i de allra minsta landstingen med bara ett sjukhus, till exempel Jämtland och Gotland.

Processfaktorer

- *Ansvarsfördelning vårdgaranti.* Medan vissa landsting har skapat centrala samordningskanslier vid sidan av den ordinarie linjeorganisationen har flertalet landsting valt att låta ansvaret för väntetider och vårdgarantifrågor strikt ligga kvar på verksamhetscheferna. Skillnaden i hur ansvarsfördelningen ser ut kan ha betydelse för hur väl landstinget uppnår vårdgarantin. I förra årets rapport [5] visade Socialstyrelsens analys av samband mellan processvariabler och måluppfyllelse att denna faktor tycks spela en roll; landsting som har ett decentraliserat ansvar tenderar att ha en högre måluppfyllelse för vårdgarantin. Samtidigt måste tolkningen av dessa data göras med försiktighet då antalet observationer är litet, och det saknas en enhetlig definition av vad som är en centraliserad respektive decentraliserad organisation. I landstingsprofilerna anses ett landsting ha ett decentraliserat ansvar om kliniken har ansvar för sin egen tillgänglighet, även om det samtidigt finns en central samordningsfunktion som ansvarar för landstingsövergripande riktlinjer, rutiner för tillgänglighetsuppföljning och en centraliserad rapportering till politiken och nationella väntetidsdatabaser. Vanligt är också att den centrala funktionen stödjer klinikerna i att hitta alternativa vårdplatser, vilket i sig inte betyder att de har ansvaret för vårdgarantin.
- *Ekonomiskt incitament på kliniknivå.* Landstingen har i olika grad använt ekonomiska incitament på verksamhetsnivå för att styra enheterna mot att uppnå prestationskraven för vårdgarantin och kömiljarden. Vissa landsting använder medlen för kömiljarden för att ”belöna” kliniker som har lyckats uppnå garantins mål och några landsting tillämpar negativa incitament i form av minskade anslag om målen inte nås. Det finns också landsting som ersätter kliniker för vård de köper utomläns eller från privata kliniker. Incitamentet är då visserligen att minska köerna, men inte genom att förändra den egna verksamheten eller planeringen. Det är knappast något incitament till att skapa en långsiktig förbättring på kliniknivå. I flertalet landsting saknas dock ekonomiska incitament på kliniknivå som är kopplade till uppfyllelse av vårdgarantin, och ersättningen ingår i den samlade landstingsbudgeten eller används som extra resurser på områden eller enheter där köerna är längst.
- *Köp av vård från andra landsting i syfte att korta väntetiderna.* Som beskrivits tidigare i detta avsnitt har landstingen varit olika aktiva när det gäller dra nytta av andra landstings produktionskapacitet. På nationell nivå är utomlänsvård bara effektivt mot köer om det är överkapacitet som köps, det vill säga vård som inte ger längre köer för någon annan patient i det producerande landstinget och säljs enbart för att kliniken kan ta bättre betalt än vad de får i ersättning för

”egna” patienter. Men för ett enskilt landsting kan det oavsett detta vara en möjlighet att korta köerna genom att köpa utomlänsvård.

Resultatvariabler

- *Bidrag från kömiljarden.* Bidraget är antalet kronor som landstingen erhöll respektive år, samt summan per invånare. Den ersättning som landstingen har erhållit från kömiljarden är en tydlig indikator på landstingens tillgänglighet för nybesök och behandlingar inom den specialiserade vården. Som beskrivits tidigare i rapporten har skillnaderna i ersättningen mellan landstingen ökat.
- *Nöjdhet med tillgänglighet till vården i allmänhet.* Landstingsprofilerna anger vårdbarometerns resultat från 2011 för befolkningens nöjdhet med tillgängligheten, i jämförelse med riksgenomsnittet. Den allmänna nöjdheten med vårdens tillgänglighet kan ses som en generell indikator på måluppfyllelsen i tillgänglighetsarbetet. Det påstående som ligger till grund för indikatorn är: ”Jag har tillgång till den sjukvård jag behöver”. Som framgått i avsnittet om väntetider finns det ett visst samband mellan en hög andel som svarar ”*Instämmer* på denna fråga, och utfallet i kömiljarden.
- *Nöjdhet med väntetider till vårdcentral och Nöjdhet med väntetider till besök på sjukhus.* Påståendena i vårdbarometern är ”Det är rimliga väntetider till vårdcentral/motsvarande” samt ”I mitt landsting är väntetider till besök på sjukhus rimliga”. Andelen som svarar ”*Instämmer*” på detta är generellt högre för vårdcentraler än för sjukhus.
- I grafisk form beskrivs sedan varje landstings måluppfyllelse av vårdgarantin för åren 2009–2011. Variablerna *Andelen som fått Telefonkontakt samma dag* för varje mätning under de tre åren, det vill säga vår och höst, samt *Andelen som besökt en vårdcentral inom sju dagar* för samma mätperiod. Vidare beskrivs utvecklingen av *Antalet väntande på besök till specialiserad vård* för varje mätperiod, det vill säga månadsvis. Varje graf innehåller antalet patienter som vid mättillfället hade väntat i högst 90 dagar, antalet som rapporteras under patientvald väntan, antalet som hade väntat längre än i 90 dagar, samt det uppskattade bortfallet i rapporteringen. Den sista grafen i varje landstingsprofil anger samma mått som för besöken på *Antalet patienter som väntat på operation/åtgärd*, för varje månad.

Jämförelse mellan Halland och Dalarna

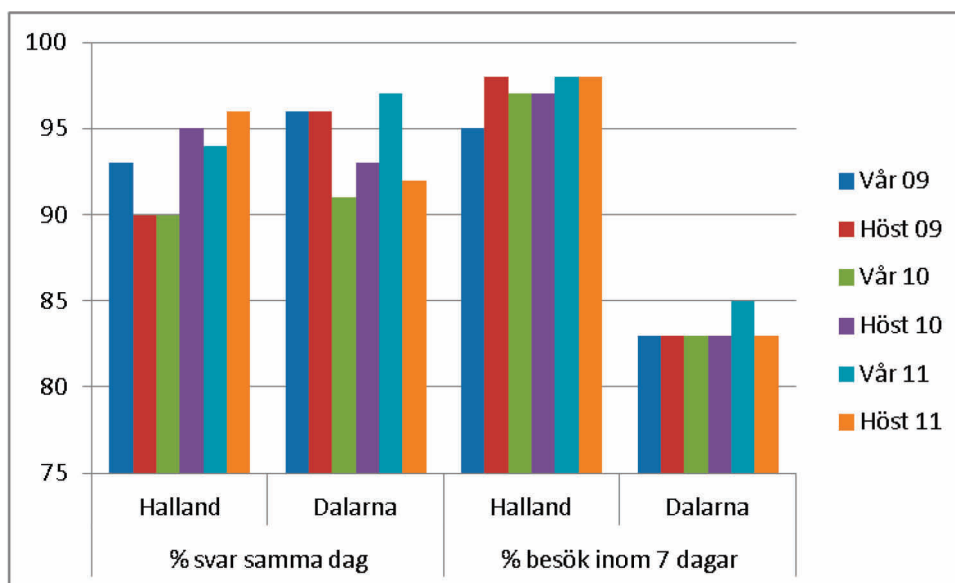
För att illustrera innehållet i landstingsprofilerna görs här en jämförelse av två landsting – Halland och Dalarna. Eftersom Halland har varit mycket framgångsrikt när det gäller att leva upp till kömiljardens prestationskrav medan Dalarna varit mindre framgångsrikt i att leva upp till vårdgarantin kan det vara intressant att jämföra dessa landsting vad gäller de olika faktorerna ovan. Det är dock inte möjligt att dra några generella slutsatser av

denna jämförelse, utan den ska enbart ses som ett sätt att presentera de data som finns i bilaga 9 samt hur dessa kan användas för en diskussion av möjliga framgångsfaktorer i tillgänglighetsarbetet.

Väntetider och patienternas uppfattning

I figur 18 jämförs telefontillgängligheten och tillgängligheten vad gäller besök i primärvården för de båda landstingen.

Figur 18: Jämförelse av telefontillgänglighet och väntetid för nybesök till primärvårdsläkare



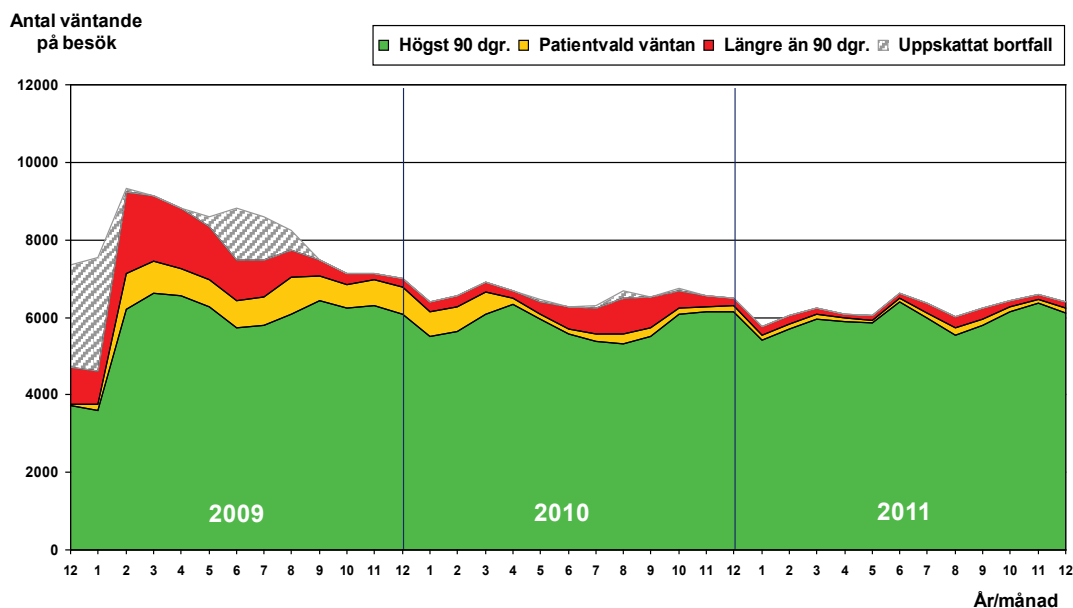
Källa: SKL – väntetidsdatabasen.

Som framgår av sammanställningen i figur 18 skiljer sig inte landstingen åt i någon större grad när det gäller telefontillgängligheten. Däremot har Halland en betydligt bättre tillgänglighet när det gäller att få tid till läkarbesök i primärvården.

De längre väntetiderna i primärvården i Dalarna har också gett avtryck på patienternas uppfattning. I Dalarna anser 68 procent att väntetiderna till vårdcentralen är rimliga. I Halland är motsvarande andel 77 procent.

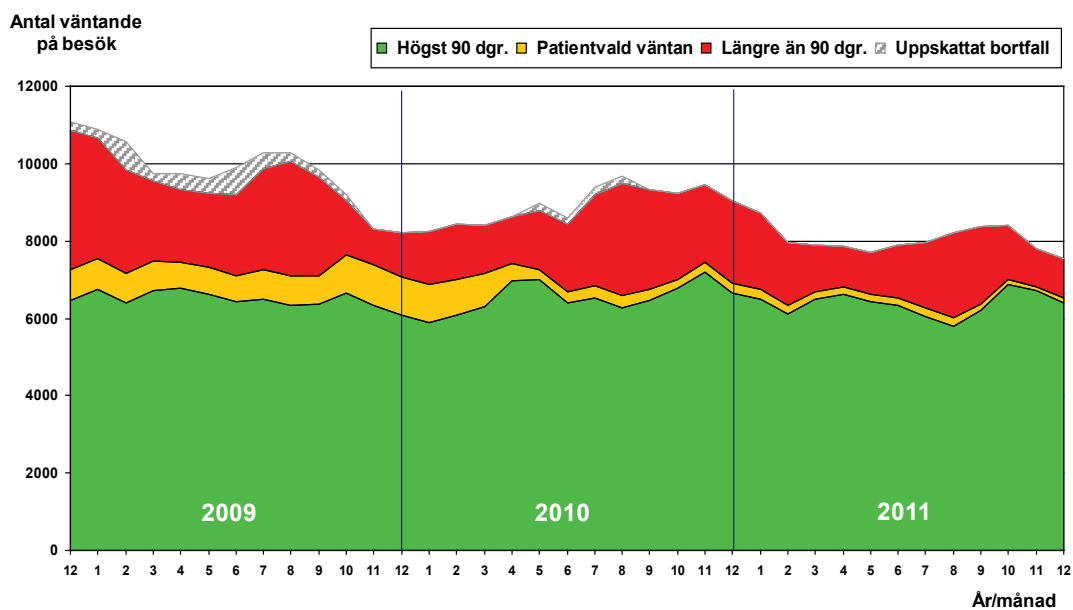
Väntetiderna i den specialiserade vården för Halland respektive Dalarna framgår av figur 19 och 20.

Figur 19: Antal väntande och väntetid till specialistbesök 2009–2011 i Region Halland



Källa: SKL: väntetidsdatabasen.

Figur 20: Antal väntande och väntetid till specialistbesök 2009–2011 i Landstinget Dalarna

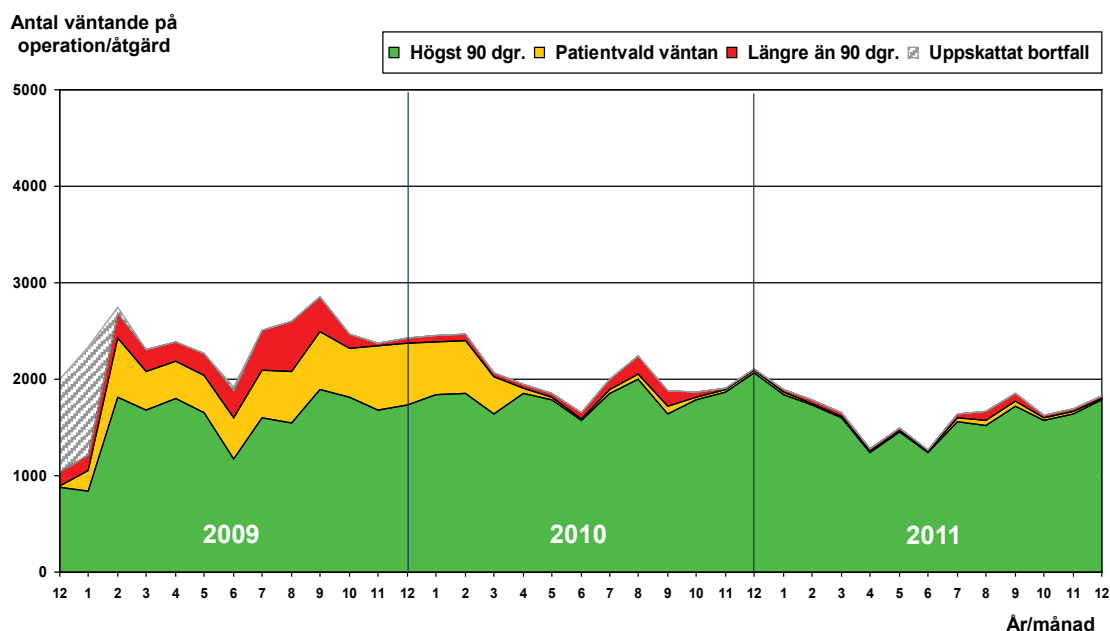


Källa: SKL: väntetidsdatabasen.

Väntelistornas totala omfattning är relativt lika. I december 2011 fanns det 6 400 personer på väntelistan till specialistbesök i Halland och 7 500 på listorna i Dalarna. Antalet patienter på väntelistorna som hade väntat mindre än 90 dagar har varit relativt stabilt under de tre ”kömiljardsåren”. Skillna-

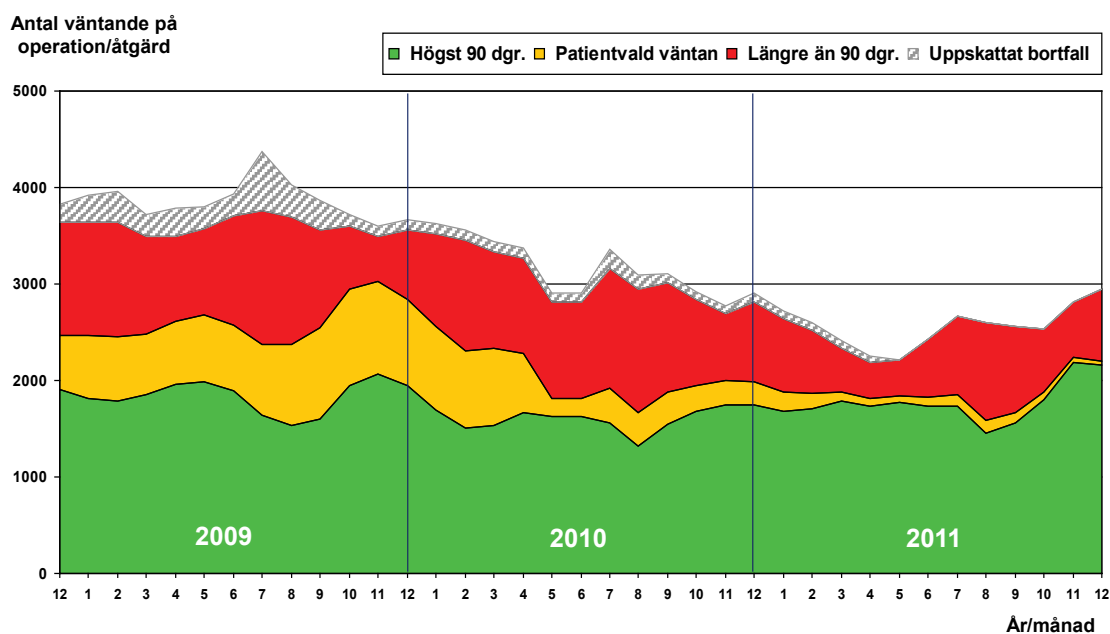
den är att den andel som fick vänta längre än 90 dagar är betydligt större i Dalarna, vilket har inneburit att Dalarna inte når upp till kömiljardens högre prestationskrav, det vill säga att 90 procent av patienterna fick tid hos en specialist inom 90 dagar 2009–2010 och att 80 procent av patienterna fick tid hos en specialist inom 60 dagar 2011.

Figur 21: Antal väntande och väntetid till behandling 2009–2011 i Region Halland



Källa: SKL: väntetidsdatabasen.

Figur 22: Antal väntande och väntetid till behandling 2009–2011 i Landstinget Dalarna



Källa: SKL: väntetidsdatabasen.

I december 2011 stod 1 800 personer i Halland på väntelista till någon behandling (figur 21). Vid samma tidpunkt fanns det i Dalarna knappt 3 000 personer som väntade på behandling (figur 22). I Halland var det under 2011, endast 1 procent (25 patienter) på väntelistorna som väntade längre än i 90 dagar. I Dalarna fick en betydligt större andel vänta i över 90 dagar, 25 procent (743 patienter). Trenden är dock att denna andel minskade under 2011 och den andel som väntade mindre än 90 dagar ökade något under de sista månaderna av år 2011.

I patientenkäten för den specialiserade vården [11] framkom också skillnader mellan landstingen. I Halland ansåg 54 procent av de svarande att väntetiderna till sjukhusen var rimliga, medan 43 procent av de svarande från Dalarna såg väntetiderna som rimliga.

Även i Vårdbarometern [4], som är en befolkningsundersökning, framkom skillnader i hur man ser på tillgängligheten i de båda landstingen. I Halland anser 88 procent av befolkningen att de har tillgång till den vård de behöver. Motsvarande andel i Dalarna är 77 procent.

Vad gäller ansvaret för vårdgarantin, den variabel som har visat ett statistiskt samband med framgång (se beskrivning av variabeln ovan), finns ett centralt ansvar i båda dessa landstings förvaltningar. Däremot skiljer de sig åt på så sätt att de enskilda klinikerna i Halland har ett ekonomiskt incitament att uppnå målen för kömiljarden, vilket inte är fallet i Dalarna.

Båda landstingen har omfattande inköp av åtgärder från såväl andra landsting som privata vårdgivare. Detta kan bero på att båda är relativt små landsting utan möjlighet att själva parera för svängningar i behov eller bemanning. Möjligen har Halland hjälp i tillgänglighetsarbetet av de geografiska förutsättningarna. Halland är mer tätbefolkat än Dalarna och ligger nära två stora regioner, och har därmed tillgång till ett bredare vårdutbud av såväl offentliga som privata alternativ. I Halland ingår köp av vård från andra vårdgivare tydligt i den strategi som man har antagit för att uppnå en ”köfri” vård”. Det är oklart om Dalarna på samma sätt har en tydlig strategi i denna fråga.

En noterbar skillnad är landstingens ekonomiska ställning. Dalarna tillhör de landsting som har haft ett relativt omfattande budgetunderskott över en längre period, vilket inte varit fallet i Halland. En ekonomi utan marginaler gör det svårare att anpassa verksamheten vid tillfälliga toppar i vårdefterfrågan eller vid brist på personal, vilket ofta leder till att köer och väntetider växer.

Faktorer av betydelse för väntetider

Utöver de faktorer som har tagits med i landstingsprofilerna finns ett stort antal faktorer som är svåra att kvantifiera på ett jämförbart sätt över alla landsting och som därför inte finns med i sammanställningarna. För några av dessa skiljer sig svaren tydligt mellan de landsting som har god respektive sämre tillgänglighet. En sådan faktor är planeringshorisonten för läkare. Socialstyrelsen har frågat landstingen hur lång framförhållning det finns för schemaläggning av läkarnas tjänstgöring inom den specialiserade somatiska vården. Flera landsting svarar att det skiljer sig mellan olika kliniker och/eller specialiteter, varför direkta landstingsjämförelser är svåra. Tydligt

är dock att de två landsting som har de längsta planeringstiderna, Halland och Kalmar, också har kortare väntetider. De som anger kortast planeringshorisont, däribland Dalarna, är också de som har längre väntetider. Längre framförhållning i schemaläggningen är dock avhängigt flera andra faktorer, och exempelvis spelar tillgången på läkare och möjligheterna att rekrytera läkare stor roll. Alla landsting har därför inte samma möjligheter att schemalägga personalen.

Även köp från privata vårdgivare skiljer sig väldigt mycket mellan landstingen. Möjligheterna rent geografiskt skiljer sig åt eftersom många typer av privat vård inte finns etablerad i till exempel glesbygden. Liksom köpt vård från andra landsting i syfte att korta väntetiderna är det svårt att använda en enhetlig definition för landstingen i en enkätundersökning eftersom mycket vård köps av privata vårdgivare utan det primära syftet att korta väntetider.

