Tillgänglighet i hälso- och sjukvården

Februari 2018

Socialstyrelsen

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

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

Artikelnummer 2018-2-16
Publicerad www.socialstyrelsen.se, februari 2018

Förord

Socialstyrelsen fick den 21 januari 2016 i uppdrag att utveckla den nationella uppföljningen av hälso- och sjukvårdens tillgänglighet (S2016/00445/FS). I uppdraget ingår att göra årliga mätningar av väntetider inom hälso- och sjukvården samt göra en särskild mätning av väntetiderna vid sjukhusbundna akutmottagningar. Även andra aspekter av tillgänglighet ska mätas och analyseras inom vissa områden. I den årliga rapporten ska myndigheten analysera orsaker till och konsekvenser av skillnader i tillgänglighet.

Denna rapport avser den årliga uppföljningen av väntetiderna som enligt uppdraget ska lämnas senast den 15 februari 2018. I rapporten redovisas

- tillgänglighet utifrån väntetider enligt vårdgarantin
- väntetider vid sjukhusbundna akutmottagningar
- andra aspekter av tillgänglighet, såsom öppettider och tidsavstånd vid olika tider på dygnet
- befolkningens och patienternas upplevelser av vårdens tillgänglighet
- en analys av vad som orsakar skillnader i tillgänglighet samt konsekvenser av detta.

Socialstyrelsen tackar Sveriges Kommuner och Landsting, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys och alla landsting och regioner som varit behjälpliga med data.

Rapporten har utarbetats av projektledaren Jenny Asplund och utredaren Sevim Barbasso Helmers. Martin Sparr har varit ansvarig enhetschef.

Olivia Wigzell
Generaldirektör

Innehåll

Förord 3
Sammanfattning 7
Inledning 8
Väntetider till hälso- och sjukvården 11
Vårdgarantin, alla tidsgränser samlat 12
Patienter yngre än 80 år är mindre nöjda med väntetiderna 17
Befolkningen som helhet har sämre upplevelse av väntetider än patienter 18
Akutens väntetider 20
Fysisk tillgänglighet 27
Kontaktvägar och digitala lösningar 28
Öppettider och tidsavstånd 32
Andra aspekter av tillgänglighet 39
Förtroendet för hälso- och sjukvården varierar 40
Patienternas helhetsintryck av vården är gott 42
Patienter tycker att deras vårdbehov blir tillgodosedda 43
Patienter upplever sig bli bemötta med respekt 44
Patienter tycker sig ha en god förmåga att förstå vårdpersonalen 44
Delaktighet och samordning 45
Vårdens tillgänglighet efter besöket 46
Få avstår vård på grund av kostnaden 47
Tandvårdens tillgänglighet 48
Fler kvinnor än män avstår tandvård 49
Skillnader i tillgänglighet 51
Väntetider är en del av det svenska sjukvårdssystemet 51
Komplexa system 53
Konsekvenser av bristande tillgänglighet 57
Mot ökad tillgänglighet 59
Referenser 64
Bilaga 1. Datakällor och metodbeskrivning 69
Bilaga 2. Vårdgaranti specialistvården 85
Bilaga 3. Regressionsanalyser 87
Bilaga 4. Resultattabeller TVT och TTL 92
Bilaga 5. Resultat fysisk tillgänglighet 98
Bilaga 6. Enkätfrågor den nationella patientenkäten 106
Bilaga 7. Egenavgifter i hälso- och sjukvården 110

Sammanfattning

I den här rapporten presenteras tillgänglighet till vården utifrån väntetider enligt vårdgarantin och väntetider på akutmottagningar samt ytterligare tillgänglighetsaspekter inom både hälso- och sjukvården och tandvården liksom befolkningens och patienternas upplevelser av tillgängligheten.

Uppföljningen av vårdgarantin januari–september 2017 visar att 72–91 procent av patienterna får vård inom vårdgarantins tidsgränser:

- 91 procent av patienterna får kontakt med primärvården inom en dag.
- 84 procent av patienterna får ett läkarbesök inom sju dagar.
- 84 procent får ett första besök till specialistvården inom 90 dagar.
- 72 procent får en planerad åtgärd inom specialistvården inom 90 dagar.

Mätningen av väntetider inom akutvården omfattar perioden juni 2016–maj 2017. Resultatet visar att vistelsetiden har ökat med 7 minuter jämfört med motsvarande mätning året innan. Medianvistelsetiden är 3 timmar och 30 minuter, patienter 80 år och äldre har längst väntetid med 3 timmar och 58 minuter. Tiden för de 10 procent som väntar längst har ökat med 22 minuter.

Skillnader i väntetider, mellan olika landsting och regioner och mellan olika specialiteter förklaras främst av systemens komplexitet, organisering och landstingens och regionernas prioriteringar. Det krävs fortsatt förbättringsarbete och eventuellt vissa systemförändringar för att minska väntetiderna.

Inom tandvården finns en tydlig socioekonomisk skillnad mellan vilka som går på regelbundna undersökningar. Personer med eftergymnasial utbildning genomgår i större utsträckning en basundersökning än personer med lägre utbildningsnivå.

Socialstyrelsen har också undersökt andra tillgänglighetsaspekter än väntetider. Resultatet visar följande:

- I stora delar av landet finns få eller inga alternativ till akutmottagningen om en person behöver uppsöka hälso- och sjukvården kväll, helg eller natt. Resultatet speglar befolkningens upplevelser av att deras besök på akuten ibland borde ha kunnat tas omhand på en vårdcentral.
- Kvinnor har ofta sämre upplevelser av olika tillgänglighetsaspekter än män och kvinnor avstår i större utsträckning från vård och tandvård på grund av kostnaden.
- Yngre patienter visar ett större missnöje än äldre när det gäller hur de i dagsläget kan komma i kontakt med sin vårdcentral.
- Personer med ett dåligt allmäntillstånd har lägre förtroende för vårdcentraler i sitt landsting eller region jämfört med de som skattar sitt allmäntillstånd som högt. Likaså har kvinnor och personer 18–59 år ett lägre förtroende för vårdpersonalen i slutenvården än män respektive personer över 80 år. Patienter som i lägre utsträckning upplever att deras vårdbehov blivit tillgodosett har också ett lägre förtroende för vården.

Inledning

Uppdraget

Regeringen gav 2016 Socialstyrelsen ett fortsatt uppdrag att utveckla den nationella uppföljningen av hälso- och sjukvårdens tillgänglighet (S2016/00445/FS). Uppdraget i sin helhet ska slutredovisas den 31 mars 2018.

Denna rapport avser den del av uppdraget som benämns årliga uppföljningar av väntetiderna inom hälso- och sjukvården, och som Socialstyrelsen ska redovisa senast den 15 februari 2018. I den årliga uppföljningen ingår att göra en särskild mätning av väntetiderna vid sjukhusbundna akutmottagningar. Även andra aspekter av tillgänglighet ska mätas och analyseras inom vissa områden. I den årliga rapporten ska myndigheten analysera orsaker till och konsekvenser av skillnader i tillgänglighet. Socialstyrelsen har valt att inkludera tandvården i denna redovisning.

Om tillgänglighet

I den nya hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, beskrivs att hälso- och sjukvårdsverksamheter ska bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls. Ett av fem kriterier för en god vård är att hälso- och sjukvården ska vara *lätt tillgänglig* (5 kap. 1 §).

Väntetider är en viktig del av tillgängligheten men begreppet är bredare än så. Andra aspekter av tillgänglighet kan vara fysisk tillgänglighet såsom öppettider och avstånd till vårdenheter, kostnader i form av egenavgifter, förtroende för personalen, tillgång till vårdpersonal med rätt kompetens och individens förmåga att förvärva, förstå och använda information i syfte att behålla, främja eller förbättra sin hälsa [1-3].

Begreppet tillgänglighet har också kommit att vidgats i och med den digitala utvecklingen. Det är nu möjligt för patienter att på ett säkert sätt kommunicera med hälso- och sjukvården utan fysiska besök. Det öppnar bland annat för nya möjligheter att bedriva vård och få vård. I Socialstyrelsens slutrapport för tillgänglighet 2016 finns ett fördjupat resonemang om begreppet tillgänglighet [4].

Vårdgarantin är en lagstadgad skyldighet

Vårdgarantin har i sin nuvarande form funnits sedan 2005 och är lagstadgad sedan 2010 (9 kap. 1 § HSL) samt finns reglerad i patientlagen (2 kap. 3 § patientlagen 2014:821).

Vårdgarantin anger hur länge en patient ska behöva vänta som längst för att få kontakt med primärvården, besöka läkare i primärvården, få ett första besök i den specialiserade hälso- och sjukvården och få en planerad åtgärd, se faktaruta nedan. Tidsgränserna finns reglerade i 6 kap. 1 § hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80).

Under åren 2009–2014 fanns också den så kallade *kömiljarden* som syftade till att korta väntetiderna i hälso- och sjukvården.

Den nationella vårdgarantin 0-7-90-90

Enligt den nationella vårdgarantin från 2005 gäller följande för den enskilde:

- 0 dagar – kontakt med primärvården. Alla som söker hjälp för ett hälsoproblem ska samma dag få kontakt med primärvården.
- 7 dagar – läkarbesök inom primärvården. Alla patienter ska efter bedömning få tid till en läkare inom 7 dagar.
- 90 dagar – läkarbesök inom den specialiserade vården. Alla patienter ska få ett förstabesök i den specialiserade vården inom 90 dagar, och det gäller både med och utan remiss.
- 90 dagar – planerad vård. Alla patienter ska efter beslut få en operation eller åtgärd inom den specialiserade vården inom 90 dagar.

Regeringen har vidtagit flera åtgärder för att minska väntetiderna och förbättra tillgängligheten under de senaste åren. Bland satsningarna finns statligt stöd för bättre resursutnyttjande i hälso- och sjukvården (den så kallade professionsmiljarden), standardiserade vårdförlopp inom cancervården och patientmiljarden – insatser för att förbättra tillgängligheten och samordningen i hälso- och sjukvården. Inom ramen för patientmiljarden ska landstingen och regionerna få stöd för att införa en förstärkt vårdgaranti i primärvården samt så kallade patientkontrakt för patienter med komplexa och omfattande behov. En förstärkt vårdgaranti innebär att primärvården ska erbjuda den enskilde en medicinsk bedömning av legitimerad personal inom tre dagar [5].

Datakällor

I rapporten används flera olika datakällor för att ge en så god bild av tillgängligheten som möjligt. För metodbeskrivning och projektorganisationen på Socialstyrelsen, se bilaga 1.

De datakällor som används i rapporten är:

- Patientregistret, Socialstyrelsen
- Tandhälsoregistret, Socialstyrelsen
- Väntetidsdatabasen med utdrag från januari till och med september 2017, Sveriges Kommuner och Landsting (SKL)
- Nationell Patientenkät, SKL (primärvården 2015, specialiserad slutenvård 2016, specialiserad öppenvård 2016, akutmottagningar 2016)
- Hälso- och sjukvårdsbarometern 2016, SKL
- The Commonwealth funds International Health Policy (IHP) 2016 och 2017, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys)
- 1177 Vårdguiden
- Katalogtjänst HSA och EK
- Ineras statistikrapport e-hälsotjänster

- Databas över landets alla aktuella apotek

Låg svarsfrekvens i befolknings- och patientundersökningarna

Svarsfrekvensen för enkäterna i NPE är 36–50 procent. Svarsfrekvensen är som högst i den specialiserade slutenvården och lägst i akutvården (bilaga 1, tabell 3). Se bilaga 1, tabell 3 även för totala antalet svaranden.

Svarsfrekvensen för IHP 2016 är 31 procent och IHP 2017 är 29 procent [6]. I undersökningarna har 7 000 respektive 7 124 intervjuer genomförts (bilaga 1) [7, 8].

Svarsbortfallen i undersökningarna är betydande och skapar osäkerhet kring svarsresultatens representativitet för populationen. Socialstyrelsen vet inte i vilken utsträckning uppfattningen hos de som valt att inte delta i undersökningarna avviker från de som svarat.

I hälso- och sjukvårdsbarometern har totalt 41 479 svar samlats in, minst 1 000 intervjuer per landsting och region har genomförts. En fördjupad metodbeskrivning finns att läsa i rapporten Hälso- och sjuvårdsbarometern 2016 [9].

Väntetider till hälso- och sjukvården

Detta kapitel fokuserar på väntetider som tillgänglighetsfaktor. Här presenteras väntetider till hälso- och sjukvården utifrån vårdgarantins tidsgränser samt väntetider till sjukhusbundna akutmottagningar.

Befolkningen som helhet och patienternas upplevelse av väntetider presenteras utifrån data från den nationella patientenkäten (NPE), Hälso- och sjukvårdsbarometern och undersökningen *International Health Policy* (IHP).

Resultatet av vårdgarantin som presenteras i den här rapporten är baserat på data från perioden januari–september 2017. Någon fördjupad analys av vårdgarantin görs inte eftersom en sådan publicerades av Vårdanalys i oktober 2017 [10]. Redovisningen i denna rapport ska därför ses som ett komplement till Vårdanalys rapport. Väntetidsmätningarna inkluderar så kallad patientvald väntan (PVV)[1] för att vara jämförbara med resultatet i Vårdanalys rapport.

Sammanfattat

Uppföljningen av vårdgarantin baseras på data från perioden januari–september 2017.

- 91 procent får kontakt med primärvården samma dag som de ringer.
- 84 procent får ett läkarbesök i primärvården inom sju dagar.
- 84 procent får sitt första besök i specialistvården inom 90 dagar.
- 72 procent av patienter får sin planerade åtgärd inom 90 dagar (den regionala skillnaden är stor, 60–85 procent).
- Kvinnor tycker i något mindre utsträckning än män att deras väntetid har varit rimlig. Personer 15–59 år upplever också i högre grad att väntetiden är för lång, jämfört med personer över 80 år.
- Befolkningens upplevelse av rimliga väntetider skiljer sig mycket mellan olika landsting och regioner. Gotland är den region där störst andel (67 procent) upplever väntetiden till vårdcentralen som rimlig, och Dalarna är landstinget med lägst (43 procent).
- Akutmottagningarnas väntetider mättes juni 2016–maj 2017 och medianvistelsetid är 3 timmar och 30 minuter. Resultatet visar att den totala vistelsetiden har ökat med 7 minuter sedan föregående mätning för motsvarande akutmottagningar.
- Patienter 80 år och äldre väntar längst tid och har en medianvistelsetid på 3 timmar och 58 minuter, deras medianvistelsetid har ökat med 10 minuter.

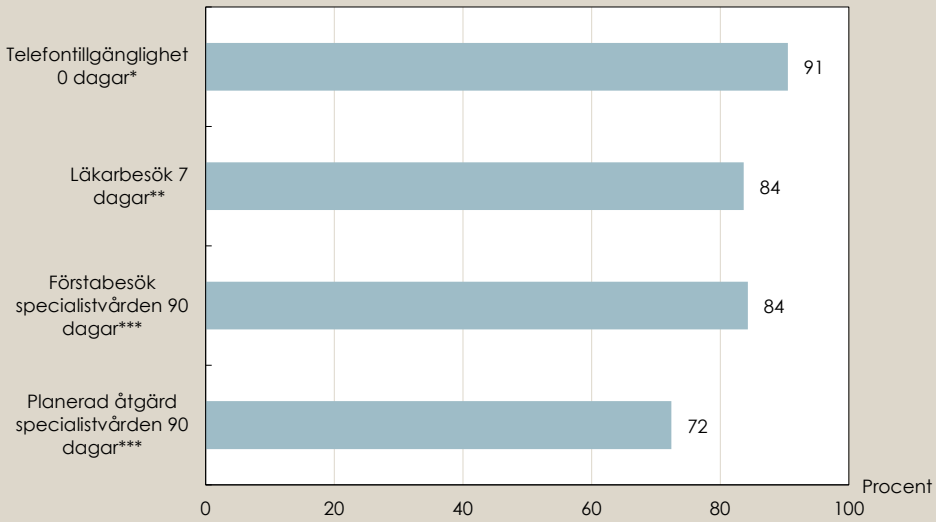
[1]Patientvald väntan innebär att patienter har valt att vänta längre än tidsgränsen för att de till exempel vill träffa en särskild läkare eller för att de avstår besök på annan ort. Det är vården som avgör vilka som markeras som patientvald väntan och bedömningen kan skilja mellan landstingen och regionerna.