Variationen i informationen till patienterna skiljer sig mellan landstingen i allmänhet. Socialstyrelsens senaste enkät (bilaga 2) om tillgänglighetsarbetet till landstingen (hösten 2011) inkluderar frågor om hur landstingen informerar patienter. Halland har en tydlig policy med specificerad information till patienter som riskerar att överträda vårdgarantigränserna och 60-dagarsgränsen för kömiljardens måluppfyllelse. I strategin ingår också information om alternativa vårdgivare och en uppmaning att kontakta vårdgarantiservicen i landstinget. I Dalarna däremot hanteras informationen av respektive klinik.

I samma enkät till landstingen utmärker sig Halland i frågan om var förbättringspotentialen ligger för en bättre tillgänglighet. Endast Halland svarade att det inte finns någon ”ytterligare förbättringspotential” i engagemanget från klinik- och enhetschefer, lednings- och styrsystem för vårdgarantiarbetet, och tydligheten i ansvarsfördelningen bland dem som jobbar med tillgänglighet. Noterbart är också att i denna undersökning är just Halland och Dalarna ensamma om att svara att engagemanget och stödet från den politiska ledningen i landstinget är tillfredställande (”ingen ytterligare förbättringspotential”).

I de djupintervjuer av vårdpersonal per telefon som Socialstyrelsen gjorde hösten 2011 ingick Halland och Dalarna som två av fyra landsting (se avsnittet ”Kännedom och attityd hos hälso- och sjukvårdspersonalen”).

Vad gäller respondenternas kunskaper om vårdgarantin var skillnaderna mellan de båda landstingen mycket små. Däremot skiljde sig kunskaperna om kömiljarden stort. En betydligt större andel av personalen i Halland ansåg sig ha kunskap om kömiljarden. I Halland svarade också samtliga respondenter (18 stycken) ”Ja” på frågan om de visste huruvida landstinget hade fått del av kömiljarden eller inte. I Dalarna svarade 15 av 25 respondenter ”Ja” på denna fråga.

Väntetid, produktion och indikationer

Socialstyrelsens samlade iakttagelser

- Produktionen inom tio studerade kirurgiska specialiteter ökade med 27 procent 2004–2010 och den största ökningen skedde under åren 2008–2010, vilket sammanfaller med kömiljarden.
- Inom plastikkirurgi och ryggkirurgi fördubblades produktionen under perioden 2004–2010. För plastikkirurgi är det framför allt operationer av hängbuk som har ökat, vilket i sin tur med största sannolikhet är en effekt av ökad fetmakirurgi.
- Plastikkirurgi och ryggkirurgi tillhör de områden som har svårast att nå upp till vårdgarantins mål, vilket eventuellt kan förklaras av att landstingen inte har anpassat resurserna inom dessa områden efter det ökade vårdbehovet.

Inledning

Väntetider är ett mångfasetterat problem som på ett eller annat sätt är ett resultat av samspelet mellan vårdbehovet och efterfrågan å ena sidan och indikationer och produktion å den andra. En rimlig teori är att väntetiderna blir längre om vårdbehovet och efterfrågan ökar utan att produktionen ökar i motsvarande grad. På samma sätt kan det antas att väntetiderna blir kortare om efterfrågan minskar och produktionen är konstant eller ökar (figur 23).

Figur 23: Teoretiskt samband mellan vårdbehov/efterfrågan och produktion

		Produktion	
		Minskar	Ökar
Vårdbehov/ efterfrågan	Minskar	A. Väntetiden är oförändrad	B. Väntetiden kortas
	Ökar	C. Väntetiden förlängs	D. Väntetiden är oförändrad

Något som påverkar omfattningen av vården är på vilka indikationer olika behandlingar ges. När behandlingsfrekvensen, det vill säga antalet operationer per invånare, jämförs mellan olika landsting framkommer ofta skillnader som till viss del har sin grund i att indikationerna varierar. En viktig fråga att belysa i uppföljningen av kömiljarden och vårdgarantin är därför i vilken mån förändrad produktion och varierande indikationer har påverkat vänte-

tidsutvecklingen, och i förlängningen om landstinget har klarat garantins målsättning.

Socialstyrelsen har inte berört dessa frågor i de tidigare årsrapporterna och inte heller har det varit möjligt att inom ramen för denna rapport genomföra några omfattande analyser på området. Dock har en översiktlig studie gjorts av produktionsutvecklingen inom tio kirurgiska specialiteter och de 42 behandlingar som ingår i väntetidsdatabasen. Underlaget till denna studie har hämtats från Socialstyrelsens patientregister och samma KVÅ-koder (Klassifikation av vårdåtgärder, 2007) som används i väntetidsdatabasen har legat till grund för urvalet (bilaga 4).

Produktionsutveckling 2004–2010

I tabell 6 beskrivs utvecklingen av antalet operationer inom de tio kirurgiska specialiteter som ingår i väntetidsdatabasen och i studien. Ett index har beräknats med år 2004 som bas, och värden över 100 innebär att produktionen har ökat.

Tabell 6. Utveckling av produktion per specialitet i riket 2004–2010

	Index 2004 =100					
	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Gynekologi	104,3	95,3	90,4	89,1	96,7	96,2
Kirurgi	108,2	109,1	106,9	114,1	112,7	119,2
Thoraxkirurgi	95,6	97,0	104,0	96,6	92,1	91,4
Ortopedi	100,8	104,4	107,5	124,0	124,5	128,1
Ryggkirurgi	121,1	120,9	120,8	155,4	181,4	203,9
Handkirurgi	114,3	118,7	123,6	130,5	132,8	139,7
Urologi	103,5	97,4	91,3	94,3	91,7	93,6
Plastikkirurgi	112,5	129,3	121,9	120,9	132,0	216,2
Ögonsjukvård	111,6	105,6	105,7	110,2	122,7	138,2
Öron-,näs- halssjukvård	104,1	104,0	103,4	108,8	127,4	128,6
Totalt	107,1	106,6	106,7	114,6	119,4	127,3

Källa: Socialstyrelsen – Patientregistret.

Av uppgifterna i tabellen framgår att antalet ingrepp inom de tio specialiteterna totalt har ökat med 27 procent sedan 2004. Det framgår också att huvuddelen av ökningen kom 2008–2010, vilket tyder på att det kan finnas ett samband med introduktionen av kömiljarden.

Ser man till utvecklingen inom de olika specialiteterna är det vissa som har ökat kraftigt medan andra har fallit tillbaka. Produktionen inom gynekologi, thoraxkirurgi och urologi har minskat något, medan övriga områden har ökat. Den största ökningen har skett inom plastikkirurgi som har mer än fördubblat sin produktion. Även inom ryggkirurgi har produktionen fördubblats.

En intressant observation är att två av de områden som hade störst problem med att nå upp till vårdgarantins krav under 2011 (figur 11) är de som

har ökat produktionen mest. Gynekologi, som har minskat produktionen, är däremot den specialitet som har den bästa tillgängligheten i den meningen att de har den största andelen patienter på väntelistorna som har väntat i mindre än 90 dagar (figur 11).

Med utgångspunkt från den teoretiska modellen skulle detta innebära att plastikkirurgi och ryggkirurgi inte har lyckats balansera en ökad efterfrågan trots att produktionen ökar. För gynekologi stämmer den teoretiska modellen bättre om det är så att efterfrågan har minskat i samma omfattning som produktionen (ruta A, i modellen ovan).

Uppgifterna pekar på att det inte finns några enkla samband mellan förändringar i produktion och väntetider så som i den mening som den teoretiska modellen visar. En orsak till detta kan vara att det finns en viss tröghet i anpassningen av resurserna till en ökad efterfrågan.

För att försöka förstå vad som ligger bakom den stora ökningen av operationer inom plastikkirurgi respektive ryggkirurgi har myndigheten studerat hur de olika ingrepp som finns med i väntetidsdatabasen har utvecklats.

Tabell 7: Antal operationer 2004–2010 för tre olika ingrepp inom plastikkirurgi

Ar	Bröstförminskning	Bröståteruppbyggnad	Hängbuk	Totalt
2004	1 055	1 513	428	2 996
2005	1 209	1 619	542	3 370
2006	1 365	1 856	664	3 875
2007	1 164	1 942	546	3 652
2008	1 125	1 945	552	3 622
2009	1 312	1 928	716	3 956
2010	1 329	2 738	2 409	6 476

Källa: SKL – väntetidsdatabasen.

Av tabellen 7 kan utläsas att det framför allt är operationer för hängbuk som har ökat mycket kraftigt och då speciellt under 2010. Bakgrunden till detta är med största sannolikhet att fetmaoperationer har blivit allt vanligare och därmed har behovet av plastikrekonstruktioner av detta slag ökat. De långa väntetiderna under 2011 pekar på att kapaciteten inom plastikkirurgin inte har hunnit byggas upp för att motsvara den ökade efterfrågan.

Tabell 8 och 9 nedan visar motsvarande uppdelning på enskilda ingrepp inom ryggkirurgi respektive gynekologi.

Tabell 8: Antal operationer 2004–2010 för fyra olika ingrepp inom ryggkirurgi

År	Rotkanal-förträngning	Kotförskjutning	Diskbråck ländrygg	Diskbråck halsrygg	Totalt
2004	954	2 116	1 765	287	5 122
2005	1 500	2 461	1 895	346	6 202
2006	1 390	2 511	1 976	313	6 190
2007	1 656	2 338	1 890	301	6 185
2008	2 296	3 001	2 294	370	7 961
2009	2 765	3 593	2 474	458	9 290
2010	3 238	3 896	2 748	561	10 443

Källa: SKL – väntetidsdatabasen.

Inom ryggkirurgin finns det inte på samma sätt någon enstaka operation som har ökat utan här har det skett en mer allmän ökning av insatserna inom specialiteten.

Inom gynekologi är det tre typer av operationer som följs upp i väntetidsdatabasen: borttagande av livmoder (hysterektomi) samt operation vid livmoderframfall och vid urininkontinens. Det har skett en nedgång av antalet hysterektomier och urininkontinensoperationer, medan antalet operationer vid livmoderframfall har varit mer stabilt.

Tabell 9: Antal operationer 2004–2010 för tre olika ingrepp inom gynekologi

År	Hysterektomi	Livmoder-framfall	Urin-inkontinens	Totalt
2004	8 232	6 427	3 929	17 988
2005	8 199	6 900	3 922	19 021
2006	7 345	6 361	3 575	17 281
2007	7 443	5 858	3 090	16 391
2008	6 989	5 935	3 331	16 255
2009	7 287	6 605	3 555	17 347
2010	7 682	6 551	3 251	17 484

Källa: SKL – väntetidsdatabasen.

Om dessa förändringar speglar ändrade vårdbehov, teknologikutveckling eller ändrade indikationer och prioriteringar har inte kunnat klarläggas. De uppgifter som har tagits fram för denna rapport pekar helt klart på att det är betydelsefullt att i analyser av väntetider även studera dessa utifrån ett produktions- och indikationsperspektiv.

Undanträngning

Socialstyrelsens samlade iakttagelser

- Analyser av kvalitativa och kvantitativa källor bekräftar Socialstyrelsens tidigare observation 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.
- Långa väntetider för återbesökspatienter eller andra patientgrupper som inte täcks av vårdgarantin eller kömiljarden behöver inte tyda på undanträngningseffekter, men det finns ett flertal exempel där undanträngning är den mest sannolika förklaringen.
- Socialstyrelsens tillsyn har fått in flera ärenden där förlängda väntetider för återbesökspatienter kan kopplas till en försämring av patienternas tillstånd. Ett av skälen till de långa väntetiderna är att förstasbesökspatienter har prioriterats framför återbesökspatienter.
- Data från de få landsting som följer upp återbesök visar att väntetidsutvecklingen för återbesökspatienter ibland avvek kraftigt från väntetidsutvecklingen för förstasbesökspatienter år 2011.
- Mätningarna av väntetider till återbesök avser i regel enbart patienter som väntar på besök till en specialistläkare. Eftersom återbesök även kan ske på patientens eget initiativ eller genom kallelser till andra yrkeskategorier inom den specialiserade vården eller primärvården behövs kunskap om lokala rutiner för att tolka uppgifterna.
- Socialstyrelsen konstaterar att det år 2011 inte fanns samma typ av kraftiga kortvariga försämringar i väntetiderna till återbesök som året innan. Kömiljardens förändrade konstruktion med månatliga avstämningar är troligtvis ett viktigt skäl till detta.

Inledning

Landtingens insatser för att kartlägga väntetider inom den specialiserade vården har under lång tid varit begränsade till patienter som väntar på en första bedömning hos en specialistläkare eller en operation eller annan åtgärd. Att enbart studera väntetider för dessa patienter räcker dock inte för få en samlad bild av tillgängligheten i den svenska hälso- och sjukvården. Det krävs en analys av samliga patientflöden för att upptäcka om insatser inom ett område leder till negativa effekter inom ett annat. En annan fråga som bör beaktas är var gränsen går för att genomföra olika vårdinsatser, oavsett om det handlar om besök eller behandling. Att väntetiderna skiljer sig åt mellan landsting beror delvis på att det görs olika bedömningar av vilka medicinska indikationer som ska ge tillgång till olika typer av vård [12].

Detta kapitel ägnas åt den första av dessa frågor, nämligen om vårdgarantin och senare kömiljardens tillkomst kan ha medverkat till negativa effekter i form av så kallad undanträngning. Avsnittet bygger vidare på den analys

som presenterades i Socialstyrelsens årsrapport från 2011 [5] och innehåller den slutgiltiga redovisningen av ett tilläggsuppdrag om fördjupad analys av undanträngningseffekter som Socialstyrelsen fick hösten 2010.

Jämfört med rapporten från 2011 har det kvalitativa och det kvantitativa underlag som Socialstyrelsen fått tillgång till blivit mer omfattande. Detta gäller de statistiska uppgifter som visar väntetidssituationen för så kallade återbesökspatienter i ett antal landsting, men också andra underlag såsom intervjustudier, kontakter med patientorganisationer, uppgifter från Socialstyrelsens tillsynsavdelning samt patientnämndernas årsrapporter.

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.

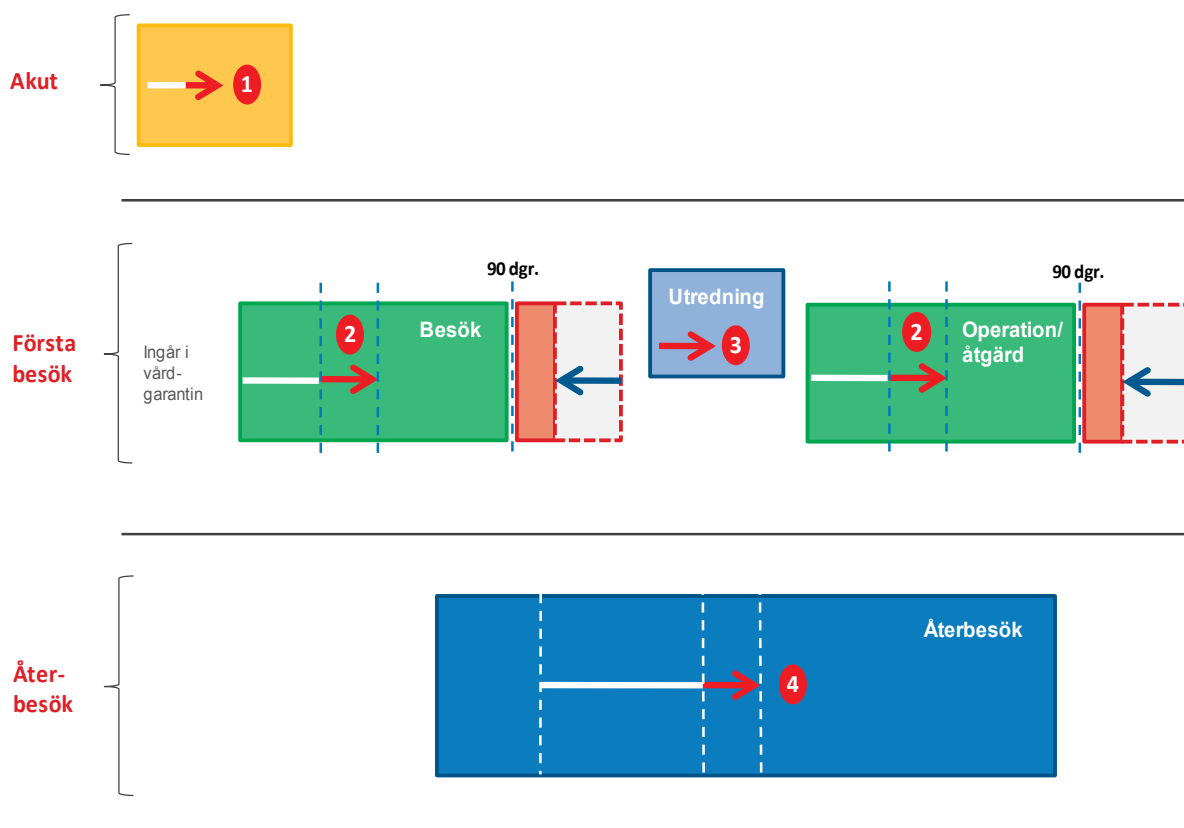
Undanträngning av patientgrupper eller vårdkedjor

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 så kallade förstabesökspatienter. Den nationella vårdgarantin år 2005 och introduktionen av en målbaserad ersättning i form av kömiljarden har starkt

bidragit till att väntetider för just dessa patienter mäts och används som en måttstock för hälso- och sjukvårdens totala tillgänglighet.

Figur 24 visar vilka grupper som teoretiskt skulle kunna missgynnas av vårdgarantin och kömiljarden.

Figur 24. 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. Mycket lite är känt om hur väntetidsutvecklingen har varit historiskt, men det finns en risk för att akutsjukvården har underprioriterats på grund av satsningar på andra vårdkedjor. Socialstyrelsen har för närvarande ett regeringsuppdrag som syftar till att utveckla ett system för att följa väntetider till akutvården vid sjukhusen [13].
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 in-

nan 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.

Bilden kompliceras ytterligare när patienter från andra vårdgivare i det egna landstinget eller från andra landsting inkluderas i analysen, framför allt de patienter som slussas vidare inom ramen för vårdgarantin. Som har beskrivits tidigare i den här rapporten genererar dessa patienter i regel större intäkter till de mottagande enheterna än patienter från det egna upptagningsområdet. Det finns således en teoretisk risk för att ekonomin går före det medicinska behovet. Detta kapitel tar upp ett antal sådana exempel.

I Socialstyrelsens genomgång av intervjustudier, rapporter, tillsynsärenden och andra källor som har analyserats inom ramen för denna utredning diskuteras samtliga dessa former av undanträngning. 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.

Perspektiv på undanträngning

I brist på data om väntetider för andra patientgrupper än de som väntar på ett första specialistbesök eller på en operation eller åtgärd har det tidigare varit svårt att få en samlad bild av huruvida undanträngning förekommer eller inte. Uppgifter som funnits att tillgå i Sverige har ofta tagits fram inom ramen för små studier och inte byggt på väntetidsmätningar. Vissa internationella studier har visat på förekomst av undanträngning, men skillnader mellan olika hälso- och sjukvårdssystem gör att det är svårt att översätta dem till svenska förhållanden [5].

Trots att det inte har funnits tillförlitliga uppgifter om undanträngning har risken för att patienter med ett större medicinskt behov trängs undan av lägre prioriterade patienter ständigt diskuterats. Kritiken har ibland varit omfattande, främst inom läkarkåren. Om man studerar uttalanden om undanträngning som har gjorts i studier eller i medier visar det sig att många menar att undanträngning har blivit ett större problem än tidigare som en följd av vårdgarantisatsningarna och kömiljardens incitamentsstruktur. Åsikterna går dock isär när det gäller i vilken utsträckning patienter drabbas och huruvida nettoeffekterna av de gjorda satsningarna är positiva eller negativa.

I detta avsnitt redovisas kortfattat hur specialistläkare, landstingens väntetidsansvariga och patienter ser på risken för undanträngning samt möjligheterna att hantera dessa effekter om de skulle förekomma.

Hälso- och sjukvårdspersonal

Intervjustudier

I en intervjustudie genomförd av Medical Management Center (MMC) år 2007 bland experter som hade lett arbetet med att ta fram gemensamma medicinska indikationer var undanträngning ett av de ämnen som diskuterades. Majoriteten av de intervjuade nämnde ett eller flera exempel på undanträngning i samband med införandet av 2005 års vårdgaranti [14]. Åsikterna gick dock isär när det gäller vilka patientgrupper eller vilka delar av hälso- och sjukvården som drabbas mest, samt vad undanträngningen berodde på. Flera experter nämnde äldre patienter och patienter med kroniska sjukdomar som möjliga grupper som riskerar att drabbas av undanträngning.

Som tidigare nämnts lät Socialstyrelsen göra en intervjuundersökning bland läkare, sjuksköterskor och administratörer i slutet av 2011. Det handlade om djupintervjuer på telefon i fyra landsting: Stockholm, Halland, Dalarna och Västerbotten. Trots att intervjupersonerna rekryterades av landstingen, vilket gör att resultaten måste tolkas med försiktighet, visade det sig att tre av fyra specialistläkare tror att undanträngning förekommer i det egna landstinget. Flertalet upplever att omfattningen är begränsad, men var femte läkare säger att undanträngning förekommer i stor eller mycket stor skala.

Bland de intervjuade administratörerna är bilden den omvända. Endast var fjärde administratör tycker att undanträngning förekommer medan tre fjärdedelar inte gör det. För den övriga sjukvårdspersonalen ligger resultatet ungefär mitt emellan dessa båda grupper. I Stockholm – där antalet respondenter var litet – Dalarna och Västerbotten tror minst hälften av respondenterna att undanträngning förekommer. I Halland, som är ett av de landsting som enligt SKL:s väntetidsdatabas har bäst tillgänglighet när det gäller förstabetespatienter, har endast var femte svarande denna åsikt.

Bland dem som anser att undanträngning förekommer är andelen som menar att undanträngningen ökade under perioden 2009–2011 något större än andelen som upplever en minskning, men skillnaden är liten. Uppdelat per målgrupp är det dock två gånger så många läkare som tycker att undanträngningen har ökat än de som tycker att den har minskat. Åsikten att undanträngning har blivit vanligare finns främst i Stockholm och Västerbotten.

De mest förekommande svaren på frågan om vad som är de viktigaste skälen till att undanträngning förekommer är att det är en naturlig följd av prioriteringsprocessens komplexitet eller att det är på grund av individuella påtryckningar av vissa patienter. Två personer, båda administratörer i Stockholm, svarar dock att det är till följd av påtryckningar från landstinget. En person, som representerar den övriga sjukvårdspersonalen i Västerbotten upplevde också att det hade förekommit påtryckningar från enhetschefen.

De respondenter som anser att undanträngning förekommer uppger att de som drabbas framför allt är svårt sjuka patienter och patienter med kroniska sjukdomar. Återbesök får enligt dem stå tillbaka till förmån för förstabetesök och patienter som har lindrigare sjukdomar. En annan iakttagelse är att det

finns fler tider till förhållandevis friska patienter som är lättare att operera och snabbare kan gå hem igen.

En annan läkarkommentar visar att det även kan finnas ekonomiska skäl till att unga och friska patienter snabbare blir kallade: *”Det ger ju ett snabbare flöde när man måste räkna volym. Att operera unga friska människor är mer lönsamt för landstinget.”* Det finns också åsikter om att vårdgarantin är anpassad till vissa verksamheter men inte till andra och att den ofta tvingar läkare att nedprioritera patienter med ett större medicinskt behov.

Bilden bekräftas delvis av en tredje intervjustudie som ingick i en granskning av vårdgivarnas patientsäkerhetsarbete som Socialstyrelsens tillsyns-avdelning gjorde åren 2009–2010 [15]. Som ett led i detta granskningsarbete gjordes bland annat gruppintervjuer med verksamhetschefer och övrig personal. Att vårdgarantin tränger undan kroniskt sjuka och patienter i behov av uppföljning var en av patientsäkerhetsriskerna som respondenterna identifierade i verksamheten.

Att patienter med komplexa sjukdomar ibland inte tas om hand på ett tillfredsställande sätt, både när det gäller akuta insatser och rehabilitering och eftervård, kan också leda till att patienter söker sig till landets akutmottagningar. Om grundsjukdomen försämras och vårdbehovet inte tillgodoses någon annanstans finns en risk för att akutmottagningen blir den enda utvägen. Sambandet med fokuseringen på förstabesök eller en upplevd styrning till patientbesök som leder till ökade intäkter är en koppling som har gjorts av flera representanter för hälso- och sjukvården som har kontaktat Socialstyrelsen under utredningens gång.

Forskning

Det finns också forskningsstudier som bekräftar de uppfattningar som kommit fram i intervjustudierna. I ESO-rapporten ”Kåren och köerna” [6], som publicerades i slutet av 2010, studerades hur ortopedier har hanterat införandet av den nationella vårdgarantin. Många ortopedier visade sig i grunden vara positiva till reformen, men ansåg samtidigt att deras autonomi att själva planera en patients behandling har begränsats av vårdgarantin. Nästan fyra av tio instämde i hög eller mycket hög grad med påståendet att fel patientgrupper prioriteras som ett resultat av vårdgarantin, och ungefär samma andel instämde i viss grad. Bilden är snarlik när det gäller påståendet att vårdgarantin innebär att patienter med mindre allvarliga sjukdomar prioriteras framför allvarligt sjuka eller kroniskt sjuka patienter som har väntat kortare tid. Framför allt återbesökspatienter anses vara en grupp som kan drabbas av undanträngning.

Rapportering i medier

Kritiska röster från läkare som uttalar sig om undanträngning finns också i medierna. Resonemangen kretsar ofta kring konstaterandet att det finns patientgrupper som visserligen ska ha tillgång till den specialiserade vården, men vars medicinska behov inte är så stort att det föranleder vård inom tre månader. Att ändå vara tvungen att ta hand om dessa patienter inom samma tidsgräns som patienter med mer angelägna medicinska behov, oavsett om det handlar om nybesök eller återbesök, ses som problematiskt.

Även det faktum att undersökningar inte ingår i vårdgarantin har uppmärksammats. Besparingar på Sahlgrenska universitetssjukhus har till exempel lett till att det från och med den 1 januari 2012 inte längre är möjligt att vända sig till andra sjukhus för att få hjälp med röntgenundersökningar [16]. Köerna har blivit mycket långa på grund av detta. Frågan om dessa patienter har blivit undanträngda beror på huruvida samma typ av besparingar även gäller andra delar av vårdkedjan, såsom förstabesök samt operationer och åtgärder. Om besparingarna enbart drabbar de delar av verksamheten som inte täcks av vårdgarantin eller kömiljarden är det en form av undanträngning.

I november 2011 sände Sveriges Television ett avsnitt av programmet Dokument inifrån. Programmet gick under titeln "Vårdlotteriet" och handlade om hur vissa patienter med akuta medicinska problem prioriteras bort [17]. På den slutenvårdsenhet där reportaget gjordes nekades multisjuka patienter med stort vårdbehov en plats till förmån för patienter med mindre komplicerad problematik. Ibland kan det finnas medicinska skäl för detta, men enligt den intervjuade chefsläkaren är det inte ovanligt att sådana beslut fattas för att skydda den redan hårt pressade personalen eller på grund av ekonomiska skäl. Patienter med enklare problematik, som inte behöver ligga kvar så länge, genererar högre intäkter liksom utomlänspatienter. Kommentaren liknar dem som kom fram i Socialstyrelsens intervjustudie.

Att omprioriteringar som beror på vårdgarantin verkligen förekommer visades i mars 2012 när Stockholm läns landsting meddelade att sjukhusen inte längre får erbjuda besök eller operationer till patienter från andra landsting före det att sjukhusets egna patienter har fått sin vårdinsats. Undantag görs dock för olika typer av högspecialiserad vård som inte finns att tillgå i andra delar av landet.

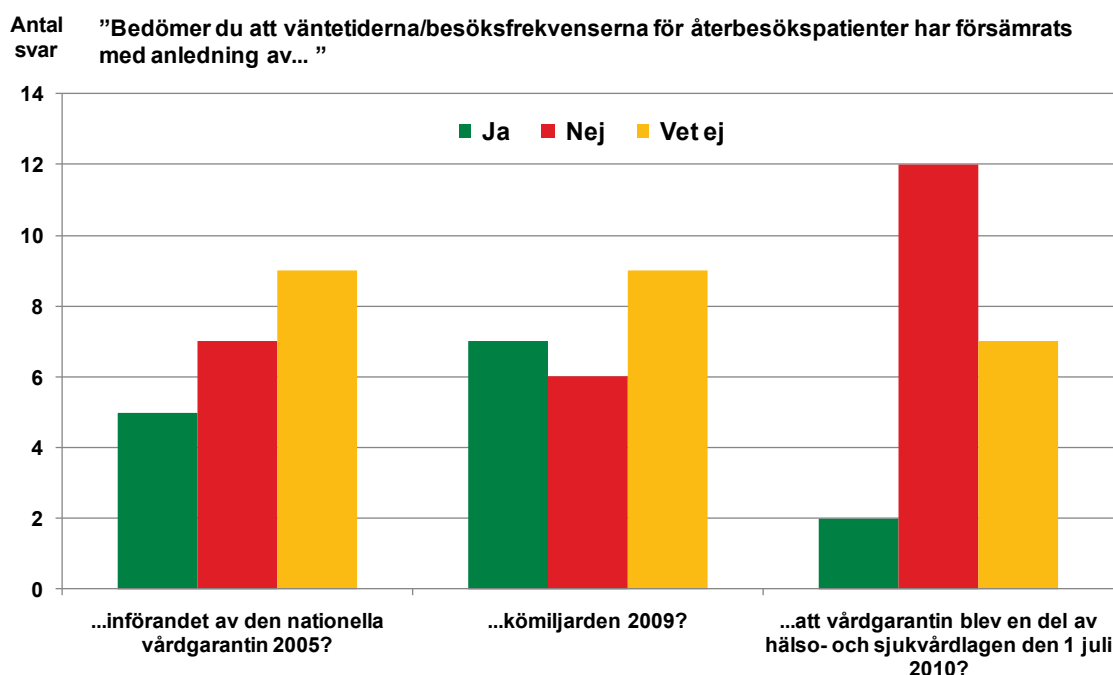
Patienter i Stockholm kan således ha fått förlängda väntetider jämfört med patienter från andra landsting som har ungefär samma medicinska behov och som har fått vård i Stockholm inom ramen för vårdgarantin. Enligt landstingets årsredovisning för hälso- och sjukvårdsnämnden hade den vård som såldes till utomlänspatienter inom området akutsjukvård (inklusive högspecialiserad vård) ett värde på drygt 600 miljoner kronor år 2011.

Enkät till landstingens väntetidssamordnare

I början av 2011 skickade Socialstyrelsen en enkät till samtliga landsting med frågor om bland annat uppföljningen av väntetider för återbesökspatienter och den eventuella förekomsten av undanträngning. Frågorna var direkt ställda till landstingens väntetidssamordnare eller motsvarande och speglar deras personliga uppfattning.

Av figur 25, som redovisar ett antal frågor om väntetider för återbesökspatienter, framgår att väntetidssamordnarna inte har en gemensam bild. Bland de respondenter som ansåg att väntetiderna för återbesökspatienter hade försämrats menade 7 personer att kömiljarden har haft en negativ inverkan på väntetiderna för denna patientgrupp, medan 5 personer nämnde införandet av den nationella vårdgarantin 2005. Endast 2 av de 21 svarande kopplade förlängda väntetider till det faktum att vårdgarantin blev en del av hälso- och sjukvårdslagen den 1 juli 2010.

Figur 25. Landstingens väntetidssamordnare (eller motsvarande) uppfattning om väntetidsutvecklingen för återbesökspatienter



Källa: Socialstyrelsen.

Resultatet är i linje med utfallet från tidigare enkäter och handlingsplaner. År 2007 begärde Socialstyrelsen en redogörelse från varje landsting om vårdgarantiarbetet. En av frågorna handlade om hur riksdagens prioriteringsriktlinjer beaktades vid tillämpningen av vårdgarantin. I sju av landstingen fanns farhågor om att vårdgarantin kunde leda till en förskjutning av resurserna mot medicinskt lägre prioriterade insatser, trots att riksdagens prioriteringsriktlinjer är vägledande för landstingen.

I en annan enkät som Socialstyrelsen skickade till landstingens väntetidssamordnare i december 2011 fanns en liknande fråga. Landstingen ombads att bedöma i vilken utsträckning undanträngning kan ha förekommit i den specialiserade vården under åren 2009–2011. När det gäller 2010 och 2011 svarade 11 landsting att undanträngning förekommer i liten skala, 5 i ganska liten skala och 2 i ganska stor skala (Örebro och Västernorrland). Två landsting, Västra Götalandsregionen och Dalarna, svarade att undanträngning inte alls förekom under dessa år. Flertalet landsting anser att förekomsten av undanträngning var oförändrad mellan 2009 och 2011, men två menar att problemet ökade och fyra att det minskade.

Bland de landsting som anser att undanträngning förekommer är ögonklinikerna ett exempel som nämns oftast. Det handlar både om diabetespatienternas ögonbottenundersökningar samt om vissa andra ögonsjukdomar. Ingen av de svarande tycker att individuella påtryckningar av patienter eller påtryckningar från landstinget är det viktigaste skälet till att undanträngning förekommer eller har förekommit, utan den ses främst som en naturlig följd av prioriteringsprocessens komplexitet. Ett antal landsting kunde dock inte

lyfta fram en enskild faktor när de svarade på frågan utan anser att det handlar om en kombination av faktorer.

Patientföreträdares uppfattning

Under 2006 och 2007 anordnade Socialstyrelsen sammanlagt tre hearings med företrädare för patient- och brukarorganisationer och pensionärsorganisationer. En av huvudpunkterna i dessa diskussioner var risken för undanträngning. De deltagande organisationerna gav exempel på såväl individuell undanträngning som på former av undanträngning som de ansåg var kopplade till vårdgarantins konstruktion, till exempel genom att patienter som är beroende av regelbundna kontroller och återbesök får vänta längre. Det fanns också en samsyn om att äldre patienter med multipla sjukdomar även drabbades på ett annat sätt. Dessa patienter behöver i regel fler undersökningar (provtagning, datortomografi med mera), och de ingår inte i vårdgarantin. Den totala väntetiden för dessa patienter kan därför bli mycket lång.

En ny hearing med patientorganisationer som hölls i februari 2012 gav delvis samma bild. För att vårdgarantin verkligen ska vara ett stöd för de patienter som representeras av patientorganisationerna behövs sammanhållna vårdkedjor där bland annat undersökningar ingår. Att kunna dra nytta av vårdgarantin fordrar dessutom att man är inte alltför sjuk eller att man har anhöriga eller bekanta som vet vilka rättigheter man har. Deltagarna ansåg också att vårdgarantin och kömiljarden främst är utformade för dem som är tillfälligt sjuka, inte de kroniskt sjuka. En åsikt som framfördes från flera håll är att rehabiliteringen och eftervården har stora brister.

Ett flertal organisationer kommenterade att det är bra med mätning av väntetider, men anser att statistiken i väntetidsdatabasen kan ge en missvisande bild. Många patienter som skulle behöva en remiss till den specialiserade vården får inte någon remiss. Andra patienter som träffar en specialistläkare inom rimlig tid blir sedan vidareremitterade och kan i värsta fall skickas runt i systemet i många år utan att få en diagnos. Enligt patientorganisationerna förekommer det också att patienter skickas tillbaka till primärvården utan att förutsättningarna finns för att bli omhändertagen på bästa möjliga sätt. Att väntetider till förstabesök eller behandling blir kortare innebär således inte nödvändigtvis att patienterna får rätt vård.

Socialstyrelsens tillsyn och patientnämnder

Sannolikheten att hitta ärenden som har skickats in till Socialstyrelsen med ordet "undanträngning" i rubriken eller i bakgrundbeskrivningen är mycket liten. Patientens upplevda problem är lång väntetid, oavsett bakomliggande orsak. Det vanligaste väntetidsrelaterade sökordet i ärenderubrikerna är "fördröjd" (till exempel fördröjd remiss, diagnos eller behandling). Även om undanträngning i regel inte nämns är känslan bland några av de inspektörer som har kontaktats att de prioriteringar som görs på grund av vårdgarantin eller kömiljarden kan vara en bidragande orsak till en patients långa väntan, framför allt när det gäller patienter med kroniska sjukdomar som väntar på återbesök eller andra typer av kontroller.

I ett beslut från december 2011 konstaterade Socialstyrelsens regionala tillsynsenhet nord att en av anledningarna till att en diabetespatient i Västernorrland fick vänta länge på en kontroll på ögonkliniken var att klinikerna hade fått tydliga påbud om att prioritera remisspatienter och nybesök för att klara vårdgarantin. Denna faktor nämndes av landstinget som en av åtta identifierade orsaker till att väntetiden blev så lång, men lyftes fram särskilt i Socialstyrelsens bedömning. Enligt beslutstexten ser Socialstyrelsen allvarligt på att ”verksamhetens prioritering av arbetsuppgifter för att klara vårdgarantin har bidragit till patientsäkerhetsrisker i form av att vården av kroniska sjukdomar har eftersatts”.

Det har visat sig att ärendet med diabetespatienten i Västernorrland inte var ett isolerat fall. Ett flertal Lex Maria-ärenden och enskilda klagomål som gäller återbesök till ögonsjukvården har kommit in till Socialstyrelsen. Myndigheten konstaterar att 13 patienter i Västernorrland har fått vänta så länge på sina återbesök att de misstänks ha fått synskador. En större uppföljning av ögonsjukvården vid länssjukhuset Sundsvall-Härnösand är planerad till hösten 2012. Enligt sjukhuset ligger nedskärningar i personalen och bristfällig organisation av ögonsjukvården till grund för de problem som uppstått, men även prioriteringen av förstabesökspatienter på bekostnad av återbesökspatienter nämns som en viktig förklaring.

Att det finns påbud på klinik- eller sjukhusnivå att förstabesökspatienter ska gå före återbesökspatienter förekommer också på andra håll. Ett exempel som uppmärksammades i medierna i början av 2012 är logopedmottagningen vid Skaraborgs sjukhus, där väntetider på upp till tio månader var anledningen till att man gjorde en handlingsplan som bland annat går ut på att man prioriterar förstabesök för att kunna uppfylla vårdgarantins krav för denna patientgrupp. De som väntar på behandling eller ska komma på återbesök får i stället vänta längre.

Inom ramen för denna utredning har Socialstyrelsen även gått igenom årsrapporterna från Sveriges samtliga patientnämnder för år 2010. I rapporterna redovisas de inkomna ärendena (totalt 26 502 stycken) under tre huvudrubriker. En av dem är ”Organisation, regler och resurser” och här finns en rad underrubriker, bland annat ”vårdgaranti”, ”tillgänglighet och väntetid” samt ”resurser och prioriteringar”. Precis som när det gäller de ärenden som Socialstyrelsen tar hand om kan undanträngning vara en bakomliggande orsak till vissa väntetidsrelaterade klagomål, men det är inte ett samband som patienterna uppfattar. De upplever helt enkelt en fördröjd vårdinsats.

Av de sammanfattande ärendebeskrivningar som finns i rapporterna framgår att klagomålen i stället rubriceras som bristande planering av återbesök, lång väntetid på undersökningar, nekade vårdåtgärder på grund av resursbrist och problem med bristande samordning mellan verksamheter vid svårdiagnostiserade sjukdomstillstånd och multisjuka patienter. Patientorganisationernas bild av att patienter ibland slussas runt är ett exempel som också nämns i vissa av patientnämndernas rapporter.

Väntetider för återbesökspatienter

I Socialstyrelsens rapport från 2008 [8] konstaterades att landstingens intresse för att bevaka väntetidsläget för andra patientgrupper än de vars uppgifter finns i väntetidsdatabasen var begränsat. De senaste åren har ett antal landsting emellertid börjat med försök att mäta väntetiderna för återbesökspatienter, ibland endast på ett eller ett fåtal enheter, men i några landsting också på central nivå.

I Socialstyrelsens uppföljning för år 2011 samarbetade myndigheten med Kronoberg, Halland och Örebro. Örebro var dock det enda landsting som hade möjlighet att redovisa uppgifter från månatliga mätningar som sträckte sig längre än ett år, och det var dessa uppgifter som redovisades och analyserades mest utförligt i rapporten från 2011.

Kunskap om alla typer av patientflöden, inklusive återbesökspatienter, är en viktig förutsättning för att kunna få till stånd ett långsiktigt förbättringsarbete inom tillgänglighetsområdet. Detta då det inte finns vattentäta skott mellan patientflödena för förstabesökspatienter, återbesökspatienter och patienter som behöver akutvård. Ju mer information som finns om olika patientflöden och hur de hänger ihop, desto bättre blir möjligheterna för att kunna styra valet av åtgärder som bidrar till förbättrad tillgänglighet.

Med anledning av att Socialstyrelsen i rapporten från 2011 visade att det sannolikt förekommer undanträngning av återbesökspatienter samt att väntetiderna för återbesök ofta är längre än vad som motsvarar det medicinska behovet, anordnade Socialstyrelsen, i samarbete med SKL och Örebro läns landsting, ett heldagsseminarium i maj 2011. Målet med dagen var att skapa förutsättningar för informationsutbyte mellan de landsting som är intresserade av att på ett mer strukturerat sätt börja följa upp återbesökspatienternas väntetider samt att diskutera för- och nackdelar med olika mätmetoder.

Antalet landsting som har inlett försök för att mäta väntetiderna för återbesökspatienter ökade något under 2011. I Socialstyrelsens enkät till landstingens väntetidssamordnare uppgav 13 landsting eller regioner att de på något sätt följer upp dessa väntetider. Sju landsting svarade att de gör mätningar på central nivå för samtliga patientgrupper. Dessa mätningar görs i de flesta fall inte månad för månad utan vid spridda tidpunkter. Fem av landstingen har delat med sig data till Socialstyrelsens uppföljning: Örebro, Gävleborg, Jämtland, Kronoberg och Gotland.

Gävleborg är det andra landsting efter Örebro som kan presentera en data-serie som sträcker sig över ett helt år och som omfattar ett flertal verksamhetsområden. Även Jämtland har börjat göra långtidsuppföljningar, men dessa är än så länge mer begränsade än i Örebro och Gävleborg. Syftet med de kommande avsnitten är att fördjupa fjolårets kartläggning och jämföra väntetidsutvecklingen för återbesökspatienter och förstabesökspatienter för att fastställa om undanträngning kan ha förekommit år 2011.

Tolkning av väntetidsuppgifter för återbesökspatienter

Precis som när det gäller väntetider för förstabesökspatienter finns det flera aspekter som måste beaktas när man tolkar uppgifter om väntetider till åter-

besök. En av dessa aspekter är hur mätningarna är gjorda och vilka mät-punkter som ingår. Bland de landsting som följer upp väntetiderna för åter-besökspatienter finns några som mäter väntetiden direkt efter det av läkaren satta datumet för nästa återbesök (medicinskt måldatum), medan andra landsting använder en så kallad toleransgräns. En toleransgräns är en tidspe-riod på till exempel en vecka, en månad eller några månader som maximalt får passera efter den dagen då patienten skulle ha kommit på återbesök.

Även frågan om landstinget mäter antalet aktuellt väntande i slutet av var-je månad eller de faktiska väntetiderna (som kan räknas ut efter att besöken har ägt rum) spelar en stor roll för tolkningen. Andra variabler som kan på-verka utfallet är vilken personalkategori mätningarna avser, huruvida medi-cinskt orsakat väntande är inkluderade, vilka organisationsformer som ingår i mätningarna och om postoperativa kontroller räknas som återbesök eller inte. En utförlig genomgång av de olika principerna för mätning av vänteti-der finns i bilaga 10.

En lika viktig fråga är hur patientflödet från primärvård till den specialise-rade vården ser ut och vilka patienter som i slutändan finns registrerade som återbesökspatienter hos specialistläkare. Egentligen är det först efter denna analys som det blir meningsfullt att resonera kring huruvida undanträngning förekommer eller har förekommit. Om antalet patienter som väntar på åter-besök till en specialistläkare ökar på grund av att man flyttar resurser från denna patientkategori till förstabesökspatienter är det en form av undan-trängning, men om anledningen är att man för över återbesökspatienter från primärvården till den specialiserade vården på grund av medicinska över-väganden kan det lika väl handla om en korrigerig av en tidigare felaktig prioritering. Avsnittet nedan går djupare in på dessa frågor.

Vilka patienter väntar på återbesök hos specialistläkare?