Vårdgarantin, alla tidsgränser samlat

För alla fyra mätpunkter inom vårdgarantin är uppfyllelsen av tidsgränserna 72–91 procent för perioden januari–september 2017 (figur 1). Telefontillgänglighet till primärvården når kravet i störst utsträckning med 91 procent, men enbart en tredje del av alla landsting och regioner är inkluderade i mätningen. Planerad åtgärd i den specialiserade vården har lägst uppfyllelse med 72 procent, alla landsting och regioner är inkluderade i mätningen.

Figur 1. Andel patienter som fått vård inom vårdgarantin januari–september 2017.

Medelvärde av landstingens och regionernas måluppfyllelse januari–september 2017.



* Inkluderar: Dalarna, Gävleborg, Västernorrland, Jämtland Härjedalen, Norrbotten, Västmanland och Örebro

** Inkluderar: Blekinge, Dalarna, Gotland, Gävleborg, Jämtland Härjedalen, Jönköping, Kalmar, Kronoberg, Norrbotten, Stockholm, Sörmland, Uppsala, Västernorrland, Västmanland, Örebro, Östergötland.

*** Inkluderar: Alla landsting och regioner.

Källa: Väntetidsdatabasen, Sveriges Kommuner och Landsting.

Hög telefontillgänglighet i primärvården

Enligt vårdgarantin är det reglerat att en patient ska få kontakt med primärvården samma dag som personen kontaktar vården. Perioden januari–september 2017 fick 91 procent av patienterna kontakt med primärvården samma dag som de ringde. Variationen är 84–96 procent för de landsting och regioner som resultatet baseras på.[2]

Mellan 2012 och 2016 sjönk andelen telefonsamtal som besvarades samma dag från 89 procent till 87 procent. År 2016 var skillnaden mellan landstingen och regionerna stor (75–100 procent).[3] I Blekinge, Gotland och Västerbotten uppfylldes kravet för färre än 80 procent medan i Jönköping uppfylldes kravet för alla patienter. För de två senaste åren (2015–2016) visade

[2] Enbart sju landsting och regioner hade rapporterat in när datauttaget gjordes i november 2017. Stockholm ingår inte i dessa beräkningar eftersom de har ett annat system.

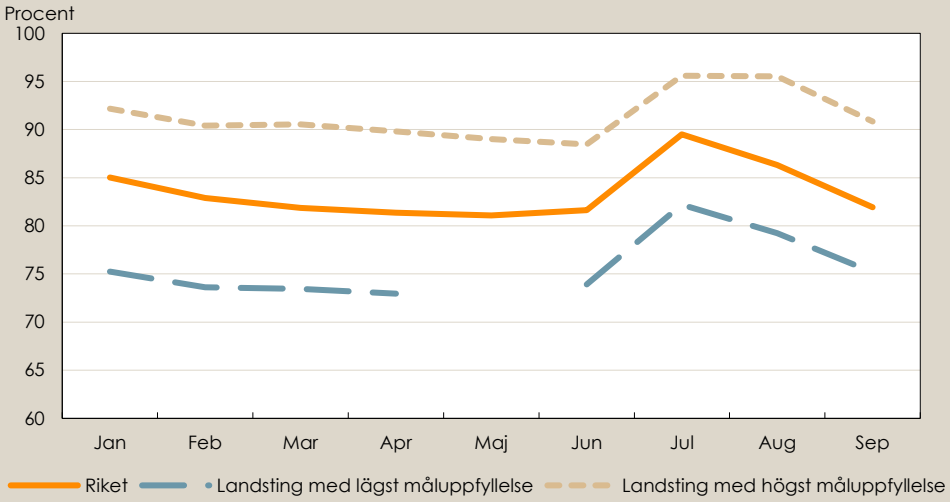
[3] Stockholm ingår inte beräkningen.

vårmätningen en lägre uppfyllelse än den på hösten, och resultatet har legat omkring 86–87 procent [10].

Stor variation i läkartillgänglighet i primärvården

Enligt vårdgarantin ska en patient efter medicinsk bedömning i primärvården få träffa läkare inom sju dagar. Under perioden januari–september 2017 fick 84 procent av alla patienter ett läkarbesök inom sju dagar.[4] Resultatet varierar mellan månaderna men var högst i juli och lägst i april och maj (figur 2). Det finns en liten tendens till att mätningen på våren tidigare år har visat en högre uppfyllelse än den på hösten [10].

Figur 2. Andel som fått läkarbesök i primärvården inom sju dagar.
Per månad januari-september 2017. Inklusive patientvald väntan.



* Landstinget med lägst måluppfyllelse saknar rapportering i maj.
** Värmland', Skåne, Stockholm, Västerbotten, och Västra Götaland exkluderade pga. dåliga rapportering.
För Uppsala och Jönköping är maj exkluderad och för Kalmar är april exkluderad pga. dålig rapportering.
Källa: Väntetidsdatabasen, Sveriges Kommuner och Landsting.

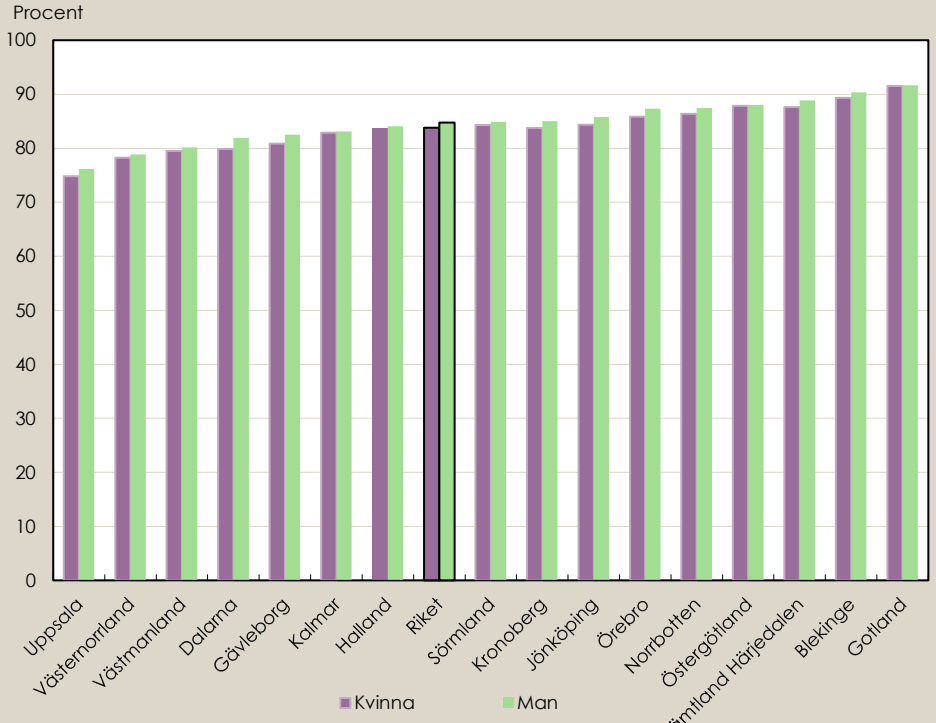
Mellan 2012 och 2016 sjönk andelen som fick träffa läkare inom sju dagar från 86 till 83 procent. Det var stor en skillnad mellan landstingen, 71–90 procent. Lägst hade Västerbotten, Uppsala och Västmanland, och högst hade Blekinge, Gotland och Östergötland [10].