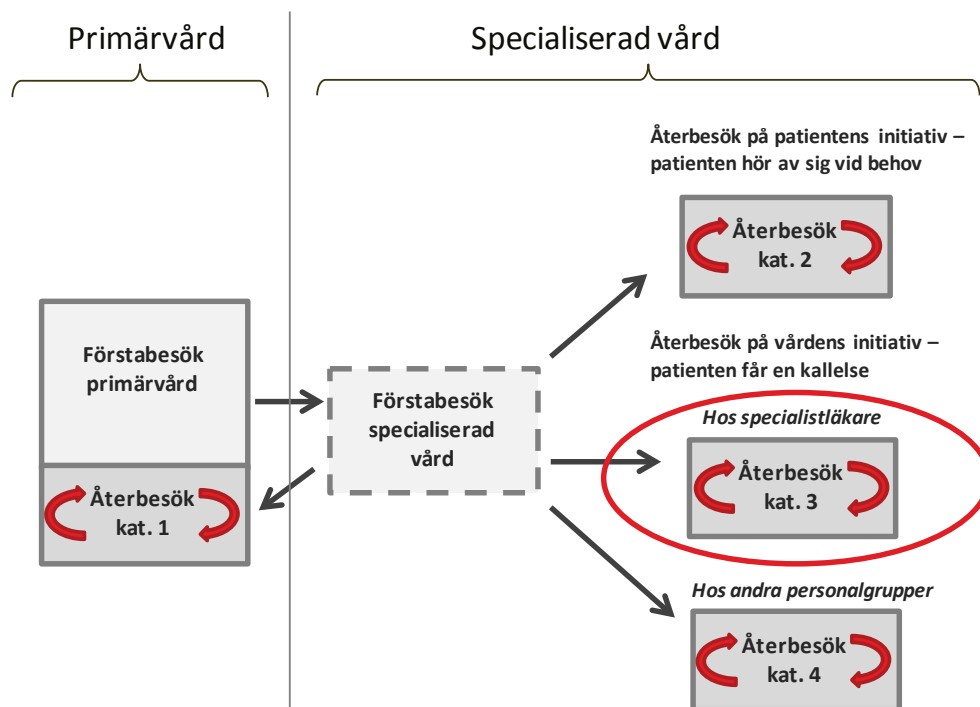
De mätningar av väntetider för återbesökspatienter som görs i dag avser patienter som står på en lista för återbesök till en specialistläkare och som väntar på en kallelse. Det finns dock många andra återbesökspatienter som antingen träffar annan hälso- och sjukvårdspersonal (till exempel allmänlä-kare, specialistsjuksköterskor eller sjukgymnaster) eller som utan att få kal-lelse ska höra av sig vid behov. Figur 26 visar dessa olika kategorier av återbesökspatienter. Vid analys av uppgifter om hur många patienter som väntar längre på sina återbesök än de borde är det viktigt att känna till vilka patienter som ingår i vilken grupp och hur beslutprocessen kring detta ser ut.

Många patienter som ska på återbesök kan tas om hand i både primärvår-den och i den specialiserade vården, beroende på organisation och lokala rutiner i landstinget. Till att börja med remitteras de flesta patienter med kroniska sjukdomar rimligtvis från primärvården till den specialiserade vår-den. En del av dessa återremitteras sedan till primärvården för eventuella återbesök och kontroller där, medan andra ska ha sina återbesök i den speci-aliserade vården. I det datamaterial som Socialstyrelsen har tillgång till finns ingen information som gör att omfattningen av dessa grupper kan beskrivas.

En annan anledning till att antalet patienter som väntar längre än det me-dicinska måldatumet kan variera mellan kliniker inom samma verksamhets-område är att man gör olika bedömningar när det gäller huruvida kontroller-

na över huvudtaget ska schemaläggas eller om det räcker att patienterna hör av sig vid behov. Det finns sjukdomsbilder där patienten inte har möjlighet att själv känna av om sjukdomen fortskrider och där en eller flera undersökningar behövs för att bedöma om nya eller andra behandlingsåtgärder är nödvändiga. För andra patientgrupper kan det finnas en stor samsyn om att patienterna kan hålla koll på symtomen och boka en tid om de märker en förändring. Det finns dock sannolikt en gråzon där bedömningarna skiftar beroende på läkare eller klinik.

Figur 26. Olika kategorier av återbesökspatienter



Källa: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen har inte gjort någon omfattande litteraturstudie beträffande studier som behandlar nyttan med återbesök för olika patientgrupper och tillstånd. Det finns dock forskning på detta tema, exempelvis en engelsk studie där 19 kliniker som behandlar patienter med inflammatorisk tarmsjukdom delades in i två grupper [18]. Den ena klinikgruppens patienter fick traditionell vård och blev kallade till regelbundna återbesök. Den andra gruppens patienter fick med sig en handbok med ett beslutsstöd angående i vilka situationer de rekommenderades ta kontakt med kliniken. Efter ett år hade de "självstyrande" patienterna i genomsnitt besökt sin klinik en gång mindre än kontrollgruppen utan att det hade skett på bekostnad av vare sig sjukdomsutvecklingen eller patientnöjdheten.

Ytterligare ett skäl till att antalet patienter som är registrerade för återbesök kan skilja sig åt, och som kan härledas till variationer i rutiner och prioriteringar, är den möjlighet som tidigare nämnts, nämligen att återbesöken sker hos andra personalkategorier än läkare. Även här finns mycket begränsad information om vilka kriterier som hanteras och hur besluten fattas.

Resultat

Information om de mätmetoder som ett landsting har valt samt om vilka rutiner landstinget har när det gäller att ta hand om sina återbesökspatienter är viktig för att kunna tolka väntetiderna till återbesök. Med den kunskapen som bas blir det meningsfullt att ta sig an nästa fråga, nämligen om eventuella försämrade väntetider kan bero på undanträngning eller om de snarare speglar generella tillgänglighetsproblem som drabbar alla patientgrupper i lika stor utsträckning. I båda fallen är väntetidssituationen ett uttryck för en obalans mellan utbud och efterfrågan, som dock har hanterats på olika sätt i prioriteringsögonblicket.

Utgångspunkten för Socialstyrelsens analys är främst att undersöka om väntetiderna har utvecklats olika för förstabesökspatienter och återbesökspatienter i de landsting som har mätresultat för båda patientströmmarna. Om den genomsnittliga tid som återbesökspatienter väntar efter det medicinska måldatumet försämrats i förhållande till förstabesökspatienternas väntetid (kortvarigt eller strukturellt) kan detta eventuellt tyda på undanträngning.

I Socialstyrelsens rapport från 2011 användes stort utrymme för en analys av väntetiderna för återbesökspatienter i Örebro läns landsting. Landstingets egna mätningar inkluderar samtliga patienter som hade överskridit det medicinska måldatumet, inklusive en av läkaren satt toleransgräns som kan vara olika lång beroende på patientens medicinska behov. Uppgifterna från Örebro har uppdaterats från månad till månad sedan oktober 2009. Landstingets väntetidsmätningar gäller det aktuella antalet väntande, det vill säga antalet personer som i slutet av varje månad väntar efter det medicinska måldatumet plus den eventuella toleransgränsen.

Som har nämnts tidigare i detta kapitel har nu även Gävleborg börjat med månatliga mätningar, vilka Socialstyrelsen har fått ta del av. Landstinget i Gävleborg mäter väntetiden direkt från det medicinska måldatumet och har dataserier för både det aktuella antalet väntande och – bakåt i tiden – det faktiska antalet väntande. Det faktum att Gävleborg och Örebro använder olika mätpunkter gör att deras väntetidsserier inte kan jämföras annat än på ett mycket övergripande sätt, till exempel om trenden är ökande eller minskande och i vilken mån väntetidsutvecklingen fluktuerar under året.

I övrigt finns inga stora skillnader mellan Örebro och Gävleborgs sätt att mäta. Båda landstingen redovisar väntetider till specialistläkare, exkluderar medicinskt valt väntande (se bilaga 10) och använder sig av absoluta tal. När det gäller de övriga tre landsting som gör centraliserade mätningar har framför data från Jämtland och Kronoberg använts i analysen.

Väntetider till återbesök i Örebro åren 2010–2011

Utvecklingen av det totala antalet väntande

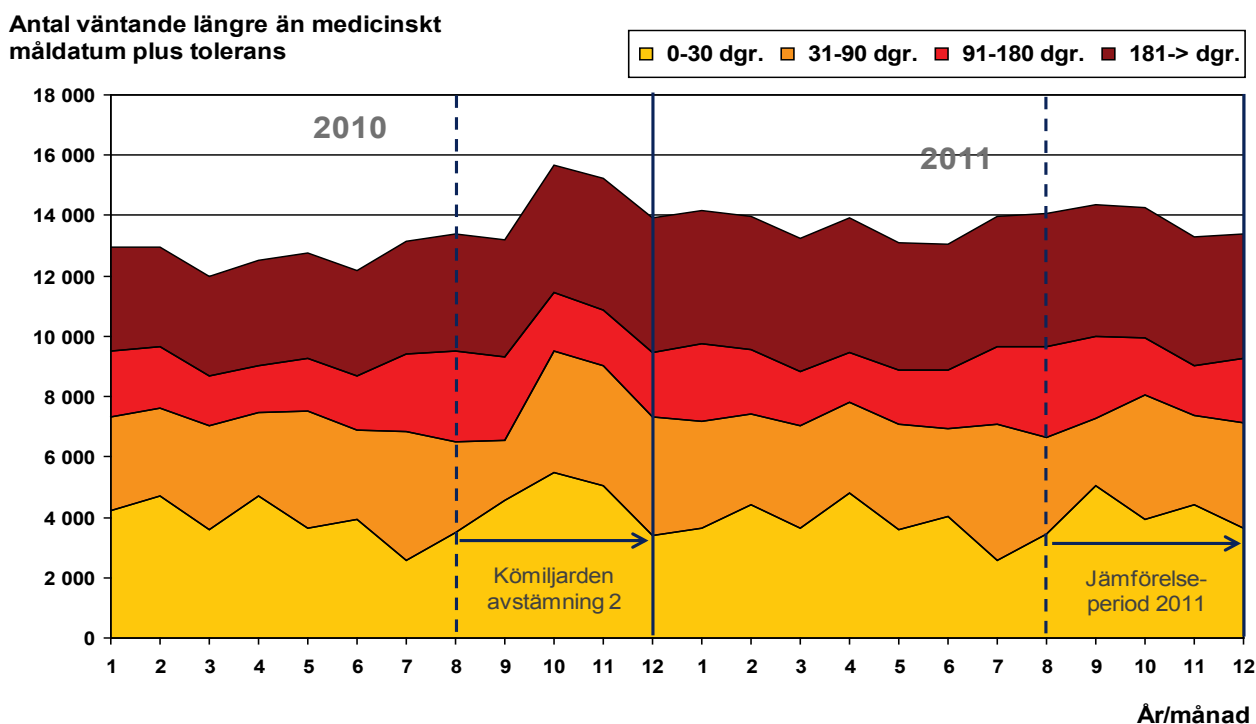
I Socialstyrelsens uppföljningsrapport från 2011 redovisades det totala antalet återbesökspatienter i Örebro läns landsting som vid varje månadsavstämning under år 2010 hade passerat gränsen för det medicinska måldatumet plus toleransperioden. I figur 27 finns samma uppgifter kompletterade med motsvarande uppgifter för år 2011. Patienterna är kategoriserade i följande

avvikelseintervaller efter medicinskt måldatum och eventuell tolerans: 0–30 dagar, 31–90 dagar, 91–180 dagar samt 181 dagar och mer.

Av diagrammet framgår att det inträffade en påtaglig ökning av antalet patienter som överskred medicinskt måldatum plus toleransgräns hösten 2010. I slutet av detta år minskade antalet patienter återigen till mer normala nivåer, men var fortfarande något högre än vid samma tid året innan. År 2010 baserades underlaget för fördelningen av kömiljarden till stor del på utfallet för perioden september–december, vilket gjorde det extra intressant att följa upp en eventuell undanträngning under dessa fyra månader.

I rapporten från 2011 spekulerades det om att den tillfälliga ökningen antingen kunde ha att göra med att färre återbesök hade planerats under sommaren och att verksamheten måste arbeta bort en ”ryggsäck” under hösten, eller om det förekom undanträngningseffekter under de månader då landstinget satsade extra på förbättrad tillgänglighet för förstabesökspatienter. Uppgifterna för 2011, då fördelningen av kömiljarden baserades på utfallet för samtliga tolv månader, tyder på att den sistnämnda förklaringen är mest sannolik eftersom mönstret inte har upprepats. Antalet återbesökspatienter minskade till och med något under perioden september–december 2011.

Figur 27. Överskridande av medicinskt måldatum plus toleransgräns för återbesökspatienter i Örebro läns landsting 2010 och 2011, redovisat i tidsintervaller.



Källa: Socialstyrelsen och Örebro läns landsting.

Särredovisning av väntetidsutvecklingen för neurologipatienter

I Socialstyrelsens senaste rapport gjordes även jämförelser av förstabesökspatienter och återbesökspatienter inom ett antal terapiområden, som bland annat blev utvalda på grund av att de är kända för att det inte är ovanligt

med läkarbrist. Strukturella kapacitetsproblem ökar risken för prioriteringar som medför att vissa patientgrupper gynnas framför andra.

En av slutsatserna av Socialstyrelsens kartläggning var att skillnaderna mellan verksamhetsområden kan vara mycket stora, både när det gäller antalet patienter som väntar för länge och väntetidernas längd. För Örebro läns landstings del gällde detta speciellt områdena reumatologi och neurologi. Bland de patienter som väntade längre än det medicinska måldatumet plus toleransgränsen på ett reumatologbesök hade majoriteten väntat minst ett halvt år för länge. Trenden var däremot stabil och påverkas inte på ett synligt sätt av ändringar i väntetidsutvecklingen för förstabesökspatienter.

Inom neurologin var bilden en annan. Bland de patienter vars väntetid hade överskridit det medicinska måldatumet plus toleransgränsen var väntetiderna generellt mycket kortare än för reumatologipatienter, men de varierade också mer. En förklaring till detta kan givetvis vara att det handlar om avsevärt färre patienter (10–15 procent av antalet reumatologipatienter), vilket gör att fluktuationer syns tydligare. Sjukdomarnas karaktär och vikten av en tidig diagnos kan också vara faktorer som påverkar patientflödet.

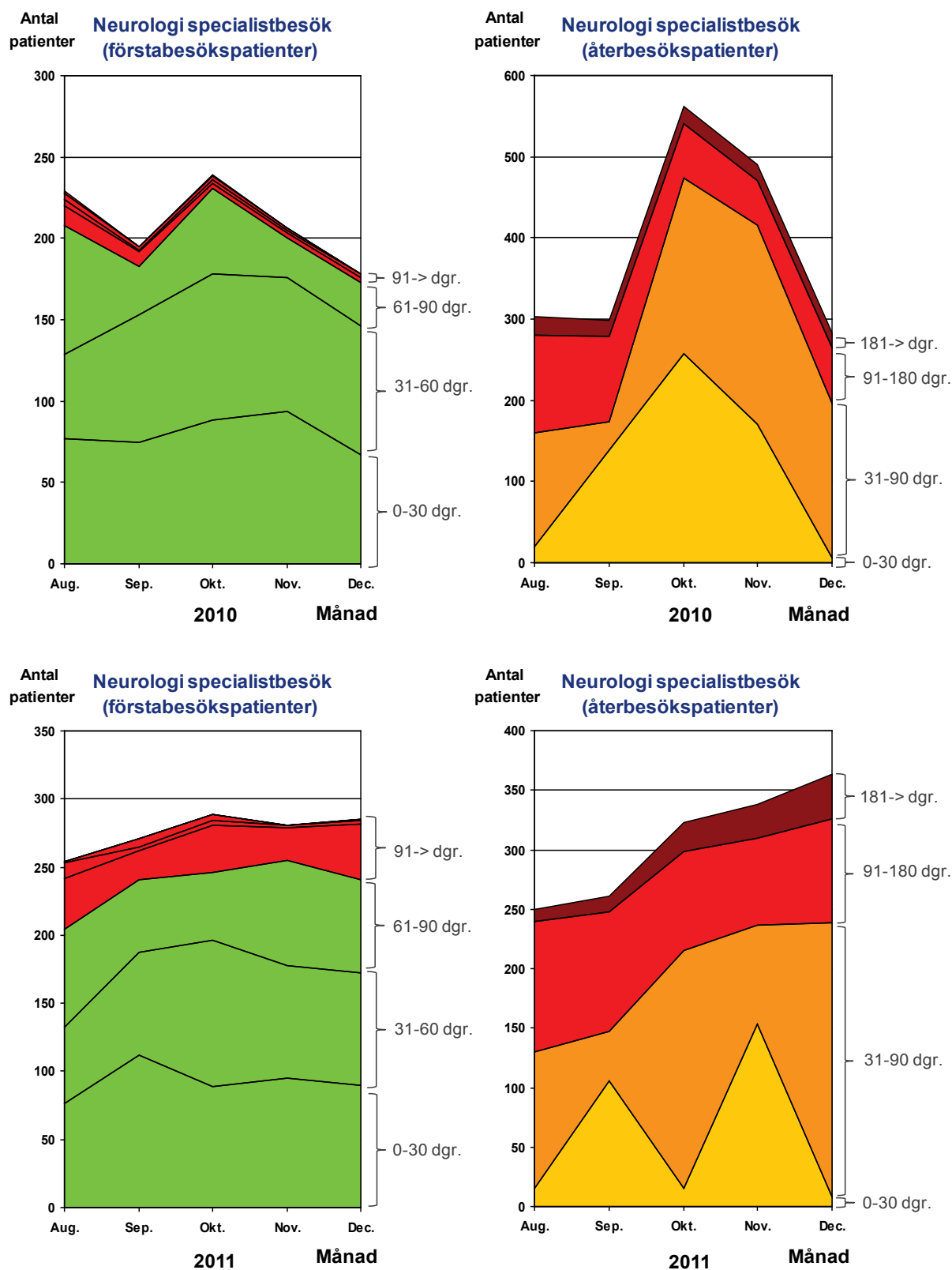
Hösten 2010 syntes en stor skillnad mellan patienter som väntade på ett förstabesök respektive ett återbesök inom neurologiområdet. Enligt uppgifter från Örebro var tillgången till neurologer under en viss tidsperiod förhållandevis begränsad – bland annat på grund av konferenser – vilket ledde till att förstabesökspatienterna tillfälligt prioriterades framför återbesökspatienterna. Skillnaden framgår tydligt i diagrammen i figur 28. Effekten var dock inte bestående och i slutet av perioden var väntetiderna för återbesökspatienter till och med bättre än i början av perioden.

År 2011 försämrades väntetidsutvecklingen för båda grupperna, det vill säga nya patienter och patienter som väntade på återbesök. Från ungefär mitten av året blev andelen patienter som väntade längre än 90 dagar på ett första specialistbesök högre, framför allt under sommaren. Samtidigt började också antalet återbesökspatienter som väntade längre än 90 dagar efter det medicinska måldatumet och toleransgränsen att öka påtagligt. Denna försämring fortsatte dessutom under hösten och blev än mer omfattande än försämringen för förstabesökspatienter. Att patienter som väntar på återbesök trängdes undan under denna period kan alltså inte uteslutas.

Neurologiexemplet visar att sambandet mellan väntetidsutvecklingen för olika grupper och undanträngning kan vara komplext. Förekomsten av undanträngning behöver inte vara begränsad till situationer där väntetidsläget förbättras för en grupp och försämrar för en annan grupp. Den kan också inträffa när väntetiderna blir längre för båda grupperna, men där försämringen dämpas för den ena gruppen på bekostnad av den andra. Situationen skulle kompliceras ytterligare om det finns medicinska skäl till att förstabesökspatienter alltid måste prioriteras när det uppstår kapacitetsproblem.

Som har nämnts tidigare förutsätter den här typen av analys också att sammansättningen av båda grupperna (förstabesök och återbesök) var väsentligt oförändrad under den studerade perioden. Om de medicinska indikationerna för att få träffa en specialistläkare inom den specialiserade vården förändras, till exempel med anledning av att det finns uppdaterade riktlinjer eller för att landstinget har ändrat sina rutiner, är det lätt att feltolka förbättringar eller försämringar.

Figur 28. Väntetider till neurologbesök i Örebro läns landsting för förstabesökspatienter (antal dagar efter remiss) och återbesökspatienter (överskridande av medicinskt måldatum plus toleransgräns) hösten 2010 (ovan) och hösten 2011 (nedan)



Källa: Socialstyrelsen, SKL (databasen Signe) och Örebro läns landsting.

Analys av patientflöden i Örebro och Gävleborg år 2011

I bilaga 11 redovisas diagram med helårsdata från Örebro läns landsting och Landstinget Gävleborg för år 2011. Diagrammen visar väntetider för förstabesökspatienter (baserade på data från väntetidsdatabasen) och återbesökspatienter (baserade på landstingsdata) inom terapiområdena reumatologi, neurologi, ögonsjukvård och ortopedi. Det finns också övergripande uppgifter för samtliga verksamhetsområden där förstabesök och återbesök till specialistläkare registreras. Slutligen presenteras även uppgifter om det totala antalet väntande på operationer och åtgärder.

Tabell 10 visar övergripande trender för samtliga områden i form av en bedömning av huruvida väntetidsläget förbättrades, försämrades eller förblev oförändrat. En förklaring av hur bedömningarna har gjorts finns under tabellen.

Tabell 10. Övergripande trender i väntetidsutvecklingen i Örebro och Gävleborg för förstabesökspatienter och återbesökspatienter år 2011

	Örebro		Gävleborg	
	Förstabesök	Återbesök	Förstabesök	Återbesök
Samtliga besök	=	=	=	++
Reumatologi	+++	=	=	++
Neurologi	-	- - -	-	-
Ögonsjukvård	=	++	=	-
Ortopedi	-	=	+	-

> Bedömningen för förstabesök baseras på utvecklingen av andelen patienter som väntar längre än 90 dagar (i procentenheter).

> Bedömningen av återbesök baseras på följande formel:
 (Procentuell utveckling av det totala antalet återbesökspatienter som väntar efter medicinskt måldatum, inkl. eventuellt toleransgräns i Örebro) + (procentuell utveckling av andelen som väntar i mer än 90 dagar för länge) / 2.

Källa: Socialstyrelsen; SKL (databasen Signe); Örebro läns landsting, Landstinget Gävleborg.

Av tabellen framgår att den övergripande väntetidsutvecklingen för samtliga verksamhetsområden var förhållandevis oförändrad år 2011 för patienter som väntade på förstabesök och återbesök i Örebro samt för patienter som väntade på förstabesök i Gävleborg. I samtliga dessa tre fall var den övergripande

pande trenden positiv, men förbättringen rörde sig endast om några få procentenheter. Enligt de uppgifter som Socialstyrelsen har fått från Gävleborg blev den övergripande väntetidssituationen för återbesökspatienter i detta landsting emellertid avsevärt mycket bättre 2011.

När det gäller de fyra verksamhetsområden som Socialstyrelsen har specialstuderat (reumatologi, neurologi, ögonsjukvård och ortopedi) är bilden blandad. In fyra fall är utvecklingen för förstabesökspatienter bättre (eller mindre negativ) än för återbesökspatienter, i tre fall är det tvärtom och i ett fall är utvecklingen ungefär lika för båda grupperna. Svaret på frågan om det i något eller några av de första fyra fallen handlade om undanträngning som är kopplad till vårdgarantin eller kömiljarden beror till stor del på om det under hela perioden var samma kategori patienter som väntar på återbesök hos specialistläkare eller om det till exempel är så att specialistläkare har börjat ta hand om patienter som tidigare fick sina återbesök i primärvården. Det är också viktigt att kriterierna för läkarnas bedömning av det medicinska måldatumet (och eventuell tolerans) inte ändrades under året.

Om dessa parametrar antas ha varit oförändrade under 2011 skulle en viss undanträngning av återbesökspatienter kunna misstänkas inom områdena reumatologi och neurologi i Örebro (se även föregående avsnitt) och inom områdena ögonsjukvård och ortopedi i Gävleborg. I alla dessa områden blev väntetidsutvecklingen för återbesökspatienter avsevärt sämre än för förstabesökspatienter. Med undantag för reumapatienter i Örebro har det dock inte varit möjligt att göra någon djupare kartläggning när det gäller om nya rekommendationer eller nya rutiner har lett till en förändring med avseende på vilka patienter som hamnar på en lista för återbesök till specialistläkare och vilka som inte gör det.

Enligt Örebro läns landsting beror det stora antalet patienter som väntar på återbesök till en reumatolog dels på kapacitetsproblem, dels på att man har föråldrade rutiner för att ta hand om dessa patienter. Enligt landstingets egen analys finns många listade patienter som egentligen skulle kunna höra av sig vid behov, men som man än så länge inte har hunnit ta bort från listan. Detta skulle exempelvis kunna vara lämpligt för patienter som går på regelbundna blodprovsmottagningar. Grundprincipen är då att patienten hör av sig vid behov, men eftersom det samtidigt sker en aktiv bevakning av blodprovets resultat kan patienten också kallas till återbesök på initiativ av kliniken. Om detta är fallet återförs patienterna till listan igen.

Det finns för närvarande en webblösning i Örebro där blodprovssvar automatiskt ordnas efter allvarlighetsgrad, som ett underlag för prioritering av framtida bokningar. Detta system används dock än så länge inte fullt ut och många patienter är därför fortfarande listade som väntande på återbesök hos reumatologer, de allra flesta mer än ett halvt år efter medicinskt måldatum. Detta exempel bekräftar återigen att det kan finnas ett samspel mellan medicinska indikationer och övriga medicinska bedömningsgrunder, administrativa rutiner och mer strukturella tillgänglighetsproblem.

I teorin är det givetvis också möjligt att satsningar på återbesökspatienter ger längre väntetider för förstabesökspatienter. Det mest sannolika är dock att de fall där väntetidssituationen förbättras snabbare på återbesökssidan än på förstabesökssidan beror på att förbättringspotentialen ofta är mycket större där och att vissa snabba förbättringar kan åstadkommas med relativt enkla

administrativa åtgärder eller andra rutinförändringar, av det slag som webb-lösningen i Örebro skulle kunna ge upphov till. Det är dock mycket viktigt att större fokus på återbesök till specialistläkare inte leder till felaktiga medicinska prioriteringar och undanträngning *inom* gruppen återbesökspatienter, till exempel genom ett ökat antal återremisser till primärvården. Inom landstingsvärlden finns vissa farhågor för att detta är en möjlig utveckling om endast patienter som väntar på återbesök till specialistläkare följs upp.

Att jämföra väntetidsuppgifter *mellan* landstingen är inte en framkomlig väg för att fastställa förekomsten av eventuella undanträngningseffekter, men om mätningar av framtida återbesök ska ingå i ett större uppföljningssystem är det viktigt att de görs på samma sätt. I dag går det endast att studera övergripande mönster och eventuella likheter och skillnader som kan finnas i patientflödet. Diagrammen i bilaga 11 visar att det redovisade väntetidsläget för reumatologipatienter i Örebro mer liknar väntetidssituationen för neurologipatienter i Gävleborg än för reumatologipatienter i detta landsting. Patientflödet för neurologipatienter i Örebro verkar däremot vara helt avvikande från de andra verksamhetsområdena i båda landstingen, och är avsevärt mycket ojämna. Inom verksamhetsområdena ögonsjukvård och ortopedi är skillnaderna mellan båda landstingen mindre.

Väntetidsuppgifter från Jämtland och Kronoberg

Jämtland

Mätningarna i Jämtland är än så länge mer begränsade än i Örebro och Gävleborg. I de två verksamhetsområden som Jämtland har följt upp genom mätningar finns inga tecken på undanträngning. I ett fall har situationen för återbesökspatienter snarare förbättrats i och med att en särskild satsning har gjorts på återbesök utan att detta skedde på bekostnad av förstabesöken.

I en analys som Jämtlands läns landsting gjorde i november 2011 och som omfattade många olika verksamhetsområden konstaterades dock att ”verksamheterna de senaste åren har pressats ytterligare för att styra mot att producera nybesök och operationer.” En effekt av detta är att vissa kroniskt sjuka patienter som behöver kontroller och uppföljningar får sin besöks tid framflyttad. Detta gäller speciellt ögonkliniken och patienter med bland annat grön starr och diabetes.

Även inom området kirurgi finns misstanke om undanträngningseffekter. Återbesöken görs men blir ofta senarelagda. Ibland kan detta härledas till en ökning av andelen återbesök (till exempel för endoskopi), men i de fall då besöken är konstanta över tid kan det handla om en ändrad prioritering mellan återbesök och nybesök. Andra mottagningar, såsom allmänpsykiatri, öronsjukvård, gynekologi, ortopedi och kliniker inom medicinområdet, anser sig ha bra kontroll på balansen mellan nybesök och återbesök. Enligt klinikernas egna bedömningar tyder inget på att någon undanträngning har förekommit.

I Jämtlands skrivelse nämns att det pågår ett kontinuerligt effektiviseringsarbete och att ambitionen är att ge en så jämlik vård som möjligt med hög kvalitet. För att säkerställa detta behövs uppföljningar inom flera områden.

Kronoberg

Landstinget Kronoberg följer upp återbesöken genom att mäta andelen patienter som väntar i förhållande till bevakningsdatumet (det vill säga det medicinska måldatumet). När det gäller medicinklinikerna finns enstaka mätningar för perioden 2008–2010, och mer kontinuerliga mätningar från och med augusti 2011. Av decembermätningarna för åren 2008, 2010 och 2011 framgår att andelen patienter som inte erhöll ett återbesök enligt bevakningsdatumet har ökat, från 13,9 procent år 2008 till 17,7 procent år 2011, vilket kan tyda på en viss undanträngningseffekt trots att produktionssiffrorna (det vill säga historiska uppgifter över antalet utförda förstabesök och återbesök) har varit ganska jämna över tid. Men eftersom det totala väntande på ett första specialistbesök minskade mellan 2008 och 2011 och det totala antalet väntande på återbesök ökade borde produktionsökningen för återbesök ha varit högre för att väntetidsutvecklingen för båda grupperna skulle ha utvecklats jämt.

I enlighet med det som har lyfts fram tidigare i den här rapporten konstaterar Kronoberg att uppföljningar av återbesöken till specialistläkare kan vara ett alltför trubbigt mått för att bedöma den totala tillgänglighetssituationen för patienter med kroniska sjukdomar, och därmed även för att fastställa eventuell undanträngning. Det system som reumatologisektionen i Örebro än så länge bara delvis har fört in, och som går ut på att vissa patientgrupper antingen hör av sig vid behov eller blir kallade till återbesök när resultatet av blodproven ger upphov till det, används fullt ut i Kronoberg. Inom både reumatologi och neurologi följs patienten i stor utsträckning upp av sjuksköterskor som remitterar till läkare om patientens tillstånd försämrats. Enligt landstinget är tillgängligheten hög för de patienter som behöver sina återbesök mest.

Fortsatt analys av eventuell undanträngning

Underlaget för att resonera kring eventuella undanträngningseffekter som orsakas av vårdgarantin eller kömiljarden blir stegvis bättre. Av intervjustudier, landstingsanalyser och inkomna ärenden framgår allt tydligare att undanträngning ibland förekommer. Den tidigare utformningen av kömiljarden, med en eller ett fåtal avstämningar, medverkade förmodligen till en större risk för att väntetiderna för återbesökspatienter tillfälligt ökade inom verksamhetsområden där det redan från början fanns en obalans mellan utbud och efterfrågan. Ett exempel på detta var väntetidsutvecklingen för återbesök inom neurologi i Örebro i slutet av år 2010.

Även i underlaget för år 2011 finns ett antal divergerade trender mellan förstabesök och återbesök som skulle kunna vara tecken på undanträngning. I motsats till 2010 handlar det om mer långvariga trender. Eftersom mycket lite är känt om huruvida denna utveckling speglar ändrade kriterier för att bli uppsatt på listor för återbesök till specialistläkare är det fortfarande svårt att fastställa om det som ser ut som undanträngning verkligen är en direkt följd av resursmässiga prioriteringar av en grupp på bekostnad av en annan. Skillnader i hur återbesökspatienternas vårdbehov bedöms, vilka åkommor som ska tas om hand inom den specialiserade vården och i vilka av dessa

fall det är aktuellt med kallelser till besök hos specialister kan skilja sig betydligt både mellan och inom landstingen.

Förutsättningar för utvidgade analyser av återbesökspatienter

Landsting som inte följer upp väntetiderna för återbesökspatienter på central nivå uppger olika skäl till detta. Av den enkät som väntetidssamordnarna besvarade i slutet av 2011 framgår att det i några landsting finns en ambition att starta uppföljningar men att det saknas datastöd för att göra detta. I vissa fall vill man först analysera den lokala uppföljning som görs. Ett annat återkommande svar är att diskussioner pågår om formerna för mätningar eller att man inväntar en nationell modell. I ett antal landsting anser man att undanträngning inte är eller har varit ett problemområde och att mätning av väntetiderna till återbesök därför inte är en prioriterad fråga.

En mer övergripande förklaring till att den här typen av väntetidsmätningar inte har kommit igång tidigare är att landstingen har lagt all kraft på att klara vårdgarantin och kömiljarden. Viljan att börja mäta väntetider för återbesökspatienter verkar emellertid finnas på de flesta håll i landet, även om några landsting tycker att det är en fråga för landstingens interna uppföljning snarare än något som ska struktureras nationellt.

Bland de 14 landsting som för närvarande inte följer upp väntetiderna för återbesökspatienter på central nivå uppger 8 att det finns konkreta planer i landstinget eller regionen att börja mäta under 2012, 5 landsting uppger att det inte finns sådana planer och i ett landsting är man osäker.

Oavsett om väntetider för återbesökspatienter följs upp eller inte pågår det andra aktiviteter i landet som är relaterade till undanträngning eller till återbesökspatienternas väntetider. Exempel på sådana aktiviteter är uppföljningar av enskilda patienter eller hela patientgrupper med långa väntetider direkt i de patientadministrativa systemen, intervjuer med verksamhetschefer, införande av system för produktionsplanering samt interna diskussioner om vilket vårdnivå som är rätt ur ett medicinskt perspektiv.

Inom ramen för projektet "Led i helheten" har SKL påbörjat ett arbete med att ta fram en nationell modell för uppföljning av återbesök. Eftersom majoriteten av de patientadministrativa systemen har förutsättningar att följa väntetiderna för återbesökspatienter på det sätt som Örebro och Gävleborg gör borde möjligheterna för att komma fram till en sådan modell vara mer gynnsamma än tidigare.

Diskussion och slutsatser

Vårdgarantier har funnits sedan 1992. Den nuvarande garantin tillkom 2005 och omfattar telefonkontakter med primärvården och nybesök i primärvården, tid för ett första läkarbesök i specialistvården samt tiden mellan beslutet om behandling och behandlingsstarten. Kömiljarden, det vill säga den prestationsbaserade ersättningsmodellen, tillkom 2009 och omfattade en treårsperiod. Från juli 2010 ingår vårdgarantier i hälso- och sjukvårdslagen. I slutet av 2011 beslutades om en ny kömiljard för ytterligare tre år. Utformningen av ersättningsmodellen kommer liksom tidigare att beslutas årligen i en förhandling mellan regeringen och SKL.

Socialstyrelsens uppdrag har handlat om att följa utvecklingen av väntetider, undersöka vilka insatser och åtgärder landstingen har vidtagit för att korta väntetiderna samt ta reda på hur informerade patienter, personal och medborgare är om vårdgarantins innehåll och regelverk. Även studier av personalens och befolkningens attityder till vårdgarantin har ingått i uppdraget. Slutligen har myndigheten haft i uppdrag att särskilt studera i vilken mån vårdgarantin och kömiljarden har medverkat till ändrade prioriteringar i form av undanträngning av patientgrupper eller vårdbehov som inte omfattas av garantier och därför inte ingår i kömiljarden. Myndigheten har tidigare lämnat två delrapporter till regeringen [1, 2]. Denna rapport är en sammanfattande slutrapport för den första treårsperioden med kömiljarden.

Ett generellt problem vid uppföljningar och utvärderingar av reformer är att det är svårt att skilja effekter som är följder av en viss reform från effekter av andra förändringar. I denna uppföljning har ett specifikt problem varit att avgöra vad som är effekter av vårdgarantin och vad som är effekter av kömiljarden. Myndigheten har dock inte gjort någon ingående analys i frågan, men kan konstatera att kömiljarden har varit ett ”stimulansmedel” som har påverkat utvecklingen av väntetiderna på ett positivt sätt, men den har också med största sannolikhet medverkat till att vissa patientgrupper och vårdbehov har fått stå tillbaka. När det gäller undanträngning eller andra negativa effekter, exempelvis försämrade arbetsförhållanden, är det ytterst svårt att kvantifiera omfattningen. Det innebär att inget entydigt svar på i vilken mån vårdgarantin och kömiljarden har varit ”lyckade” satsningar kan ges.

Förbättrad rapportering av väntetider, men fortfarande finns utrymme för förbättringar

Vårdgarantin och kömiljardens mål är att korta väntetiderna. Liksom tidigare bygger Socialstyrelsens uppföljning på de väntetidsuppgifter som landstingen rapporterar till SKL:s väntetidsdatabas. Myndigheten har tidigare ansett att databasen inte är tillräckligt tillförlitlig då den, för den specialiserade vården, inte mäter de faktiska väntetiderna utan endast väntetider för patienter som står på en väntelista. Dessutom har det, under de tre år som

denna uppföljning omfattar, skett förändringar av definitionerna kring så kallad patientvald väntan och medicinskt orsakad väntan som gjort att det har varit problematiskt att jämföra utvecklingen över tid. SKL:s väntetidsbas har nu utvecklats och sedan våren 2010 har definitionerna blivit tydligare och landstingens tillämpningar har blivit mer lika. Detta innebär att utvecklingen under 2011 kan beskrivas utifrån ett mer tillförlitligt underlag. Fortfarande är det dock enbart uppgifter om antalet väntande och väntetiderna för dessa patienter som var tillgängliga för Socialstyrelsen. SKL och landstingen kommer dock enligt uppgift att kunna redovisa faktiska väntetider för de patienter som får vård under 2012. Därutöver har Socialstyrelsen sedan 2011 ett uppdrag att utveckla en modell för att ”följa patientens väg genom vården”. Härigenom kommer det även att bli möjligt att följa upp väntetiderna inom ramen för myndighetens patientregister. Avsikten med att ta med dessa uppgifter i patientregistret är att de då blir personnummerbaserade och omfattar all vård, inte bara nybesök eller de väntetider som ingår i vårdgarantierna.

Nöjdare patienter i landsting som har mer tillgänglig primärvård

Socialstyrelsen har i tidigare uppföljningar konstaterat att tillgängligheten i primärvården är god. Efter ytterligare ett år bekräftas denna slutsats. Myndighetens analys visar att telefontillgängligheten, det vill säga att få svar samma dag som man kontaktar primärvården, är fortsatt god och förändrades inte nämnvärt mellan 2009 och 2011. En viss utjämning av skillnaderna mellan landstingen har dock kunnat ses. I genomsnitt besvaras nio av tio samtal samma dag, men fortfarande finns det sju landsting som inte når upp till denna nivå.

Väntetiderna för besök hos läkare i primärvården har förbättrats under åren. I den mätning som genomfördes hösten 2011 fick 92 procent av patienterna träffa en läkare inom sju dagar. Även om skillnaderna mellan landstingen är större när det gäller läkarbesöken än telefontillgängligheten skedde även här en utjämning mellan landstingen under perioden 2009–2011.

En god tillgänglighet ger också i allmänhet nöjdare patienter. En jämförelse av uppgifter från den nationella patientenkäten [11] med andelen besvarade telefonsamtal respektive andelen besök inom sju dagar visar att det finns ett klart samband mellan nöjdheten hos patienterna och tillgängligheten.

Allt färre har väntat på besök eller behandling mer än 90 dagar

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

Ser man till utvecklingen från 2009 och framåt har antalet väntande patienter minskat relativt kraftigt. Minskningen har delvis åstadkommits med långsiktiga åtgärder, till exempel genom logistiska förbättringar och effektiviseringsarbete. Men en stor del av förklaringen är också förändringar av administrativ karaktär, såsom genomgångar av listorna för att rensa ut dem

som av olika skäl inte är aktivt väntande. Det är även tänkbart att garantin har gjort att man avvaktar med att sätta upp patienter på en väntelista om de inte är i behov av vård inom tre månader. En annan svårighet har varit hur väntetiden för de patienter som själva väljer att vänta ska "räknas". Landstingens olika tolkning av så kallad "patientvald väntan" gjorde det svårt att få en uppfattning om utvecklingen under 2009. Sedan våren 2010 har definitionen förtydligats och tolkningen har blivit mer lika landstingen emellan. Detta fick till resultat att antalet patienter som ingår i begreppet "patientvald väntan" drastiskt minskade och under 2011 utgjorde denna grupp en mycket liten del av patienterna på väntelistorna.

Sammanfattningsvis tycks väntelistorna ha stabiliserats under 2011, även om det förekom säsongsvariationer under året.

Stora skillnader i väntetider mellan specialiteter

En jämförelse av väntelistorna inom de medicinska specialiteter som har åtgärder som särskilt följs upp i väntetidsdatabasen visar på stora skillnader. Under 2011 hade de väntetider till operationer som ingår i väntetidsdatabasen inom plastikkirurgi, ryggkirurgi och neurologi en större andel patienter på väntelistorna som väntade i mer än 90 dagar, jämfört med de övriga åtta specialiteterna som ingick i analysen.

I uppföljningen ingick också att analysera själva produktionen, det vill säga antalet operationer, mellan 2004 och 2010 inom motsvarande specialiteter (exklusive neurologi). Analysen visar att produktionen ökade med 27 procent under perioden. Det framgick också att ökningen främst skedde under 2008–2010. Störst produktionsökning hade plastikkirurgi och ryggkirurgi där antalet operationer mer än fördubblades under perioden. Genom att studera de olika medicinska ingrepp (totalt 42 stycken) som följs upp i väntetidsdatabasen kunde ökningen inom plastikkirurgi huvudsakligen hänföras till en ökning av operationer av hängbuk, vilket i sin tur sannolikt är en följd av ändrade indikationer för fetmaoperationer. Inom ryggkirurgin kunde ökningen inte hänföras till någon av de fyra operationer som ingick i analysen.

Produktion och indikationer är inte något som tidigare har ingått i Socialstyrelsens uppföljning av vårdgarantin och kömiljarden. Den avgränsade analys som nu har gjorts visar på komplexiteten i väntetidsfrågan och vikten av att även analysera sambanden mellan indikationer, produktion och väntetider.

Allt färre landsting klarar kömiljardens prestationskrav

Kraven på landstingen för att få del av kömiljarden ökade 2009–2011. Det första året gjordes avstämningen för att få del av miljarden vid ett tillfälle och gränsen för ersättning var att 80 procent av patienterna på väntelistan hade väntat mindre än 90 dagar. De landsting som klarade 90 procent inom 90 dagar kunde få ytterligare ersättning. Patientvald väntan skulle inte räknas in. För 2009 fick alla landsting del av kömiljarden. Under 2010 gjordes två avstämningar. Gränsen för ersättning var den samma, det vill säga 80 respektive 90 procent, men patientvald väntan skulle ingå. Även detta år fick samtliga landsting del av kömiljarden, men skillnaderna i ersättning

blev relativt omfattande och många landsting hade svårt att klara 90-procentsmålet, framför allt för tiden till behandling. För 2011 skärptes kraven så att avstämningar skulle ske varje månad och väntetidsgränsen sattes vid 60 dagar. Samtidigt sänktes procentsatsen till 70 respektive 80 procent.

Fem landsting har klarat samtliga prestationskrav alla tre åren. 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 på 11–590 kronor per invånare.

En jämförelse av tillgänglighet och patientnöjdhet med ersättning från kömiljarden som ett mått på tillgänglighet, visar att för specialistsjukvården får landsting som har kortare väntetider bättre betyg av sina invånare. Noterbart är dock att när det gäller väntetider till besök hos en specialist ligger patientnöjdheten generellt lågt med en variation som är mellan drygt 30 och drygt 40 procent.

Ledningarna allt mer insatta och engagerade i väntetidsfrågan

Väntetider har under lång tid varit ett av de största problemen i den svenska hälso- och sjukvården och landstingen har på olika sätt arbetat med att förbättra tillgängligheten. De åtgärder som har gjorts under många år är av mer kortsiktig karaktär, exempelvis tillfälliga resurstillskott för att kapa långa köer.

De kontakter myndigheten har haft med landstingen i denna fråga vittnar dock om att man alltmer arbetar för mer långsiktiga förändringar, till exempel produktionsplanering, omorganisation och processtyrning. I de intervjuer och enkäter som har genomförts lyfts det också ofta fram att ledningarna, inte minst efter införandet av kömiljarden, har blivit alltmer engagerade i att lösa problemen med väntetider.

Köp av vård och hyrläkare – kortsiktiga eller långsiktiga åtgärder?

Två åtgärder som har visat sig vara vanliga för att korta väntetiderna är att ”köpa” kapacitet från producenter utanför landstinget. Så gott som alla landsting har uppgivit att de köpt vård för att korta väntetiderna. Ett annat sätt att öka eller behålla kapacitet är att hyra in personal, framför allt läkare. Även detta är något som en majoritet av landstingen uppger att man har tagit till för att klara vårdgarantin.

Såväl köp av vård som hyra av personal kan anses vara kortsiktiga åtgärder. Dock finns det landsting som i sin strategi för en tillgänglig vård har utnyttjat ersättningen från kömiljarden för att köpa kapacitet, det vill säga använt detta som en mer långsiktig åtgärd.

När det gäller systemet med hyrläkare har intentionen hos landstingen varit att man med dessa skulle klara tillfälliga situationer av personalbrist, men utvecklingen visar, i alla fall i vissa delar av landet, att detta har blivit en permanent lösning.

Ökat patientinflytande, men informationen till patienterna är fortfarande en utmaning

En positiv effekt av vårdgarantin är att patienternas inflytande över vården har ökat. Detta framgår av enkäter och intervjuer som har skickats till personal och företrädare för landstingen.

Den befolkningsenkät som har genomförts visade emellertid att kännedomen om garantins möjligheter till inflytande och val av vårdgivare är låg.