För januari–september 2017 hade Gotland den högsta (92 procent för både kvinnor och män) måluppfyllelsen och Uppsala den lägsta (75 procent för kvinnor och 76 procent för män) (figur 3). I alla landsting och regioner utom Kalmar, Östergötland och Gotland får män i något större utsträckning än kvinnor sitt besök inom sju dagar, men skillnaden är liten, omkring en procentenhet.

[4] I beräkningen ingår Blekinge, Dalarna, Gotland, Gävleborg, Jämtland Härjedalen, Jönköping, Kalmar, Kronoberg, Norrbotten, Sörmland, Uppsala, Västernorrland, Västmanland, Örebro och Östergötland.

Figur 3. Andel som fått läkarbesök i primärvården inom sju dagar.

Perioden januari-september 2017. Födelat på kön och landsting och regioner.



* Värmland', Skåne, Stockholm, Västerbotten, och Västra Götaland exkluderade pga. dålig rapportering.
För Uppsala och Jönköping är maj exkluderad och för Kalmar är april exkluderad pga. dålig rapportering.

Källa: Väntetidsdatabasen, Sveriges Kommuner och Landsting.

Mätningen exkluderar vissa patienter

Enligt IHP 2017 får tre av fyra patienter tid hos läkare eller sjuksköterska inom sju dagar.[5] Det går inte att jämföra IHP med väntetidsdatabasen eftersom IHP 2017 enbart riktar sig till personer 65 år och äldre samt inkluderar ett litet urval av befolkningen. Men resultatet i IHP visar att alla inte får vård inom vårdgarantins gränser, vilket myndigheten också ser i väntetidsdatabasen, om än med ett något bättre resultat i den sistnämnda.

Vårdanalys har i tidigare rapporter påvisat att patient- och befolkningsundersökningar ofta visar ett sämre resultat än väntetidsdatabasens väntetidsmätningar [10, 11]. Vissa patienter och besök utesluts ur väntetidsmätningen, vilket kan påverka resultatet och ge en mer positiv bild av väntetiderna i väntetidsdatabasen samt vara en bidragande orsak till skillnader mellan mätningarna. Exempelvis utesluts patienter som kommer på drop-in men inte får ett besök, patienter som kontaktar vårdcentraler som endast tar emot besök med kort varsel och patienter som av vårdcentralen ombeds kontakta en annan vårdcentral för en tid.

[5] Frågan: Senaste gången du var sjuk eller behövde medicinsk vård, hur snabbt kunde du få tid hos en läkare eller sjuksköterska? Vänligen inkludera ej besök på sjukhusets akutmottagning.

Tillgänglighet till förstabesök i specialistvården

Den tredje tidsgränsen i vårdgarantin gäller att en patient ska få ett första besök inom den specialiserade vården inom 90 dagar, både med och utan remiss. Det mäts genom förstabesök på ett urval av landets specialistmottagningar. Resultatet kan mätas i både andelen besök som *genomförts* inom 90 dagar och andelen *väntande,* det vill säga patienter som väntar på specialistbesök. Båda måtten redovisas eftersom de fångar olika aspekter av väntetiden. Andel genomförda visar väntetiden för de patienter som fått vård medan andel väntande visar hur kön vid ett visst tillfälle ser ut, måtten kompletterar därför varandra.

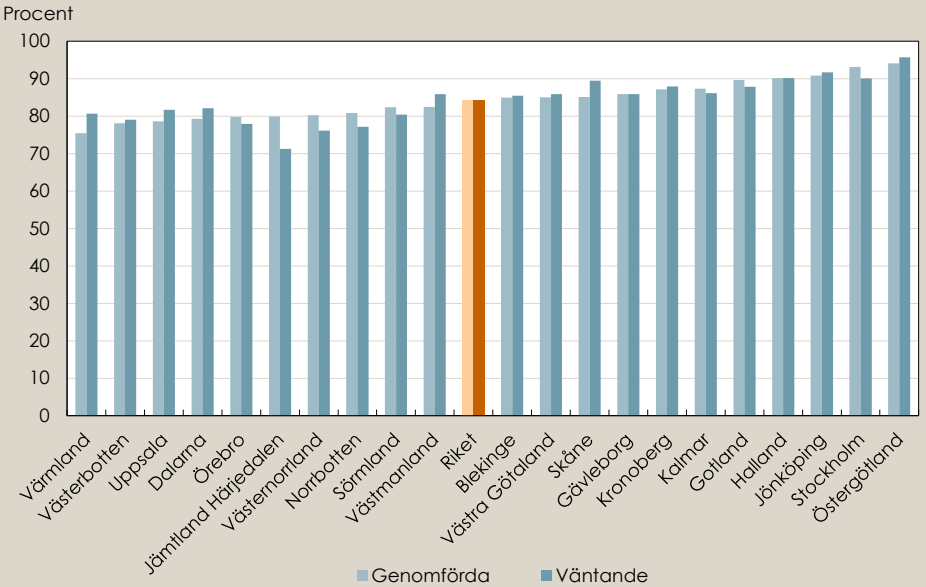
Perioden januari–september 2017 var det 84 procent av patienterna som fick ett besök inom 90 dagar (genomförda). Av patienter som väntade på besök var det också 84 procent som väntat max 90 dagar (väntande) (figur 4).

Variationen mellan landstingen och regionerna för andelen genomförda besök var 75–94 procent för januari–september 2017. I Värmland och Västerbotten fick patienterna vänta längst på sitt besök medan patienter i Östergötland och Stockholm hade kortast väntetid (figur 4). Samma landsting och regioner fick högst respektive lägst resultat även 2016 [10].

Resultatet för andelen genomförda besök var två procentenheter lägre än för helåret 2016, som var 86 procent. Sedan 2012 har andelen patienter som fått besök inom 90 dagar sjunkit från 90 procent, och skillnaden mellan högsta och lägsta landsting och region har ökat [10].

Figur 4. Andel som fått ett första besök i den specialiserade vården inom 90 dagar.

Perioden januari-september 2017. Beräknat utifrån två mått, genomförda förstabesök och antal väntande på förstabesök.



Källa: Väntetidsdatabasen, Sveriges Kommuner och Landsting.

Skillnaden mellan måtten genomförda och väntande är relativt liten för januari–september 2017. Störst skillnad finns i Jämtland Härjedalen, Värmland och Skåne. Förhållandet mellan de båda måtten skiljer sig också mellan olika

landsting och regioner. I Jämtland Härjedalen är resultatet bättre sett till andel genomförda besök jämfört med andel väntande. Det omvända förhållandet råder i till exempel Skåne där resultatet är bättre sett till andel väntande (figur 4). En hög andel genomförda besök inom 90 dagar och ett sämre resultat av andel väntande kan bero på landstingens och regionernas sätt att prioritera patienterna. Om patienter som stått i kön en kort tid prioriteras till besök kommer resultatet mätt som *genomförda* besök att bli väldigt god. Detta eftersom dessa patienter då har en kort väntetid innan de får sitt besök. Resultatet mätt som *väntande* blir dock sämre eftersom patienter som står kvar i kön har en längre väntetid och får fortsätta att vänta på sitt besök.

För helåret 2016 var skillnaden mellan måtten genomförda och väntande större än för perioden januari–september 2017, även om det fanns en god korrelation mellan de båda måtten. Landsting och regioner med högt resultat på genomförda hade alltså också ett högt resultat när det gäller väntande [10].

Stora skillnader mellan specialistområden

Resultatet för januari–september 2017 visar, liksom för helåret 2016, att det finns stora skillnader mellan specialistområden i hur väl tidsgränsen för förstabesök hålls. Allergisjukvården har minst andel genomförda besök inom 90 dagar (68 procent) och cancersjukvården har högst andel (99 procent). Variationen mellan landstingen och regionerna inom respektive område är stor, med undantag för cancervården där skillnaden mellan landsting och regioner är knappt 3 procent (tabell 5, bilaga 2).

Tillgänglighet till planerad vård i specialistvården

Vårdgarantins fjärde tidsgräns gäller att planerad vård ska ges inom 90 dagar. Mätningarna omfattar ett urval av operationer, behandlingar och andra åtgärder inom den specialiserade vården. Uppfyllelsen av kravet kan mätas i både andelen planerade åtgärder som *genomförts* inom 90 dagar och andelen *väntande*, det vill säga patienter som väntar på en planerad åtgärd inom specialistvården.

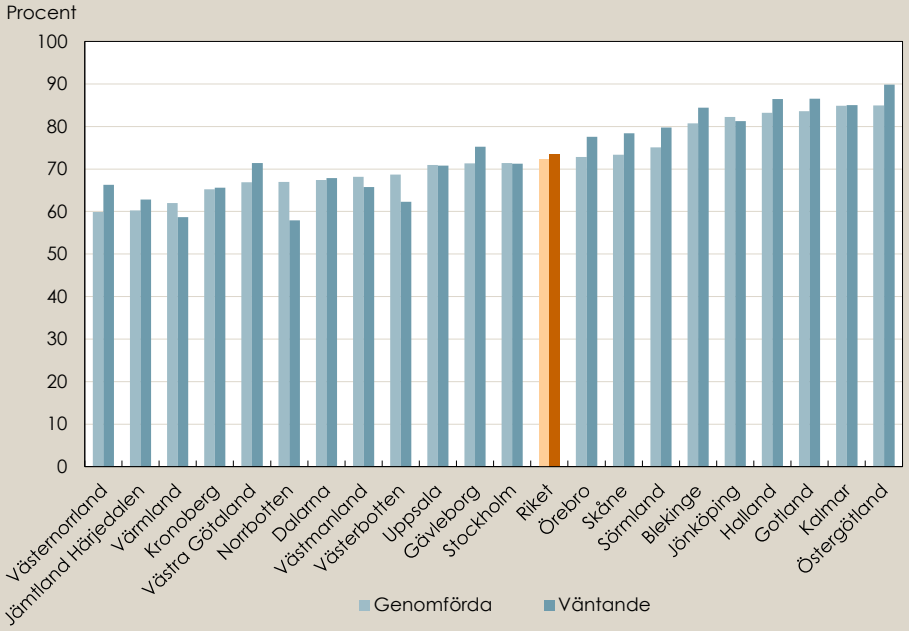
Under januari–september 2017 fick 72 procent av alla patienter sin planerade åtgärd genomförd inom 90 dagar. Under samma period var det 74 procent av de väntande patienterna som väntat i max 90 dagar (figur 5).

För helåret 2016 var det 81 procent av alla patienter som fick sin åtgärd genomförd inom 90 dagar, med en variation på 67–91 procent mellan landstingen och regionerna. Ungefär hälften av alla landsting och regioner försämrade sitt resultat mellan 2012 och 2016 [10].

Variationen mellan landstingen och regionerna är stor för båda måtten. För måttet genomförda åtgärder är uppfyllelsen av kravet 60–85 procent; Västernorrland och Jämtland Härjedalen har lägst och Östergötland och Kalmar har högst.

Figur 5. Andel som fått en planerad åtgärd i den specialiserade vården inom 90 dagar.

Perioden januari-september 2017. Beräknat utifrån två mått, genomförda åtgärder och antal väntande på åtgärd.



Källa: Väntetidsdatabasen, Sveriges Kommuner och Landsting.

Det är stora skillnader mellan olika specialistområden i hur väl vårdgarantins tidsgränser hålls. Perioden januari–september 2017 hölls tidsgränsen i störst uträckning inom hjärtsjukvård och toraxkirurgi, medan plastikkirurgi i lägst utsträckning levde upp till kravet. Resultatet för 2017 går i linje med helåret 2016, då samma specialistområden hade högst respektive lägst resultat (tabell 6, bilaga 2).

Patienter yngre än 80 år är mindre nöjda med väntetiderna

Patienter i den specialiserade öppenvården upplever i högre utsträckning (86 procent) att väntetiderna är rimliga jämfört med patienter i primärvården (82 procent).

En fördjupad analys av frågan ”*Fick du besöka hälso-/vårdcentralen/mottagningen/enheten inom rimlig tid*?” från NPE i primärvården och den specialiserade öppenvården visar att upplevelsen av rimliga väntetider skiljer sig mellan socioekonomiska grupper och mellan åldersgrupper. I öppenvården är patienter som har grundskola eller gymnasium som högsta utbildning mer nöjda än patienter med eftergymnasial utbildning. Inom primärvården upplever patienter med ingen avslutad utbildning i mindre utsträckning att väntetiderna är rimliga jämfört med patienter med eftergymnasialutbildning. Patienterna med en oavslutad utbildning är främst 30 år och äldre (tabell 7, bilaga 3).

Vidare är äldre patienter mer nöjda med väntetiderna jämfört med patienter under 80 år, både i primärvården och i öppenvården (tabell 7, bilaga 3). Dessa skillnader är oberoende av vilket landsting eller region det gäller eller vilket kön patienten har.

Kvinnor har en något sämre upplevelse av väntetiderna jämfört med män. Skillnaden finns inom båda vårdområdena och är oberoende av ålder, utbildning och landstingstillhörighet. När det gäller vårdgarantins tidsgräns om läkarbesök i primärvården inom sju dagar får kvinnor också i något mindre utsträckning ett läkarbesök inom sju dagar, se avsnittet *Stor variation i läkartillgänglighet i primärvården*.

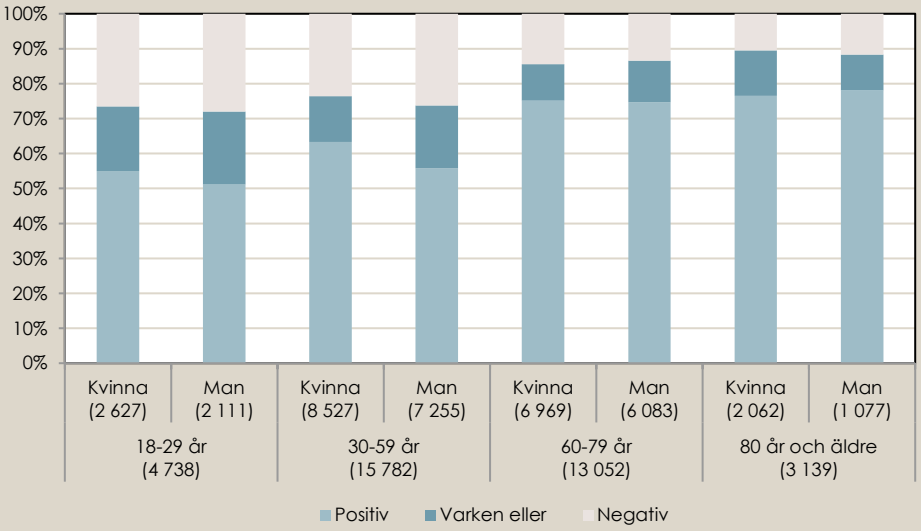
Befolkningen som helhet har sämre upplevelse av väntetider än patienter

Frågan om rimliga väntetider i hälso- och sjukvårdsbarometern visar att betydligt färre av befolkningen som helhet upplever väntetiderna som rimliga jämfört med patienterna i NPE (65 procent upplever att de har rimliga väntetider till sin vårdcentral och 51 procent till sjukhus).

Rimliga väntetider till vårdcentralen

Det finns en tydlig skillnad i nöjdhet mellan olika åldersgrupper, där äldre personer är mer positiva än yngre. I den yngsta åldersgruppen 18–29 år är 55 procent av kvinnorna och 51 procent av männen nöjda med väntetiderna, och motsvarande andelar bland de äldsta är 77 respektive 78 procent (figur 6). Resultatet i hälso- och sjukvårdsbarometern visar samma mönster som NPE, nämligen att nöjdheten ökar med stigande ålder. De landsting och regioner som får högst betyg av patienterna är Gotland, Halland, Jönköping och Kalmar, och variationen mellan landstingen är 57–78 procent.