Det har också framkommit att kännedomen om vårdgarantin och de bestämmelser den bygger på är alltför bristfällig för att patienterna ska kunna garanteras den hjälp och det stöd de har rätt att få. Resultatet av en enkät visar till exempel att informationen till de patienter som förmodas få en väntetid över 90 dagar varierar stort mellan landstingen. Det är inte heller alla patienter i denna grupp som får information. Det är viktigt att landstingen ser över sina rutiner och innehållet i den information som ges till patienter där vårdgarantin inte kan hållas.

Personalen är huvudsakligen positiv till vårdgarantin, men ser problem med kömiljarden

I slutet av 2011 genomförde Socialstyrelsen en intervjuundersökning med personal från fyra landsting. I undersökningen, som metodmässigt var mer kvalitativ än kvantitativ, framhölls av många att vårdgarantin har haft positiva effekter. Till exempel framkom att patienterna har fått en bättre tillgänglighet. En annan ståndpunkt var att garantin har ökat motivationen att effektivisera arbetet och förbättra samarbetet i vårdkedjan, samt att det var bra att det fanns tydliga krav på väntetiderna.

I intervjuerna pekades det också på att garantin kan påverka arbetet negativt med högre arbetsbelastning och eftersom man inte ger alla patienter, framför allt äldre, den tid de behöver inför till exempel ett större ingrepp.

Attityden till kömiljarden är inte lika positiv, även om man ser att den utgör ytterligare ett incitament till att effektivisera verksamheten och förbättra väntetiderna. De problem som nämndes var att ersättningarna från garantin går till landsting 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.

Undanträngning förekommer men är svårt att kvantifiera

Ända sedan den första vårdgarantin kom 1992 har frågan om undanträngning diskuterats. Den grundprincip som ska gälla enligt riksdagens prioriteringsbeslut är att vårdbehovet – näst efter allas rätt till lika vård – ska ligga till grund för prioriteringarna. Att fastställa vårdbehovets angelägenhetsgrad är i första hand läkarnas ansvar.

En vanligt förekommande åsikt bland läkare är att maximala väntetider kan leda till problem med att upprätthålla prioriteringsprincipen om att vårdbehovet ska vara avgörande. Representanter för patientorganisationer och viss utsträckning även landstingens representanter bekräftar 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. Det är också denna grupp som har varit i fokus för analyser av undanträngning inom ramen för Socialstyrelsens uppdrag.

Den metod som Socialstyrelsen har använt för att studera om undanträngning har förekommit är en jämförelse av väntetidsutvecklingen för patienter som väntar på ett första specialistbesök och väntetidsutvecklingen för patienter som – inom samma verksamhetsområde – väntar på återbesök. Utöver dessa mer statistiska jämförelser har underlag inhämtats från intervjustudier med olika yrkesgrupper, kontakter med patientorganisationer samt en genomgång av tillsynsärenden och klagomål till Socialstyrelsen och patientnämnderna i landet.

Bristande uppföljning och kontroll av väntetider till återbesök

En bild som tydligt har framkommit är 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. Långa väntetider för återbesökspatienter eller andra patientgrupper behöver inte tyda på undanträngningseffekter som har orsakats av vårdgarantin eller kömiljarden, men Socialstyrelsens samlade bild är att det kan finnas ett sådant samband.

En form av undanträngning som med stor sannolikhet förekom under åren 2009 och 2010 var omprioritering av återbesökspatienter för att uppnå prestationskraven inför avstämningarna för fördelning av medel från kömiljarden. Även om data endast fanns för ett landsting var det exempel på undanträngning som framkom så tydligt att slutsatsen måste bli att kömiljardens tidigare konstruktion med få avstämningstidpunkter sannolikt medverkade till undanträngning av vissa patientgrupper inom flera landsting.

Tillgången till uppgifter om väntetider för patienter som väntar på återbesök blev något bättre år 2011. Data som avser detta år visar att väntetidsutvecklingen för återbesökspatienter ibland avviker kraftigt från förstabesökspatienter. I flera av dessa fall har väntetidssituationen för återbesökspatienter markant försämrats jämfört med hur läget var i slutet av 2010, men även det omvända mönstret förekommer.

Ingen samsyn om hur väntetider till återbesök ska följas upp

En förutsättning för att uppgifter om väntetider till återbesök tolkas rätt är kunskap om vilka återbesökspatienter som enligt lokala rutiner ska kallas och vilka som exempelvis ska höra av sig vid behov eller ska remitteras till andra vårdgivare för uppföljning och kontroll. Det är också viktigt att veta om ett sjukhus eller ett landsting ändrar kriterierna när det gäller vilka patienter som ska ingå i dessa grupper. Det som i statistiken ser ut att vara tydliga förbättringar eller försämringar i återbesökspatienternas väntetidssituation kan således delvis bero på ändrade rutiner för vem som tar hand om vad.

En fråga som förmodligen kommer att behöva diskuteras mer ingående är om samtliga patienter som i dag kallas till återbesök behöver regelbundna kontroller på vårdens initiativ. En annan fråga är vad det medicinska måldatumet innebär, det vill säga hur viktigt det är att patienten kommer på ett

återbesök inom den angivna tiden. Patientens vårdbehov ska alltid komma i första hand och det är mycket viktigt att återbesöken inte anpassas till vårdens behov eller till ekonomiska förutsättningar.

Risk för att utomlänspatienter tränger undan egna patienter

En form av undanträngning som bör studeras mer ingående är om utomlänspatienter går före patienter med exakt samma åkommor i det egna landstinget på grund av att de genererar större intäkter. Inom ramen för denna uppföljning har några sådana exempel dykt upp. Om det skulle visa sig att undanträngning av detta slag är vanligt förekommande skulle det vara en negativ bieffekt av vårdgarantin och kömiljarden. En komplicerande faktor i denna analys är att andra reformer kan ha liknande effekter och påverka samma patientgrupper. Ett exempel är att utformningen av vissa ersättnings-system som introducerades i samband med vårdvalsreformen har gett upphov till diskussioner om vårdinsatser för lönsamma och olönsamma patienter.

Frågeställningar för ytterligare studier och analyser

Ökad kunskap om samtliga typer av patientflöden, inklusive återbesök, är en nyckelfaktor för att bättre förstå hur olika patientflöden är kopplade till varandra. Med denna kunskap som grund ökar förutsättningarna för att få till stånd ett långsiktigt förbättringsarbete inom tillgänglighetsområdet. Socialstyrelsen anser därför att det är angeläget att utveckla gemensamma metoder och definitioner som gör det möjligt att följa upp hur väntetider utvecklas för de patientgrupper som inte omfattas av vårdgarantin. Myndigheten har aktivt drivit frågan om gemensamma mätningar av väntetider för återbesökspatienter, men inom ramen för detta uppdrag har det inte ingått att föreslå en nationell modell.

Myndigheten har också aktivt verkat för att uppföljningen av väntetider ska bli bättre i så måtto att den bör vara individbaserad, bygga på ett processperspektiv och ingå som en del av patientregistret. För den fortsatta uppföljningen av vårdgarantin och kömiljarden 2012–2014 vore det ytterst värdefullt att få en bättre bild av de faktiska väntetiderna i olika led av vårdprocessen. Socialstyrelsen har sedan något år ett uppdrag att utveckla en modell för att ”följa patientens väg genom vården” och därigenom även kunna mäta väntetider i olika delar av vårdprocessen. Med den modell myndigheten har tagit fram som utgångspunkt och med uppgifter från de vårdadministrativa systemen i några landsting är det möjligt att mer ingående analysera vårdgarantins betydelse för några olika patientgrupper.

Vid en hearing med patientföreningarna påtalade de att de tycker sig ha sett att det har blivit allt svårare för patienter med kroniska sjukdomar att få remiss till en specialist, liksom att det har blivit allt vanligare att specialister skickar runt patienterna i systemet för olika utredningar utan att de får något besked om diagnos eller behandling. Detta menade patientföreningarna hade tydliga kopplingar till vårdgarantin och kömiljarden. Någon ingående studie av dessa eventuella bieffekter av vårdgarantin har hittills inte gjorts. Mot bakgrund av remissförfarandets betydelse för tillgängligheten till

den specialiserade vården och det tydliga samband som finns mellan väntetider och hanteringen av remisser är det angeläget att även denna fråga blir föremål för ytterligare studier.

I denna rapport ingår för första gången en analys av tillgängligheten inom några olika specialiteter. Det är också första gången som myndigheten närmar sig frågan om sambandet mellan produktion, indikationer och väntetider. Uppgifterna pekar på flera intressanta samband, och fördjupade studier kring produktionens betydelse för väntetider är en viktig del när det gäller att se på vårdgarantin i ett vidare perspektiv.

Det råder stor enighet om att vårdgarantin har inneburit ett ökat inflytande för patienterna, men garantin tillsammans med kömiljarden har också inneburit att allt fler patienter erbjuds vård utanför det egna landstinget. Såväl omfattningen som innehållet i och effekterna av en sådan gränsöverskridande vård är emellertid fortfarande bristfälligt belysta. Det saknas till exempel studier av dem som erbjuds vård utanför landstinget – vilka de är, vilken information de har fått, i vilken utsträckning de antar erbjudandet och vad de anser om den vård de har fått.

Det finns tecken på att kömiljarden i sin nuvarande utformning kan medverka till ökad ojämlikhet i vården, såväl regionalt som för olika vårdbehov. Socialstyrelsen anser detta vara oroande och ser detta som en viktig fråga att utvärdera i den fortsatta uppföljningen av vårdgarantin och kömiljarden. Det är också viktigt att fortsätta studierna kring undanträngning och att i samband med detta även närma sig frågan om patientsäkerhet och väntetid.

Referenser

1. Överenskommelse mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting om en förstärkt vårdgaranti för insatser till barn och unga med psykisk ohälsa. Socialdepartementet; 2009.
2. Insatser till barn och unga med psykisk ohälsa. Uppföljning av 2010 års statsbidrag för en förstärkt vårdgaranti. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
3. Uppföljning av den nationella vårdgarantin och ”kömiljarden”. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010.
4. Befolkningsundersökning 2011 Vårdbarometern. Befolkningens attityder till, kunskaper om och förväntningar på hälso- och sjukvården. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2012 [2012-03-19]; <http://www.vardbarometern.nu/PDF/Årsrapport%20VB%202011.pdf>.
5. Uppföljning av den nationella vårdgarantin och ”kömiljarden”. Årsrapport 2011. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
6. Winblad U, Andersson C. Kåren och köerna. En ESO-rapport om den medicinska professionens roll i styrningen av svensk hälso- och sjukvård. Stockholm: Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi; 2010. Rapport 2010:9.
7. Hanning M, Edhag O. Väntetider i vården – en utmaning. Socialmedicinsk tidsskrift 2006;5–6(83):302–10.
8. Uppföljning av den nationella vårdgarantin. Stockholm: Socialstyrelsen; 2008.
9. Produktions- och kapacitetsplanering – mötesplatser för kunskaps- och erfarenhetsbyte. Sammanfattningar av aktuella utvecklingsarbeten presenterade i Umeå, Stockholm och Göteborg hösten 2011. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2011.
10. NPS. Nationellt planeringsstöd. Årsrapport 2011. En analys av barnmorskors, sjuksköterskors, läkares, tandhygienisters och tandläkares arbetsmarknad. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
11. Sveriges Kommuner och Landsting. Nationell Patientenkät. Hämtad 012-03-21 från http://www.skl.se/vi_arbetar_med/halsaochvard/kvalitetsutveckling/nationellpatientenkät.
12. Hanning M, Bergquist C, Kärvinge C, Moa G, Nordlander B, Sjödin JG. Nationella medicinska indikationer. Nyckeln till evidensbaserad, rättvis och patientcentrerad vård. Läkartidningen 2008(105):363–6.
13. Väntetider vid sjukhusbundna akutmottagningar. Plan för utveckling av system för uppföljning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.
14. Jonsson P, Hanning M, Brommels M. Uppföljning av den nationella vårdgarantin. Om implementering av gemensamma medicinska indikationer och undanträngningseffekter av vårdgarantin. Ej publicerat. Stockholm: MMC, Karolinska Institutet; 2007.

15. Nationell tillsyn av vårdgivares ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
16. Sahlgrenska hinner inte med cancerundersökningar. Dagens Medicin. Publicerad 2012-03-08 på <http://www.dagensmedicin.se/nyheter/sahlgrenska-hinner-inte-med-cancerundersokningar/>.
17. Sveriges Television. Vårdlotteriet. Dokument inifrån. Hämtad 2011-11 från <http://svt.se/2.149972/1.2603277/varldotteriet>.
18. Kennedy AP, Nelson E, Reeves D, Richardson G, Roberts C, Robinson A. A randomised controlled trial to assess the effectiveness and cost of a patient orientated self management approach to chronic inflammatory bowel disease. GUT 11(53):1639–45.

Bilageförteckning

1. Regeringsuppdrag. Uppdrag att följa upp den nationella vårdgarantin och den så kallade kömiljarden
2. Enkät om vårdgarantin och kömiljarden
3. Enkät om landstingens/regioners köp av vård i syfte att förkorta väntetider
4. Förteckning över besök, undersökningar samt operationer/åtgärder som ingår i den nationella väntetidsdatabasen.
5. Antal väntande på behandling/åtgärd per specialitet mellan december 2008-2011.
6. Fördelning av kömiljarden 2009-2011
7. Intervjuguiden – Telefonintervjuundersökning
8. Köpt vård (operation/åtgärd) år 2011 i syfte att förkorta väntetiderna

Följande bilagor finns tillgängliga på Socialstyrelsens webbplats:

9. Landstingsprofiler
10. Metoder för att mäta väntetider till återbesök
11. Jämförelse väntetider till förstabesök och återbesök



Regeringsbeslut

I:2

2009-05-20

S2009/4232/HS
(delvis)

Socialdepartementet

Socialstyrelsen
106 30 STOCKHOLM

SOCIALSTYRELSEN	
GD-staben	
Ink	2009 -05- 27
Dnr	5755
Handl.	2009

Uppdrag att följa upp den nationella vårdgarantin och den s.k. kömiljarden

Regeringens beslut

Regeringen ger Socialstyrelsen i uppdrag att följa hur landstingen arbetar för att uppnå målen i den nationella vårdgarantin i enlighet med vad som anges i den överenskommelse om nationell vårdgaranti (S2005/1527/HS) som slutits mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL).

Regeringen ger vidare Socialstyrelsen i uppdrag att följa och analysera vilka åtgärder landstingen genomför med anledning av den överenskommelse om en nationell satsning för en fungerande vårdgaranti, den s.k. kömiljardsatsningen (S2009/353/HS) som slutits mellan staten och SKL.

I Socialstyrelsens uppdrag ingår att analysera vilka effekter landstingens satsningar får för tillgängligheten och väntetiderna i vården samt hur de påverkar patienternas situation. Socialstyrelsen ska vidare analysera landstingens informationsinsatser om vårdgarantin och allmänhetens och professionens kännedom om vårdgarantin. Socialstyrelsen ska även tillse att information om innehållet i vårdgarantin finns tillgänglig genom myndighetens ordinarie informationskanaler.

I uppdraget ingår att ta fram landstingsprofiler som belyser dels väntetider och det arbete som görs för att säkerställa kvaliteten i inrapporteringen till databasen Väntetider i vården, dels hinder och framgångsfaktorer för landstingen i arbetet med att förkorta vårdköerna.

Socialstyrelsen ska, med början 2009 och som en del av uppföljningen, genomföra besök i landstingen för att på plats inhämta information och föra dialog om landstingens arbete med att förbättra tillgängligheten. Besöken ska genomföras i den omfattning som är nödvändig för uppdragets genomförande.

Socialstyrelsen ska årligen med början 2010 t.o.m. 2012 senast den 1 mars varje år redovisa resultatet av den uppföljning och verksamhet som myndigheten genomför.

För de aktiviteter som ska vidtas under innevarande år, får Socialstyrelsen disponera 1 000 000 kronor av de medel som avsatts 2009 inom ramen för utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg, anslag 1:6 Bidrag till hälso- och sjukvård, anslagspost 50 Strategi för god vård.

Ärendet

Staten och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) tecknade under 2005 en överenskommelse om en nationell vårdgaranti. Garantin innebär ett åtagande för landstingen att erbjuda behandling inom 90 dagar från det att beslut om behandling fattats. Garantin gäller fullt ut i hela landet från och med den 1 november 2005 och omfattar all behandling inom landstingens planerade vård.

Socialstyrelsen har fram till 2008 haft i uppdrag att följa hur landstingen arbetar för att uppfylla vårdgarantin.

Socialstyrelsens uppföljningar har visat att vårdgarantin inte fungerar som tänkt. Landstingen förmår inte hålla tidsgränserna i garantin. För att stimulera landstingen att arbeta med uppfyllandet av den nationella vårdgarantin har staten och SKL slutit en överenskommelse om en nationell satsning för en fungerande vårdgaranti, den s.k. kömiljardsatsningen. Överenskommelsen omfattar en miljard kronor per år från och med 2010. De landsting som uppnår de i överenskommelsen uppställda kraven om uppfyllande av vårdgarantin får ta del av pengarna.

Det är viktigt att effekterna av dessa satsningar följs upp inte bara ur ett tillgänglighetsperspektiv utan också ur andra aspekter såsom t.ex. information till patienterna om väntetider och valmöjligheter och landstingens metoder för att nå kortare väntetider i vården m.m. Uppföljningsarbetet är också ett viktigt stöd för sjukvårdshuvudmännen i det fortsatta arbetet med att förbättra tillgängligheten till hälso- och sjukvården.

I sammanhanget kan även nämnas att Socialstyrelsen i februari i år fick i uppdrag av regeringen att på nationell nivå följa upp och utvärdera landstingens arbete med att förbättra tillgängligheten till den specialiserade barn- och ungdomspsykiatrin.

På regeringens vägnar



Göran Hägglund



Mats Nilsson

Kopia till

Socialutskottet
Finansdepartementet/BA
Regeringskansliets förvaltningsavdelning/EK
Sveriges Kommuner och Landsting

Bilaga 2 Enkät om vårdgarantin och kömiljarden

ENKÄT OM VÅRDGARANTIN OCH KÖMILJARDEN

Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att följa upp och utvärdera landstingens/regionernas insatser kring vårdgarantin och Kömiljarden. Socialstyrelsen har tidigare tagit fram två delrapporter inom detta område, år 2010 och år 2011. En slutrapport för hela perioden 2009 – 2011 skall lämnas till regeringen senast den 1 april 2012.

Som ett led i detta och tidigare uppdrag har Socialstyrelsen under åren 2007–2011 skickat ut tre enkäter för att följa upp och analysera vilka åtgärder landsting- en/regionerna har genomfört inom ramen för arbetet med vårdgarantin och kömil- jarden. För att få en samlad bild över dessa tre år skickas nu en uppföljningsenkät till samtliga landsting/regioner. Enkätsvaren kommer att användas som underlag i Socialstyrelsens slutrapport till regeringen.

Enkäten består av följande delar:

- 1 Landstingets/regionens arbete med tillgänglighet efter införande av kömiljarden
- 2 Landstingets/regionens arbete med tillgänglighet: förbättringspotential hösten 2011
- 3 Användning av väntetidsstatistik vid planering och förbättringsarbete
- 4 Användning av flödesmodellen
- 5 Rutiner kring tillämpningen av vårdgarantin
- 6 Väntetidsrapporteringen
- 7 Bemanning
- 8 Väntetider för återbesökspatienter och undanträngning
- 9 Väntetidsläget i landstinget - övergripande omdöme

Inför utskicket av enkätformuläret har samråd skett med Sveriges kommuner och landsting (SKL) i enlighet med förordningen (1982:668) om statliga myndigheters inhämtande av uppgifter från kommuner och landsting/region. Dina svar ska vara Socialstyrelsen tillhanda senast den 19 december 2011

De svar som matas in i enkäten sparas och finns kvar nästa gång du loggar in. Svaren sparas (senaste versionen) när du klickar på flikarna "Föregående" eller "Nästa" längst ner på varje sida i enkäten. Om du avbryter ditt arbete kan du enkelt nå enkäten igen genom att lägga länken till enkäten till dina favoriter. Du kan också nå enkäten via länken i e-postbrevet. När du är färdig med dina svar klickar du på knappen "Klar". Det finns även möjlighet att göra justeringar i dina svar efter det att du klickat på "Klar" fram till sista svarsdag.

Har du frågor om enkäten vänligen kontakta:

Anne Tiainen

E-post: anne.tiainen@socialstyrelsen.se Telefon: 075-247 3422

Maarten Sengers

E-post: maarten.sengers@socialstyrelsen.se

Telefon: 075-247 3686 (frågor gällande återbesökspatienter)

Med vänlig hälsning

Marianne Hanning

Projektledare

RESPONDENTINFORMATION

Landsting:

- ☐ Stockholms läns landsting
- ☐ Landstinget i Uppsala län
- ☐ Landstinget Sörmland
- ☐ Landstinget i Östergötland
- ☐ Landstinget i Jönköpings län
- ☐ Landstinget Kronoberg
- ☐ Landstinget i Kalmar län
- ☐ Region Gotland
- ☐ Landstinget Blekinge
- ☐ Region Skåne
- ☐ Region Halland
- ☐ Västra Götalandsregionen
- ☐ Landstinget i Värmland
- ☐ Örebro läns landsting
- ☐ Landstinget Västmanland
- ☐ Landstinget Dalarna
- ☐ Landstinget Gävleborg
- ☐ Landstinget Västernorrland
- ☐ Jämtlands läns landsting
- ☐ Västerbottens läns landsting
- ☐ Norrbottens läns landsting

Kontaktuppgifter:

Namn:

E-post:

Telefonnummer:

1 LANDSTINGETS/REGIONENS ARBETE MED TILLGÄNGLIGHET EFTER INFÖRANDE AV KÖMILJARDEN

1. Vilka arbeten/projekt pågår för närvarande i landstinget/regionen för att uppfylla vårdgarantin?

Ange arbetets/projektets namn och kortfattat syfte/målsättning

På landstings-/regionnivå

På sjukhusnivå

På klinikenivå

2. Vilka arbeten/projekt har landstinget/regionen genomfört och avslutat under 2009-2011 för att uppfylla vårdgarantin?

Ange arbetets/projektets namn och kortfattat syfte/målsättning

På landstings-/regionnivå

På sjukhusnivå

På klinikenivå

2 LANDSTINGETS/REGIONENS ARBETE MED TILLGÄNGLIGHET: FÖRBÄTTRINGSPOTENTIAL HÖSTEN 2011

I en enkät som Socialstyrelsen skickade ut hösten 2007 samt 2009 ställdes en fråga om s.k. framgångsfaktorer för landstingens/regionernas arbete med förbättrad tillgänglighet. I frågan nedan vill vi göra en uppföljning av detta genom att kartlägga i vilken grad det fortfarande finns en förbättringspotential för var och en av dessa framgångsfaktorer.

3. Hur stor är förbättringspotentialen i landstinget/regionen för att de nedan uppräknade förhållandena, eller framgångsfaktorna, optimalt ska kunna bidra till en förbättrad väntetidssituation och en hantering av vårdgarantin som är i enlighet med överenskommelsen mellan staten och SKL?

Använd en skala från 1-10 där 1=Ingen förbättringspotential och 10=Mycket stor förbättringspotential. Om ett förhållande eller en framgångsfaktor inte är relevant eller om ni inte kan göra någon bedömning finns det separata svarsalternativ.

Organisation av vårdgarantiarbetet

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Vej	Inte
Ingen förbättringspotential									Mycket stor förbättringspotential	ej	relevant

Engagemang/stöd från landstingets/regionens politiska ledning	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Engagemang/stöd från förvaltnings-cheferna	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Engagemang/stöd från klinik-/enhetschefer	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Att det finns bra lednings- och styrningssystem som underlättar vårdgarantiarbetet	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Att det finns en tydlig ansvarsfördelning bland dem som jobbar med tillgänglighet	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Att det finns tydliga mål för tillgänglighetsarbete vilka är kända i hela organisationen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Användning av vårdlotsar/tillgänglighetskoordinatorer	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Användning av specialistnätverk i vårdgarantiarbetet	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Information

* Faktiska väntetider: uppgifter om hur länge patienter fick vänta på det aktuella besöket eller den aktuella åtgärden under ett tidigare tidsintervall

	1 Ingen förbättrings-potential	2	3	4	5	6	7	8	9	10 Mycket stor förbättrings potential	Vej ej	Inte relevant
Information om vårdgarantin till alla som jobbar i vården	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Information om landstingets/regionens sätt att jobba med vårdgarantin till alla som jobbar i vården	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Information om vårdgarantin generellt till patienter	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Information om faktiska väntetider* till patienter	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Information om faktiska väntetider* till vårdgivare och eventuellt vårdlotsar	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Nära samarbete mellan verksamheten och rapportörsorganisationen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Ekonomiska faktorer

1 Ingen förbättrings-potential	2	3	4	5	6	7	8	9	10 Mycket stor förbättrings potential	Vej ej	Inte relevant
-----------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	--	--------	---------------

Tilldelning av mer resurser till verksamheter med långa väntetider ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Utvecklings- och processarbete

	1 Ingen förbättrings potential	2	3	4	5	6	7	8	9	10 Mycket stor förbättrings potential	Vej ej	Inte relevant
Att det finns kunskap i organisationen om hur förbättringsprojekt kan användas	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Att kunskap om förbättringsprojekt verkligen används för att strukturellt effektivisera arbetet och korta ner väntetider	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Övriga kommentarer:

3 ANVÄNDNING AV VÄNTETIDSSTATISTIK VID PLANERING OCH FÖRBÄTTRINGSARBETE

4. I vilken utsträckning tror ni att väntetidsstatistik (statistik i väntetidsdatabasen och/eller intern statistik som bara finns i landstinget/regionen) används av övergripande planeringsenheter och klinik-/enhetschefer för planering av den löpande verksamheten i den specialiserade vården?

	1 I mycket liten utsträckning	2	3	4	5	6	7	8	9	10 I mycket stor utsträckning	Vej ej	Inte relevant
Övergripande planeringsenheter:	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Klinik-/enhetschefer:	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

5a. Finns det en uttalad policy eller rekommendation inom landstinget/regionen vad gäller användning av väntetidsstatistik vid planering av den löpande verksamheten inom den specialiserade vården?

- ☐ Ja
- ☐ Nej
- ☐ Vet ej

5b. Om "Ja" på fråga 5a.

Vilken statistik omfattar policyn/rekommendationen?

Flera svarsalternativ kan markeras

- ☐ Statistik som har publicerats i väntetidsdatabasen
- ☐ Lokal statistik som ligger till grund för inrapportering till väntetidsdatabasen
- ☐ Statistik från rapporter om Öppna jämförelser
- ☐ Annat: _____
- ☐ Vet ej

Övriga kommentarer:

4 ANVÄNDNING AV FLÖDESMODELLEN

6. Hur väl känner ni till SKL:s flödesmodell (patientens väg genom vården)?

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Inte alls	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Mycket bra

7. I vilken utsträckning används flödesmodellen idag i ert landsting/region?

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Vej ej	
I mycket liten utsträckning	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	I mycket stor utsträckning

8. Hur väl anser ni att flödesmodellen lämpar sig för att följa upp väntetider inom svensk hälso- och sjukvård?

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Vet ej	
Inte alls	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Mycket bra

Övriga kommentarer:

5 RUTINER KRING TILLÄMPNINGEN AV VÄRDGARANTIN

9. Uppskattningsvis, hur stor andel av de patienter som väntar på besök eller operation/åtgärd i den specialiserade vården kontaktas av landstinget/regionen p.g.a. att deras väntetid förmodas överstiga 90 dagar?

- ☐ Ingen
- ☐ 1-10 %
- ☐ 11-20 %

- ☐ 21-30 %
- ☐ 31-40 %
- ☐ 41-50 %
- ☐ 51-60 %
- ☐ 61-70 %
- ☐ 71-80 %
- ☐ 81-90 %
- ☐ 91-100 %
- ☐ Vet ej

10. Beskriv hur ni har organiserat arbetet kring patienter för vilka vårdgarantitiden överskridits (t.ex. hur väljs annan vårdgivare, vem ansvarar för informationen till patienten etc.)

11a. Finns det en policy i landstinget/regionen för hur patienternas beslutsunderlag bör se ut i samband med att de ska ta ställning till om de tackar ja eller nej till ett erbjudande om vård på annan klinik/annat sjukhus?

- ☐ Ja
- ☐ Nej
- ☐ Vet ej

11b. Om "Ja" på fråga 11a.

I vilken utsträckning anser ni att policyn följs av verksamheten i landstinget/regionen?

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Vej ej	
I mycket liten utsträckning	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	I mycket stor utsträckning

12. Vilken information om vårdgarantin får patienter som förmodas få vänta längre än 90 dagar och som kontaktas för första gången om möjligheten till slussning?

Flera svarsalternativ kan markeras

- ☐ Generell information om vårdgarantin
- ☐ Generell information om den praktiska hjälpen som landstinget/regionen kan ge (t.ex. bokning av hotell) om slussning skulle bli aktuell.
- ☐ Generell information om de kostnader som landstinget/regionen står för om slussning skulle bli aktuell.
- ☐ Specifik information om vilken klinik/vilket sjukhus som kan ta emot patienten om slussning skulle bli aktuell.
- ☐ Specifik information om när i tiden patienten kan få hjälp om han eller hon tackar ja till vård på annan klinik/annat sjukhus.
- ☐ Specifik information om vilka väntetider som gäller i den egna kliniken om patienten tackar nej till vårdgarantin.
- ☐ Det går inte att ge något generellt svar – olika rutiner beroende på sjukhus och/eller klinik.
- ☐ Vet ej

13a. Skiljer sig den information ni ger till patienterna om vård enligt vårdgarantin beroende på om det gäller ett vårdalternativ i det egna landstinget/regionen eller vård i ett annat landsting/region?

- ☐ Ja
- ☐ Nej
- ☐ Vet ej

13b. Om "Ja" på fråga 13a.

Hur skiljer sig informationen?

Övriga kommentarer:

6. VÄNTETIDSRAPPORTERINGEN

14a. Finns det problem med inrapportering eller kvalitetssäkring av väntetidsuppgifter p.g.a. att de olika IT-systemen som används inom hälso- och sjukvården inte kan överföra data eller på annat sätt inte kan tillmötesgå de inrapporteringskrav som ställs?

- ☐ Ja
- ☐ Nej
- ☐ Vet ej

14b. Om "Ja" på fråga 14a.

Kan ni kortfattat beskriva problemet?

15. När tror ni att de automatiska överföringarna från ert vårdadministrativa system till väntetidsdatabasen är utvecklade och fungerar för att kunna registrera kvalitetssäkrade uppgifter enligt de senaste specifikationerna för inrapportering?

- ☐ De automatiska överföringarna fungerar tillfredsställande i dagsläget (2011)
- ☐ 2012
- ☐ Efter 2012
- ☐ Vet ej

16. I vilken utsträckning utgör följande faktorer ett hinder för en tillfredsställande inrapportering av väntetider till den nationella väntetidsdatabasen?

	1 Inget hinder alls	2	3	4	5	6	7	8	9	10 Mycket stort hinder
Det/de landstings- /regionövergripande IT-system som används i samband med rapportering av väntetider	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Lokala IT-system som används på enhets- och klinisknivå i sam- band med rapportering av vänte- tider	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Rutiner kring inrapportering på övergripande landstings- /regionnivå	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Rutiner kring inrapportering på lokal nivå	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Inrapportering från privata vård- givare med avtal	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Klinik- och enhetschefernas bris- tande engagemang	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Personalens bristande engage- ment	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Personalens arbetsbelastning	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

17. Hur väl anser ni att er rapportering av väntetider till väntetidsdatabasen fungerar idag?

	1 Helt otillfredsställande	2	3	4	5	6	7	8	9	10 Mycket tillfredsställande
Kontakt med primärvården – "0 dagar"	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Besök hos läkare – "7 dagar"	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Remiss till specialist – "90 da- gar"	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Beslut om behandling - "90 dagar"	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

18. Vad är det som främst hindrar er från att ha en optimal inrapportering (d.v.s. en fullständig inrapportering av helt kvalitetssäkrade väntetidsuppgifter)?

19. Finns uppgifter registrerade i ert vårdadministrativa system om att patienten själv valt att vänta besök/behandling (patientvald väntan)

- ☐ Ja
☐ Nej
☐ Vet ej

20. Vilken definition använder ert landsting/region för patientvald väntan?

21. Finns uppgifter registrerade i ert vårdadministrativa system att väntetiden är medicinskt orsakad?

- ☐ Ja
☐ Nej
☐ Vet ej

22. Vilken definition använder ert landsting för medicinskt orsakad väntan?

Övriga kommentarer:

7 BEMANNING

23a. Har kliniker och enheter i ert landsting/region under åren 2009-2011 erbjudit mottagningstider eller operationer på kvällar och helger i syfte att förkorta väntetider?

	Ja	Nej	Vet ej
År 2009	☐	☐	☐
År 2010	☐	☐	☐
År 2011	☐	☐	☐

23b. Om "Ja" på fråga 23a;

I vilken utsträckning har klinikerna och enheterna i ert landsting/region under åren 2009-2011 erbjudit mottagningstider eller operationer på kvällar och helger?

	Vid något enstaka tillfälle	Under mindre delar av året	Under stora delar av året	Under hela året	Vet ej
År 2009	☐	☐	☐	☐	☐
År 2010	☐	☐	☐	☐	☐
År 2011	☐	☐	☐	☐	☐

24a. Har ert landsting/region under 2011 anlitat hyrläkare i syfte att förkorta väntetiderna?

- ☐ Ja
☐ Nej

24b. Om "Ja" på fråga 24a, ange i vilken utsträckning?

- ☐ Under hela året
- ☐ Under stora delar av året
- ☐ Under mindre delar av året
- ☐ Vid något enstaka tillfälle

24c. Om "Ja" på fråga 24a, ange vilka specialister som har hyrts in under 2011?

25. Hur lång framförhållning finns idag i landstinget/regionen, i genomsnitt, för schema-läggning av läkarens tjänstgöring inom den specialiserade somatiska vården?

- ☐ 6 veckor eller mindre
- ☐ Mellan 7 veckor och 3 månader
- ☐ Mellan 4 och 6 månader
- ☐ Mer än 6 månader

Övriga kommentarer:

8 VÄNTETIDER FÖR ÅTERBESÖKSPATIENTER OCH UNDANTRÄNGNING

26. Följer landstinget/regionen upp väntetider för återbesökspatienter?

- ☐ Ja, för samtliga grupper
- ☐ Ja, för vissa grupper
- ☐ Nej

Fråga 27 - fråga 31 besvaras av dig som har svarat "Ja" på fråga 26. Om "Nej" försätt till fråga 32.

27. Om du svarat "Ja, för vissa grupper" i fråga 26, ange dessa grupper:

28. Vilken typ av väntetid ligger till grund för er uppföljning?

- ☐ Aktuell väntetid (dvs. väntande)
- ☐ Faktisk väntetid (dvs. att besöket är genomfört)
- ☐ Annat: _____

29a. Vilken princip för mätning av väntetider för återbesökspatienter tillämpas i landstinget?

- ☐ Avvikelse från medicinskt måldatum (satt av läkaren)
- ☐ Avvikelse från medicinskt måldatum (satt av läkaren) inkl. toleransgräns
- ☐ Annat: _____

29b. Om toleransgräns tillämpas, enligt vilka principer bestäms den?

30a. Har ni mål för vilken andel återbesökspatienter som ska ha fått vård inom medicinskt måldatum eller medicinskt måldatum + toleransperiod?

- ☐ Ja
- ☐ Nej
- ☐ Vet ej

30b. Om "Ja" på fråga 30a, ange dessa mål:

31a. Har landstinget/regionen möjlighet att dela med sig resultatet av mätningarna (oavsett antalet mättillfällen och omfattningen) och skicka ett underlag till Socialstyrelsen senast onsdagen den 25 januari 2012?

- ☐ Ja
- ☐ Nej

31b. Om "Ja" på fråga 31a;

Har landstinget/regionen möjlighet att bifoga en kort skriftlig tolkning/analys av resultatet?

- ☐ Ja
- ☐ Nej

31c. Om "Ja" på fråga 31a;

Vilken person kan Socialstyrelsen kontakta angående detta?

Namn: _____
E-post: _____
Tel: _____

Fråga 32-33 besvaras av dig som svarat "Nej" på fråga 26. (Frågorna berör de landsting/region som inte följer upp väntetider för återbesökspatienter.)

32. Vilka är de främsta skälen (max. tre) till att landstinget/regionen inte följer upp återbesökspatienternas väntetider?

1. _____
2. _____
3. _____

33. Finns det konkreta planer i landstinget/regionen att börja mäta väntetider för återbesökspatienter under 2012?

- ☐ Ja
☐ Nej
☐ Vet ej

Fråga 34 - 37 besvaras av alla.

34a. Oavsett om väntetider för återbesökspatienter följs upp eller ej, pågår det andra aktiviteter i landstinget/regionen kring ämnet undanträngning?

- ☐ Ja
☐ Nej
☐ Vet ej

34b. Om Ja på fråga 34a, ange dessa aktiviteter:

35a. I vilken utsträckning bedömer ni att undanträngning kan ha förekommit i landstingets/regionens specialiserade vård under åren 2009-2011?

	Inte alls	I liten utsträckning	I ganska liten utsträckning	I ganska stor utsträckning	I stor utsträckning
2009	☐	☐	☐	☐	☐
2010	☐	☐	☐	☐	☐
2011	☐	☐	☐	☐	☐

35b. Om ni har svarat I ganska liten utsträckning - I stor utsträckning för ett eller flera år i fråga 35a;

Inom vilka områden bedömer ni att det förekommer undanträngning? (välj område/områden där ni anser att mönstret är tydligast)

36. Har undanträngning ökat eller minskat under perioden 2009-2011?

- ☐ Ökat
☐ Minskat
☐ Oförändrad

37. Vilka anser ni är de viktigaste skälen till att undanträngning förekommer eller har förekommit?

- ☐ Individuella påtryckningar av vissa patienter
- ☐ Påtryckningar från landstinget
- ☐ En naturlig följd av prioriteringsprocessens komplexitet
- ☐ Annat: _____

Övriga kommentarer:

9 VÄNTETIDSLÄGET I LANDSTINGET - ÖVERGRIPANDE OMDÖME

38. Hur bedömer ni att väntetidernas längd är idag?

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Helt otillfredsställande									Mycket tillfredsställande
Kontakt med primärvården – "0 dagar"	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Besök hos läkare – "7 dagar"	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Remiss till specialist – "90 dagar"	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Beslut om behandling - "90 dagar"	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

39. Vilka är de främsta anledningarna till att ni har problem med väntetider?

40. Har ert landsting undersökt varför patienten tackat nej till ett erbjudande om att byta vårdgivare?

- ☐ Ja
- ☐ Nej
- ☐ Vet ej

Övriga kommentarer:

Bilaga 3 Enkät om landstingens/regioners köp av vård i syfte att förkorta väntetider

ENKÄT OM LANDSTINGENS/REGIONERNAS KÖP AV VÅRD I SYFTE ATT FÖRKORTA VÄNTETIDER

Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att följa upp och utvärdera landstingens/regionernas insatser kring vårdgarantin och kömiljarden. Socialstyrelsen har tidigare tagit fram två delrapporter inom detta område, år 2010 och år 2011. En slutrapport för hela perioden 2009 – 2011 skall lämnas till regeringen senast den 1 april 2012.

Som ett led i detta och tidigare uppdrag har Socialstyrelsen under åren 2007–2011 skickat ut tre enkäter för att följa upp och analysera vilka åtgärder landstingen och regionerna har genomfört inom ramen för arbetet med vårdgarantin och kömiljarden.

Syftet med denna enkät är att följa upp dessa tidigare enkätundersökningar och samla in mer detaljerad information om landstingens/regionernas köp av vård i syfte att förkorta väntetider.

Enkätsvaren kommer att användas som underlag i Socialstyrelsens slutrapport till regeringen.

Svaren ska inte inkludera avtalad regionsjukvård eller rikssjukvård!

Enkäten består av 6 frågor.

Inför utskicket av enkäten har samråd skett med Sveriges kommuner och landsting (SKL) i enlighet med förordningen (1982:668) om statliga myndigheters inhämtande av uppgifter från kommuner och landsting.

Dina svar ska vara Socialstyrelsen tillhanda senast den 19 december 2011 .

De svar som matas in i enkäten sparas och finns kvar nästa gång du loggar in. Svaren sparas (senaste versionen) när du klickar på flikarna "Föregående" eller "Nästa" längst ner på varje sida i enkäten. Om du avbryter ditt arbete kan du enkelt nå enkäten igen genom att lägga länken till enkäten till dina favoriter. Du kan också nå enkäten via länken i e-postbrevet. När du är färdig med dina svar klickar du på knappen "Klar". Det finns även möjlighet att göra justeringar i dina svar efter det att du klickat på "Klar" fram till sista svarsdag.

Om du har frågor om enkäten vänligen kontakta:

Anne Tiainen

Telefon: 075- 247 34 22

E-post: anne.tiainen@socialstyrelsen.se

Vänliga hälsningar

Marianne Hanning

Projektledare

RESPONDENTINFORMATION

Landsting/region:

- ☐ Stockholms läns landsting
- ☐ Landstinget i Uppsala län
- ☐ Landstinget Sörmland
- ☐ Landstinget i Östergötland
- ☐ Landstinget i Jönköpings län
- ☐ Landstinget Kronoberg
- ☐ Landstinget i Kalmar län
- ☐ Region Gotland
- ☐ Landstinget Blekinge
- ☐ Region Skåne
- ☐ Region Halland
- ☐ Västra Götalandsregionen
- ☐ Landstinget i Värmland
- ☐ Örebro läns landsting
- ☐ Landstinget Västmanland
- ☐ Landstinget Dalarna
- ☐ Landstinget Gävleborg
- ☐ Landstinget Västernorrland
- ☐ Jämtlands läns landsting
- ☐ Västerbottens läns landsting
- ☐ Norrbottens läns landsting

Kontaktuppgifter:

Namn: _____
Telefon: _____
E-post: _____

KÖP AV VÅRD

Observera att svaren inte ska inkludera avtalad regionsjukvård eller rikssjukvård!

1a. Har ert landsting/region under 2010 och 2011 köpt vård i form av operationer/behandlinger av annat landsting/region i syfte att förkorta väntetiderna?

	Ja	Nej
2010	☐	☐
2011	☐	☐

1b. Om "Ja" på fråga 1a, ange vilken åtgärd, antal åtgärder och från vilket landsting/region.

Separera uppgifterna för en åtgärd med ett komma och avsluta med semikolon (åtgärd, antal, landsting/region;) .

År 2010 _____
År 2011 _____

2a. Har andra landsting/regioner under 2010 och 2011 köpt vård i form av operationer/behandlingar från ert landsting i syfte att förkorta sina väntetider?

	Ja	Nej
2010	☐	☐
2011	☐	☐

2b. Om "Ja" på fråga 2a, ange vilken åtgärd, antal åtgärder och vilket landsting/region.

Separera uppgifterna för en åtgärd med ett komma och avsluta med semikolon (åtgärd, antal, landsting/region;).

År 2010 _____
År 2011 _____

3a. Har ert landsting/region under 2010 och 2011 köpt vård i form av operationer/behandlingar av privat vårdgivare i syfte att förkorta väntetiderna?

	Ja	Nej
2010	☐	☐
2011	☐	☐

3b. Om "Ja" på fråga 3a, ange vilken åtgärd och antal åtgärder

Separera uppgifterna för en åtgärd med ett komma och avsluta med semikolon (åtgärd, antal;).

År 2010 _____
År 2011 _____

Övriga kommentarer:

ÖVRIGA FRÅGOR

4a. Fördelas de ekonomiska medlen från kömiljarden enligt en målrelaterad ersättningsmodell?

- ☐ Ja
☐ Nej

4b. Om "Ja" på fråga 4a, hur är modellen utformad?

5. Hur har medlen från kömiljarden använts i ert landsting/region?

6. Förekommer det att verksamheten (d.v.s. de enheter som har patienter som slussas vidare) själva betalar de eventuella merkostnader som är förknippade med:

	Ja	Nej	Vet ej
vård vid annan klinik inom landstinget?	☐	☐	☐
vård vid annan klinik utanför landstinget?	☐	☐	☐

Övriga kommentarer:

Januari 2011

Förteckning över besök, undersökningar samt operationer/åtgärder som ingår i den nationella väntetidsdatabasen

Syfte

Syftet med den nationella väntetidsdatabasen är inte att all verksamhet skall täckas in. Däremot är det ett mål på längre sikt att följa patienters vårdförlopp, inklusive väntetider mellan olika steg i vårdprocessen enligt Flödesmodellen (www.flodesmodellen.se).

Innehåll

Innehållet i den nationella databasen förändras efter behov som inkommer från huvudmän och/eller specialistföreningarna.

Ny lagstiftning från och med 1 juli 2010 med krav som grundar sig på föreskrifter kan komma att förändra innehållet.

Referens för diagnos- och åtgärdskoderna

Nedanstående diagnos- och åtgärds-koder återfinns i:

- » Klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem 1997, med ändringar och tillägg: systematisk förteckning.
- » Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ), 2007.