Figur 6. Befolkningens upplevelse av rimliga väntetider till sin vård- eller hälsocentral.
Fördelat på ålderskategorier och kön.



Källa: Hälso- och sjukvårdsbarometern 2016.

Svaren på motsvarande fråga i NPE visar dock att fler fått besöka vårdcentralen i rimlig tid. Detta är något som även Vårdanalys tar upp i sin rapport *En primär angelägenhet* [11]. Men skillnaden minskar om resultatet i hälso- och sjukvårdsbarometern fördelas på personer som varit i kontakt med hälso- och sjukvården respektive inte varit det. Av de personer som varit patienter upplever fler (69 procent) att väntetiderna är rimliga jämfört med de som varit i kontakt med hälso- och sjukvården som anhöriga eller närstående under de senaste sex månaderna (58 procent).

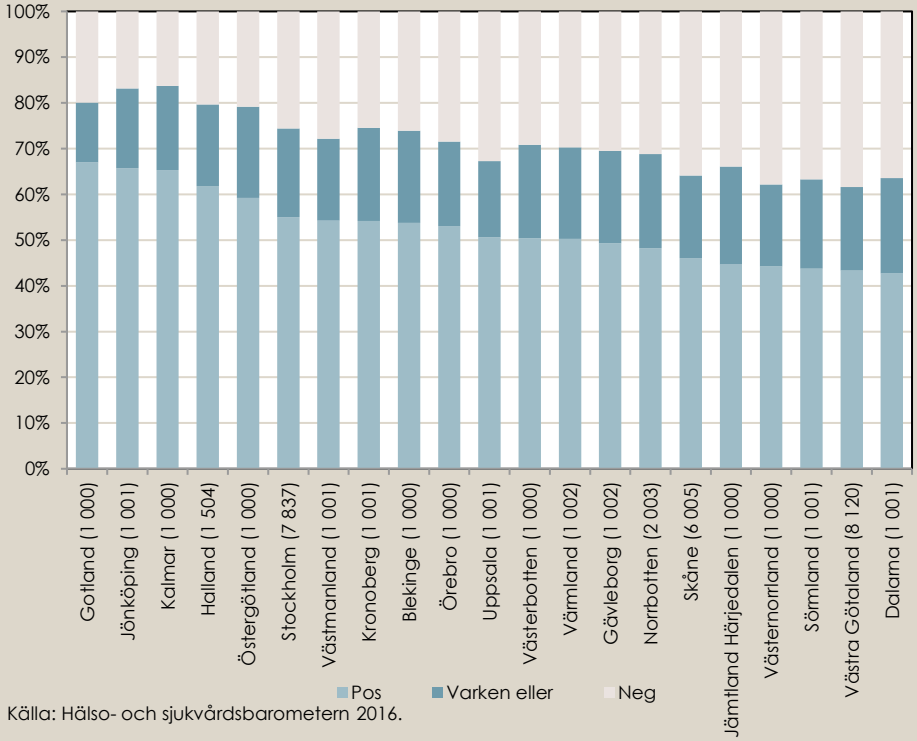
Rimliga väntetider till sjukhus

Nästan nio av tio patienter (86 procent) som besökt den specialiserade öppenvården anser att de har fått vård i rimlig tid. När frågan istället ställs till befolkningen är det sex av tio som tycker det är rimliga väntetider till besök och behandling på sjukhus [9]. Det är samma mönster som inom primärvården.

Skillnaderna är stor mellan landstingen och regionerna i frågan om rimliga väntetider (43–67 procent). Högst ligger Gotland, Jönköping och Kalmar med ett resultat på 65–67 procent (figur 7). Av personerna i befolkningen som varit patient under det senaste halvåret är det dock fler som anger rimliga väntetider jämfört med de som inte varit patienter. Av patienterna upplever 54 procent att väntetiderna är rimliga jämfört med 44 procent av dem som är anhöriga eller närstående och 45 procent av dem som inte varit i kontakt med hälso- och sjukvården [9].

Figur 7. Befolkningens upplevelse av rimliga väntetider till sjukhus i sitt landsting eller sin region.

Fördelat på ålderskategorier.



Källa: Hälso- och sjukvårdsbarometern 2016.

Akutens väntetider

Den årliga mätningen av akutbesök och akutväntetider gäller perioden juni 2016–maj 2017. Mätningen omfattar 57 akutmottagningar för total vistelsetid och 52 för tid till läkare av totalt 62 akutmottagningar. Fler akutmottagningar ingår liksom alla stora akutmottagningar, vilket är en klar förbättring jämfört med föregående mätning. [6] Resultaten baseras på data som rapporteras till patientregistret och begränsas till ”akutmottagningar med två eller fler somatiska specialiteter som är samlokaliserade”, vilket till stor del motsvarar sjukhusbundna akutmottagningar (se faktaruta om akutverksamhetens variabler i bilaga 1) [12, 13]. I bilaga 1 finns statistik för akutbesöken, en metodbeskrivning och kvalitetskraven som ligger till grund för denna mätning.

Total vistelsetid

Medianvistelsetiden för de akutmottagningar som ingår i denna mätning är 3 timmar och 30 minuter. Tiden blir 3 timmar och 25 minuter om man ser till den totala vistelsetiden baserat på de akutmottagningar som var inkluderade i föregående mätning (tabell 13, bilaga 4). Detta är en ökning med 7 minuter.

Av patienterna 19 år och äldre väntar 10 procent mindre än 1 timme och 22 minuter, medan de 10 procent som väntar längst får vänta i 7 timmar och 31 minuter eller längre på akutmottagningen. Jämfört med akutmottagningar som ingick i föregående mätning väntar de sistnämnda 7 timmar och 14 minuter (tabell 13, bilaga 4).

Patienter 80 år och äldre har en medianvistelsetid på 3 timmar och 58 minuter, vilket är 33 minuter längre än för övriga patienter 19–79 år (tabell 12, bilaga 4). Denna medianvistelsetid är 10 minuter längre än föregående period och de akutmottagningar som ingick då. Totalt 10 procent av patienterna 80 år och äldre får vänta i 8 timmar och 7 minuter eller längre innan de kan lämna akutmottagningen eller skrivas in i slutenvården. Detta är 22 minuter längre tid jämfört med akutmottagningar som ingick i föregående mätning.

Skillnaden i medianvistelsetid är 2 timmar och 35 minuter mellan akutmottagningen med längst tid (4 timmar och 45 minuter) och den med kortast tid (2 timmar och 10 minuter). Medianvistelsetiderna för de enskilda akutmottagningarna redovisas i figurer nedan i detta avsnitt för åldersgrupperna 19–79 och 80 år och äldre. För riket visas även totalen för dem som är 19 år och äldre. Medianvärdena för alla tre åldersgrupper återfinns i tabell 12, bilaga 4, med data även från föregående mätning.

Könsskillnader

Även i denna tolvmånadersperiod skiljer det 11 minuter mellan kvinnor och män vad gäller total vistelsetid i riket (3 timmar och 36 minuter respektive 3 timmar och 25 minuter). Variationen mellan akutmottagningarna var 0–20 minuter. På två akutmottagningar var medianvistelsetiden 1 respektive 19 minuter längre för män än för kvinnor. Det saknas data om andra faktorer

[6] 12-månadersperioden juli 2015–juni 2016 med uppgifter från patientregistret. Mätningen inkluderar 45 akutmottagningar som uppfyllde kvalitetskriterierna för total vistelsetid och 41 akutmottagningar som uppfyllde kvalitetskriterierna för tid till läkare.

som kan påverka vistelsetider (t.ex. allvarlighetsgrad), och därför har Socialstyrelsen inte tagit hänsyn till dessa faktorer.

Akutmottagningar

Det är relevant att jämföra akutmottagningar totalt sett och även göra jämförelser inom olika storleksgrupper eftersom det finns ett klarlagt samband mellan akutmottagningarnas storlek, mätt i antal besök, och den totala vistelsetiden [14]. Storleksgrupperingen baseras på inrapporterade besöksantal för perioden juni 2016–maj 2017.

I figurerna 8–11 redovisas medianvistelsetiden och variationen i den totala vistelsetiden för akutmottagningar med färre än 20 000 besök per år (figur 8), 20 000–29 999 besök per år (figur 9), 30 000–50 000 besök per år (figur 10), och fler än 50 000 besök per år (figur 11).

Återigen finns en stor spridning mellan akutmottagningarna i alla storleksgrupper, men även en stor variation i totala vistelsetiden inom en och samma akutmottagning. För personer 19 år och äldre är största spridningen mellan akutmottagningarna 3 timmar och 1 minut, och det gäller den största gruppen med mer än 50 000 besök per år.

Genomgående för alla akutmottagningar oavsett storleksgrupp är att patienter 80 år och äldre har en klart längre vistelsetid jämfört med yngre patienter (figur 8–11).

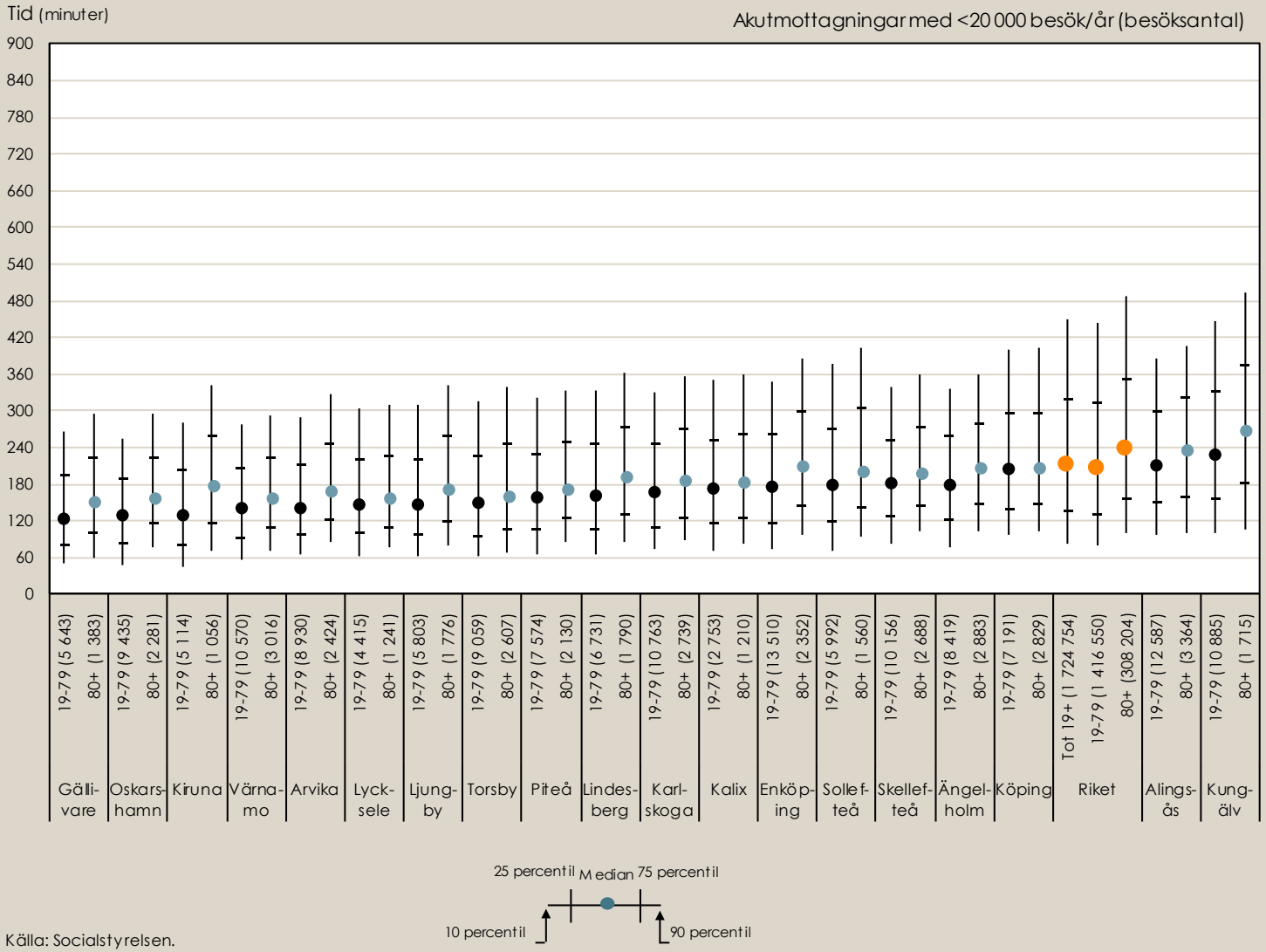
Total vistelsetid på akutmottagningar med färre än 20 000 besök per år

De flesta akutmottagningarna med färre än 20 000 besök per år har totalt sett en kortare medianvistelsetid än rikets nivå (figur 8). Skillnaden i medianvistelsetid för gruppen 19 år och äldre är 1 timme och 43 minuter mellan akutmottagningen med längst tid (3 timmar och 53 minuter) och den med kortast tid (2 timmar och 10 minuter) (tabell 12, bilaga 4).

I mätningen av denna grupp ingår 19 akutmottagningar eftersom Örnsköldsvik och Katrineholm är exkluderade på grund av kvalitetsbrister (bilaga 1).

Figur 8. Total vistelsetid under 12-månadersperioden (juni 2016–maj 2017)

Akutmottagningarna Örnsköldsvik och Kullbergska sjukhuset (Katrineholm) är exkluderade i figuren på grund av kvalitetsbrist (se kvalitetskrav i bilaga 1).
Mått i figuren: 10:e, 25:e, 50:e (median), 75:e och 90:e percentilen (se faktaruta median och kvartiler i bilaga 1).



Källa: Socialstyrelsen.