Vårdutbud av besök/mottagningar som ingår i rapporteringen till den nationella väntetidsdatabasen

Kirurgi	SKL-kod
Allmän kirurgi	301
Kvinnosjukvård	431
Handkirurgi	321
Kärlkirurgi	304
Neurokirurgi	331
Ortopedi	311
Plastikkirurgi	351
Urologi	361
Ögonsjukvård	511
Öron-,näs och halssjukvård	521

Medicin	SKL-kod	Psykiatri	SKL-kod
Allergisjukvård	141	Allmän psykiatri ^{d)}	901
Allmän internmedicin	101	Barn- och ungdomspsykiatri ^{d)}	931
Barn- och ungdomsmedicin	201		
Endokrinologi	161		
Mag- och tarmsjukvård	105		
Hematologi	108		
Hudsjukvård	211		
Hjärtsjukvård	231		
Lungsjukvård	111		
Neurologi	221		
Njurmedicin	151		
Cancersjukvård ^{c)}	741		
Reumatisk sjukvård	131		
Specialiserad smärtmottagning ^{d)}	412		

c) Avser besök/bedömning efter vårdbegäran på renodlad onkologisk specialistmottagning respektive identifierbar onkologisektion på t ex kirurgklinik eller medicinklinik. Väntetider till strålbehandling, eventuell isotopverksamhet, cytostatikabehandling och andra handlingar ingår inte i uppföljningen.

d) Första vårdkontakt kan avse annan vårdgivare än läkare.

Vårdutbud av undersökningar som ingår i rapporteringen till den nationella väntetidsdatabasen

Kommentarer:

Omfattar endast patienter som genomgår planerade undersökningar i öppenvård.
Akuta undersökningar och undersökningar av patienter i slutenvård ingår inte.

Undersökning/Röntgen	SKL-kod
Magsäck (Gastroskopi) ^{a)}	10501
Magsäck – kirurgi, (Gastroskopi på kirurgisk enhet) ^{a)}	10502
Magsäck – medicin, (Gastroskopi på medicinsk enhet) ^{a)}	10503
Tjocktarm, (Koloskopi) ^{a)}	10504
Tjocktarm – kirurgi, (Koloskopi på kirurgisk enhet) ^{a)}	10505
Tjocktarm – medicin, (Koloskopi på medicinsk enhet) ^{a)}	10506
Hjärna, datortomografi	17021
Hjärna, MR	17061
Knäled, MR	17062
Ländryggrad, MR	17063

a) Avseende skopier är följande åtgärds-koder vägledande för redovisning av uppgifter:

- **Gastroskopier:**

UJD02, UJD05, JDA05, JDA55, JDH05, JDH15, JDH22, JDH32

- **Koloskopier:**

UJF32, UJF35, JFA15, JFA42, JFA48, JFA55, JFA58

Vårdutbud av operationer och åtgärder samt övriga som ingår i rapporteringen till den nationella väntetidsdatabasen

Gynekologi	Åtgärds kod	Diagnos kod	SKL-kod
Livmoder, borttag vid godartad indikation	LCC10, LCC11, LCC20 LCD00, LCD01, LCD04, LCD10, LCD11	D25, D26, N85, N87, N92	43103
Livmoderframfall	LEF	N81.1, N81.2, N81.3, N81.4, N81.5, N81.6, N81.9, N88.4 N99.3	43102
Urinläckage, kvinnor	KDG, LEG		43101
Gynekologi övriga	Se sid 7		43100
Kirurgi	Åtgärds kod	Diagnos kod	
Ljumskbräck	JAB	K40.2, K40.9	30103
Navelbräck	JAF	K42	30108
Åderbräck, ej kosmetiska	PHB10, PHB12, PHB13, PHB14 PHD10, PHD11, PHD12, PHD 15 PHS13, PHS14, PHS99	I83	30101
Ärrbräck	JAD	K43	30107
Ändarmssjukdom	JHA, JHB, JHC, JHD, JHE, JHW	I84, K60, K62.0, K62.1, K62.2, K62.3, K62.4	30102
Magsäck eller tarm vid övervikt	JDF, JFD00	E66	30105
Gallsten	JKA JKB00, JKB01, JKB11	K80.1, K 80.2, K80.5, K81.1	30104
Sköldkörteloperation (Struma)	BAA		30106
Kirurgi övriga	Se sid 7		30100
Thoraxkirurgi	Åtgärds kod	Diagnos kod	
Hjärtklaff- eller kroppspulsåder	FCA, FCB, FCC, FCD, FCE, FCW FGA, FGB, FGC, FGD, FGE, FGW FKA, FKB, FKC, FKD, FKW FMA, FMB, FMC, FMD, FMW		34102
Kranskär	FNA, FNB, FNC, FND, FNE, FNF		34101
Thoraxkirurgi övriga	Se sid 7		34100

Ortopedi	Åtgärdskod	Diagnoskod	SKL-kod
Knäledsartroskopi	NGA11, NGA21 NGD01, NGD11, NGD21, NGD91 NGF01, NGF11, NGF21, NGF31, NGF91 NGH31, NGH41, NGH51, NGH71		31106
Axel eller skuldra vid nervinklämning	NBG09, NBK19, NBL39, NBL49, NBL69, NBL99	M19, M75, M89.5, T92.5	31107
Axelinstabilitet	NBH71, NBH72	M24.4, T92.3	31108
Tår vid Hallux valgus/rigidis, Hammartå	NHK	M20.1, M20.2, M20.4, M20.5	31101
Korsband i knä	NGE21, NGE22, NGE31, NGE32 NGE41, NGE42, NGE51, NGE52		31105
Höftled (ledprotes)	NFB29, NFB39, NFB49, NFB62, NFB99		31102
Knäled (ledprotes)	NGB		31103
Höftled(ledprotes) omoperation	NFC	T84	31104
Ortopedi övriga	Se sid 7		31100
Ryggkirurgi	Åtgärdskod	Diagnoskod	
Diskbräck i halsrygggrad	ABC10, ABC20, ABC30, ABC50, ABC60, NAG39, NAG49	M50.0, M50.1	31201
Diskbräck i ländrygggrad	ABC16, ABC26	M51.1	31202
Kotförskjutning	NAG39, NAG49, NAG69, NAG79, NAG99	M43.1, M47.8, M99.1	31203
Rotkanalförträngning i ländrygggrad	ABC56	M48.0, M48.8	31204
Ryggkirurgi övriga	Se sid 7		31200
Handkirurgi	Åtgärdskod	Diagnoskod	
Finger, krokande (Dupuytren's)	NDM19	M72.0	32101
Hand, nervinklämning (Karpaltunnel)	ACC51	G56.0	32102
Hand, sjukdom i ledhinna eller sena	NDM39, NDM49	M65, M66, M67, M68	32103
Tumbasförlitning (artros)	NDG	M18.1, M18.2	32104
Hand- eller handledsreumatism	NDB, NDE, NDF00, NDF01, NDF02, NDF10, NDF11, NDF12, NDF19, NDG, NDL	M05, M06	32105
Handkirurgi övriga	Se sid 7		32100

Urologi	Åtgärdskod	Diagnoskod	SKL-kod
Testikel, ej nedstigen	KFH00, KFH10	Q53	36102
Pungbråck (Vattenbråck)	KFD20	N43	36103
Prostataförstoring, godartad indikation	KED	N40	36101
Urologi övriga	Se sid 7		36100
Plastikkirurgi	Åtgärdskod	Diagnoskod	
Brösthörminskning	HAD30, HAD35	N62	35101
Bröståteruppbyggnad efter tumör	HAE00, HAE05, HAE10, HAE20, HAE99	C50, D05, Z42.1, Z85.3	35102
Hängbuk, plastisk	QBJ30, QBJ35		35103
Plastikkirurgi övriga	Se sid 7		35100
Ögonsjukvård	Åtgärdskod	Diagnoskod	
Gråstarr	CJC CJD CJE	H25, H26.0, H26.1, H26.2, H26.3, H26.8, H26.9, H28	51101
Skelning	CEB, CEC, CED, CEE, CEF, CEW		51102
Ögonsjukvård övriga	Se sid 7		51100
Öron-näsa-halssjukvård	Åtgärdskod	Diagnoskod	
Hörselbättrande operation	DCD00, DCD10 DDA, DDB, DDC, DDD, DDW		52102
Nässkiljevägg, plastisk	DJB10, DJD20		52103
Halsmandel, borttag	EMB10, EMB15, EMB20, EMB99		52101
Utprovning av hörapparat(alt 1)		Z46.1	52104
(alt 2)	GA005	Z46.1	52104
(alt 3)	GA005		52104
Öron, näs hals övriga	Se sid 7		52100
Neurokirurgi			
Neurokirurgi övriga	Se sid 7		33100
Hjärtsjukvård			
Hjärtsjukvård övriga	Se sid 7		23100
Barn- och ungdomspsykiatri	Åtgärdskod	Diagnoskod	
Behandling	Anges av respektive landsting/ region		93102
Fördjupad utredning	Anges av respektive landsting/ region		93101

Vårdutbud - operationer och åtgärder övriga per rubrik

Bakgrund

Vårdgarantin omfattar all planerad specialiserad vård och i dagsläget följs endast 42 definierade operationer/åtgärder. För att få en bild av "samtliga" väntande till kirurgiska åtgärder påbörjas från årsskiftet 2008/2009 rapportering av övriga per rubrik som redovisas nedan.

Vad ska rapporteras

* Endast för variabeln väntande,

* Ej faktisk väntetid (tag <Individproduction>)

Redovisas under rubrik/vårdutbud

Rubrik/vårdutbud	SKL-kod	Rubrik/vårdutbud	SKL-kod
Gynekologi övriga	43100	Ortopedi övriga	31100
Handkirurgi övriga	32100	Plastikkirurgi övriga	35100
Hjärtsjukvård övriga (utförs av kardiolog ex Pacemaker, Ablationer mm)	23100	Ryggkirurgi övriga	31200
Thoraxkirurgi övriga	34100	Urologi övriga	36100
Kirurgi övriga	30100	Ögon övriga	51100
Neurokirurgi övriga	33100	Öron-näs-hals övriga	52100

Urval

Samtliga koder i KKÅ97 som ingår i KVÅ.	Koder med kodstruktur 3 bokstäver och 2 siffror
Exklusive	
Avsnitt M	Obstetrik
Avsnitt T	Mindre kirurgiska ingrepp
Koder som börjar på U (tre bokstäver och två siffror)	Transluminal endoskopi
Koder som börjar på X (tre bokstäver och två siffror)	Diagnostiska åtgärder i anslutning till kirurgisk verksamhet
Koder som börjar på Y (tre bokstäver och två siffror)	Uttagning av organ till transplantation
Kapitel Z	Tilläggs-koder

KVÅ har två kodstrukturer: åtgärder hämtade från KKÅ97 (koder med tre bokstäver och två efterföljande siffror) och icke-kirurgiska åtgärder med KVÅ-struktur (koder med två bokstäver och tre efterföljande siffror)

Bilaga 5 Antal väntande på behandling/åtgärd per specialitet mellan december 2008–2011

Antal väntande på behandling/åtgärd per specialitet mellan 2008-2011 december						
Specialitet	År	Totalt antal väntande	Väntande >90 dagar	%, >90 dagar	Väntande <60 dagar	%, <60 dagar
Ortopedi	2008*	16 694	3 144	19	0	
	2009	21 538	2 081	10	0	
	2010	23 117	2 913	13	14652	63
	2011	21 480	2 348	11	15274	71
Allmänkirurgi	2008*	14471	4971	34	0	
	2009	17 452	2 175	12	0	
	2010	17 361	2 292	13	11849	68
	2011	15 987	1 601	10	11945	75
Gynekologi	2008*	3 486	482	14	0	
	2009	5 634	392	7	0	
	2010	7 150	589	8	5257	74
	2011	6 275	318	5	5145	82
Ögon	2008*	14878	4647	31	0	
	2009	18 454	1 700	9	0	
	2010	17 669	1 723	10	12268	69
	2011	19 461	2 966	15	13283	68
Ryggkirurgi	2008*	1 708	432	25	0	
	2009	1 784	342	19	0	
	2010	1 921	543	28	971	51
	2011	1 793	581	32	940	52
Neurokirurgi	2008*	-	-			
	2009	-	-			
	2010	1 328	588	44	545	41
	2011	1 200	447	37	600	50
Plastikkirurgi	2008*	1 446	584	40	0	
	2009	2 931	1 084	37	0	
	2010	3 176	1 204	38	1265	40
	2011	2 881	884	31	1353	47
Handkirurgi	2008*	6 653	1 701	26	0	
	2 009	7 191	666	9	0	
	2 010	7 982	1 080	14	4945	62
	2 011	6 929	832	12	4661	67
Thoraxkirurgi	2008*	636	88	14	0	
	2009	1028	85	8	0	
	2010	1333	246	18	843	63
	2011	2235	288	13	1640	73
Urologi	2008*	1917	554	29	0	
	2009	3470	582	17	0	
	2010	5375	595	11	3905	73
	2011	5739	657	11	4154	72
Öron, näs, hals	2008*	12 845	3 542	28	0	
	2009	17 343	1 242	7	0	
	2010	19 574	2 216	11	13399	68
	2011	17 513	1 327	8	13963	80

*Siffrorna under 2008 ska tolkas med försiktighet på grund av osäkerhet hur många landsting har registrerat uppgifterna i väntetidsdatabasen.

Bilaga 6 Fördelning av kömiljarden 2009–2011

Fördelning av Kömiljarden 2009-2011

	2009			2010			2011		
Landsting	Ersättning	Kr/inv	Andel av budget	Ersättning	Kr/inv	Andel av budget	Ersättning	Kr/inv	Andel av budget
Halland	32 950 437	111	0,56	96 766 401	326	1,61	178 147 584	590	2,95
Gotland	6 366 587	111	0,47	9 380 943	164	0,69	28 444 414	496	2,19
Kronoberg	20 346 274	111	0,56	36 016 637	196	0,98	53 045 263	287	1,44
Kalmar	26 000 964	111	0,56	46 650 190	200	0,99	65 478 217	281	1,38
Norrbottn	27 726 710	111	0,49	40 824 749	164	0,72	50 787 699	204	0,90
Gävleborg	30 724 328	111	0,52	43 381 047	157	0,7	50 307 250	182	0,81
Värmland	30 419 150	111	0,54	43 970 504	161	0,77	42 352 250	155	0,74
Västra Götaland	174 361 954	111	0,56	251 242 279	159	0,79	205 657 674	129	0,65
Jönköping	37 362 616	111	0,53	67 097 173	199	0,95	36 306 204	107	0,51
Västernorrland	11 736 136	48	0,22	32 065 331	132	0,6	24 155 354	100	0,45
Västerbotten	28 743 896	111	0,52	40 605 615	157	0,71	23 593 386	91	0,41
Skåne	136 559 142	111	0,56	100 562 309	81	0,39	92 208 164	74	0,37
Östergötaland	47 418 142	111	0,58	31 946 530	74	0,38	31 515 678	73	0,38
Jämtland	14 087 568	111	0,52	20 382 160	161	0,75	7 886 204	62	0,30
Blekinge	16 987 871	111	0,49	11 875 751	78	0,35	5 834 058	38	0,17
Stockholm	208 104 407	103	0,48	50 720 300	25	0,11	79 747 761	38	0,18
Uppsala	34 280 442	103	0,54	24 825 194	74	0,37	7 622 206	23	0,11
Västmanland	27 913 888	111	0,54	7 284 045	29	0,13	5 698 875	22	0,11
Dalarna	27 040 048	98	0,45	3 418 587	12	0,05	4 172 915	15	0,07
Södermanland	29 878 527	111	0,58	20 124 535	74	0,37	3 980 997	15	0,07
Örebro	30 990 914	111	0,55	20 859 721	74	0,35	2 997 847	11	0,05

Bilaga 7 Intervjuguiden – Telefonintervjuundersökning

Frågor till telefonintervjuer

(Respondenterna får fritt lämna kommentarer vid varje fråga.)

1. Hur väl känner du till vårdgarantin?
(läs upp svarsalternativ)
 - a. Känner till den lite
 - b. Känner till den ganska bra
 - c. Känner till den mycket bra
 - d. Ej svar
2. Anser du dig ha den kunskap om vårdgarantins/kömiljardens regelverk som behövs i ditt dagliga arbete?
3. Vilken är din bild av hur ditt landsting lever upp till vårdgarantin?
(läs upp svarsalternativ)
 - a. Mycket dåligt
 - b. Ganska dåligt
 - c. Varken bra eller dåligt
 - d. Ganska bra
 - e. Mycket bra
 - f. Vet ej/Ingen uppfattning
4. Vilken roll har du haft i arbetet med vårdgarantin på din arbetsplats?
5. Vad tycker du om kömiljarden?
6. Har kömiljarden påverkat arbetet med vårdgarantin på den enhet där du arbetar?
 - a. Ja
 - b. Nej
7. *Om ja*, på vilket sätt har den påverkat ert arbete?
8. Vet du om ditt landsting har fått del av kömiljarden?
9. *Om ja*, vet du vad landstinget har använt pengarna till?

10. Vilka effekter tycker du att kömiljarden har haft på
(läs upp svarsalternativ)

- a. väntetider
- b. arbetsmiljön
- c. samarbete med andra kliniker
- d. samarbete med primärvård/slutenvård
- e. samarbete med privata vårdgivare

11. Vilka hinder har du mött i arbetet med vårdgarantin/kömiljarden?

12. Vilka möjligheter har du mött i arbetet med vårdgarantin/kömiljarden?

13. Har din ledning (verksamhetsledningen) aktivt stöttat verksamheten där du jobbar för att uppnå vårdgarantigränserna?

14. Beskriv hur ni har organiserat arbetet kring patienter för vilka vårdgarantitiden överskridits (t.ex. väljs annan vårdgivare, vem ansvarar för informationen till patienten osv.)

15. Vet du vem som betalar merkostnaden om patienten slussas vidare till en annan vårdgivare?

Prioriteringsprocessen (3 öppna frågor)

Fråga 1-3 ställs enbart till respondenter som är verksamma i den specialiserade vården (ej primärvård)

Prioriteringsprocessen vid besök

16. Beskriv hur prioriteringsprocessen ser ut på din enhet/klinik/mottagning när det gäller inflödet av patienter som väntar på specialistbesök (både för patienter som väntar på nybesök och återbesök). Vi vill särskilt veta vem (vilka funktioner) som gör vad.

Prioriteringsprocessen vid operation eller åtgärd

17. Beskriv hur prioriteringsprocessen ser ut på din enhet/klinik/mottagning när det gäller inflödet av patienter som väntar på operation eller åtgärd efter att ett beslut om detta har fattats av en specialist. Vi vill särskilt veta vem (vilka personer) som gör vad.

18. Vilka funktioner ansvarar för den löpande bevakningen av väntelistorna, t.ex. att patienter med låg prioritet kommer fram till slut? Kan du kortfattat beskriva processen?

Eventuell förekomst av undanträngning (1 öppen & 4 slutna frågor)

Fråga 4-8 ställs till samtliga respondenter

Undanträngning definieras som ”situationer när lägre prioriterade patienter ges vård före patienter som har högre prioritet, dvs. ett större medicinskt behov”.

19. Tror du att undanträngning förekommer på den enhet där du arbetar?

1. Ja
2. Nej
3. Vet ej

20. I vilken utsträckning bedömer du att detta sker eller har skett de senaste tre åren?

(läs upp svarsalternativ)

- a. I stor utsträckning
- b. I ganska stor utsträckning
- c. I ganska liten utsträckning
- d. I liten utsträckning
- e. Inte alls
- f. Vet ej
- g. Har inte arbetat här tillräckligt länge

Om svarsalternativ 1-3 har valts

21. Finns patientgrupper hos er som du anser drabbas mer av undanträngning än andra (t.ex. beroende på sjukdomstillstånd, ålder, socioekonomi)?

22. I den mån som du anser att undanträngning förekommer hos er, har det ökat eller minskat under perioden 2009-2011?

(läs upp svarsalternativ)

1. Ökat
2. Minskat
3. Oförändrad

23. Vilka anser du är de viktigaste skälen till att undanträngning förekommer eller har förekommit?

- a. Individuella påtryckningar av vissa patienter
- b. Påtryckningar från enhetschefer
- c. Påtryckningar från landstinget
- d. En naturlig följd av prioriteringsprocessens komplexitet

Annat: _____

Bilaga 8 Köpt vård (operation/åtgärd) år 2011 i syfte att förkorta väntetiderna

Köpt vård (antal operationer/åtgärder) år 2011 i syfte att förkortaväntetider:

Tar emot patienter från:

Köper
vård
från:

	Stock- holm	Uppsala	Söder- manland	Östergöt- land	Jönköping	Krono- berg	Kalmar	Gotland	Blekinge	Skåne	Halland	VGR	Värmland	Örebro	Västman- land	Dalarna	Gävleborg	Väster- norrand	Jämtland	Väster- botten	Norr- botten	Privat vård
Stockholm		6		65										74								4750
Uppsala ¹																						
Södermanland	34																					60
Östergötland	30						106							25								1190
Jönköping							40															192
Kronoberg							3															52
Kalmar																						24
Gotland	4		1				38															120
Blekinge							5			13												55
Skåne				18	7				6													451
Halland				1						5												2223
VGR ²	(...)			(...)						(...)	(...)			(...)					(...)			(...) ³
Värmland ⁴																						(...)
Örebro ⁵	(...)																					(...) ⁶
Västmanland															20							(...) ⁷
Dalarna ⁸		10												135								515
Gävleborg ⁹																						(...) ¹⁰
Västernorrland ¹¹	(...)																					150
Jämtland	55														2						11	28
Västerbotten ¹²																			(...)	(...)	(...)	55
Norrbottn										1											95	5

1. Uppsala har inte kunnat ta fram uppgifterna.

2. VGR har angivit uppgifterna som besök och vårdtillfällen (30 besök och 95 vårdtillfällen).

3. VGR:s köp av privatvård: 21636 besök; 2129 vårdtillfällen.

4. Värmland uppger att man har köpt vårdtillfällen men att man inte kan specificera.

5. Örebro har köpt vård från Stockholm till ett värde av 183 Tkr.

6. Örebro uppger att man har köpt privatvård följande belopp: ortopedi: 7,8 Mkr.; ögon: 380Tkr.; kirurgi: 350Tkr.

7. Västmanland har ej uppgett antal, men skriver att det handlar om ortopedi och allmänkirurgi.

8. Dalarna: utöver de lämnade uppgifterna är 18 operationer ej specificerade på landstingsnivå.

9. Gävleborg uppger att man har köpt vård från andra landsting för 0,6 Mkr (ortopedi).

10. Gävleborgs har köpt privatvård till ett värde av 8,8 Mkr.

11. Västernorrland har köpt vård från Stockholm inom området ortopedi men har inte kunnat specificera.

12. Västerbotten köper vård från 3 landsting (12 typer av operationer och åtgärder).