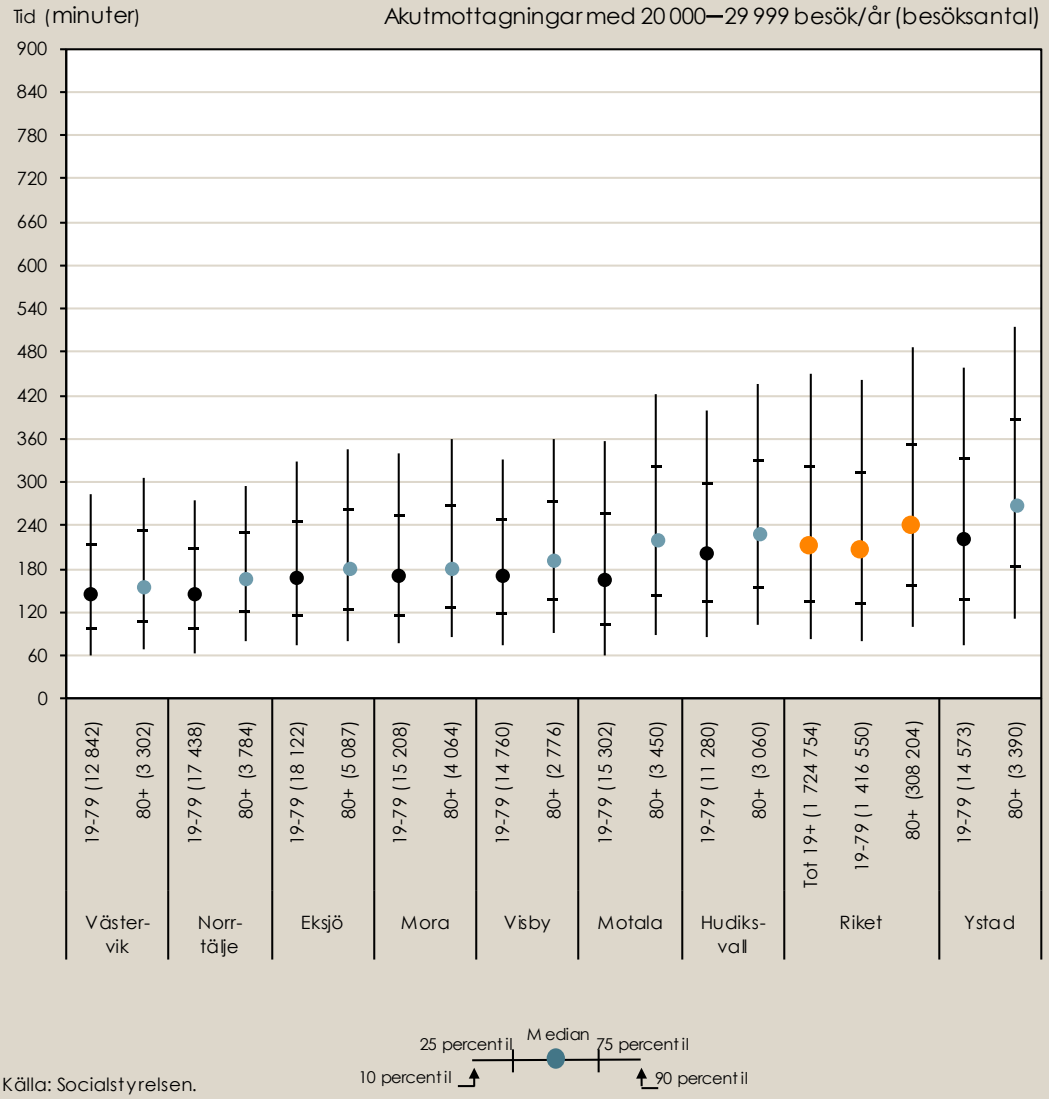
Total vistelsetid på akutmottagningar med 20 000–29 999 besök per år

Flera av akutmottagningarna med 20 000–29 999 besök per år har en kortare medianvistelsetid jämfört med rikets nivå (figur 9). Skillnaden i medianvistelsetid för gruppen 19 år och äldre är 1 timme och 25 minuter mellan akutmottagningen med längst tid (3 timmar och 52 minuter) och den med kortast tid (2 timmar och 27 minuter) (tabell 12, bilaga 4).

I mätningen av denna grupp ingår åtta akutmottagningar eftersom Nyköping är exkluderad på grund av kvalitetsbrister (bilaga 1).

Figur 9. Total vistelsetid under 12-månadersperioden (juni 2016–maj 2017)

Akutmottagningen Nyköping är exkluderad i figuren på grund av kvalitetsbrist (se kvalitetskrav i bilaga 1).
Mått i figuren: 10:e, 25:e, 50:e (median), 75:e och 90:e percentilen (se faktaruta median och kvartiler i bilaga 1).



Källa: Socialstyrelsen.

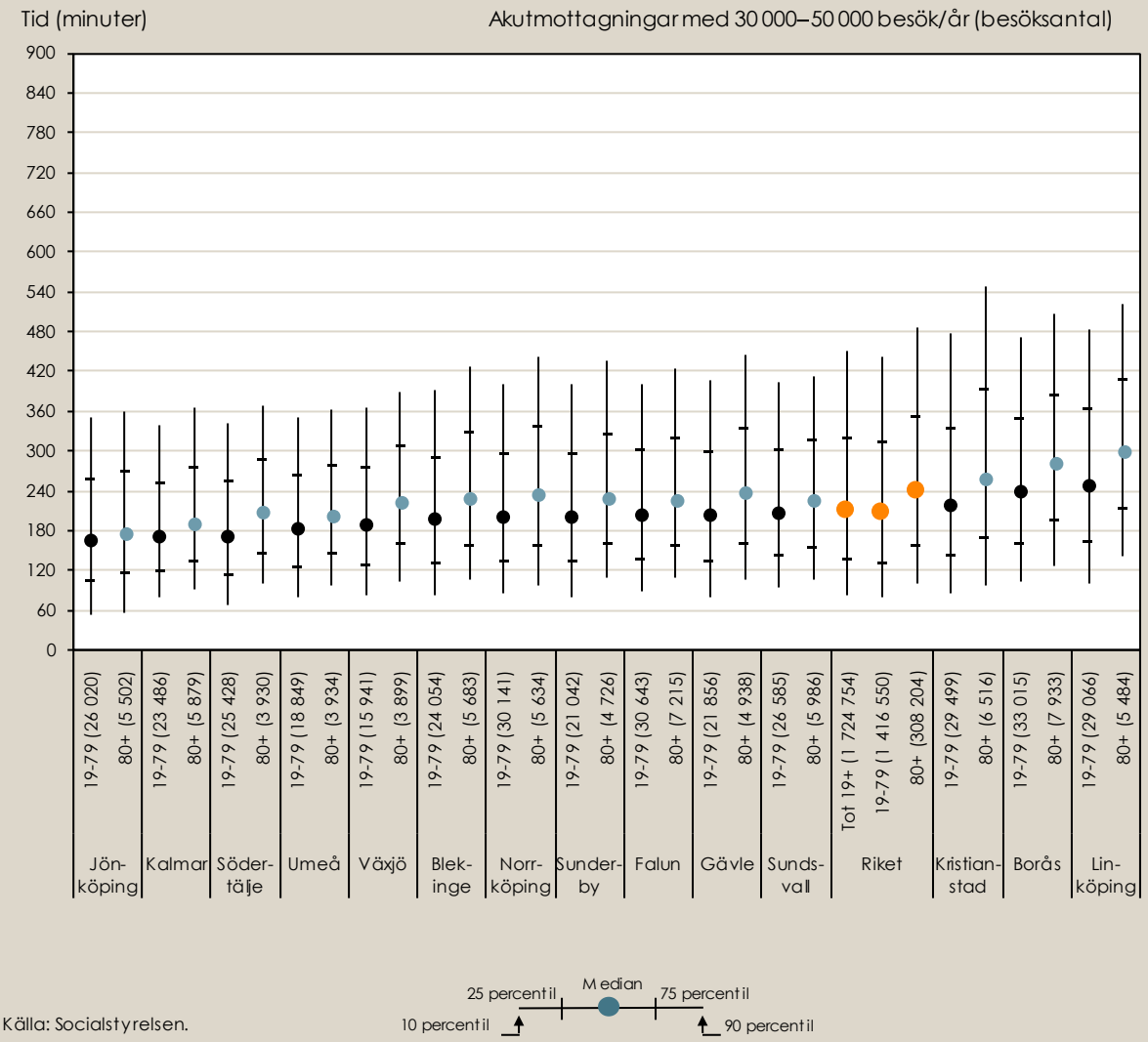
Total vistelsetid på akutmottagningar med 30 000–50 000 besök per år

Mer än hälften av akutmottagningarna med 30 000–50 000 besök per år har en kortare medianvistelsetid jämfört med rikets nivå (figur 10). Skillnaden i medianvistelsetid för gruppen 19 år och äldre är 1 timme och 29 minuter mellan akutmottagningen med längst tid (4 timmar och 17 minuter) och den med kortast tid (2 timmar och 48 minuter) (tabell 12, bilaga 4).

I mätningen av denna grupp ingår 14 akutmottagningar eftersom Eskilstuna och Östersund är exkluderade på grund av kvalitetsbrister (bilaga 1).

Figur 10. Total vistelsetid under 12-månadersperioden (juni 2016–maj 2017)

Akutmottagningarna Mälarsjukhuset (Eskilstuna) och Östersund är exkluderade i figuren på grund av kvalitetsbrist (se kvalitetskrav i bilaga 1. **Mått i figuren:** 10:e, 25:e, 50:e (median), 75:e och 90:e percentilen (se faktaruta median och kvartiler i bilaga 1).



Källa: Socialstyrelsen.

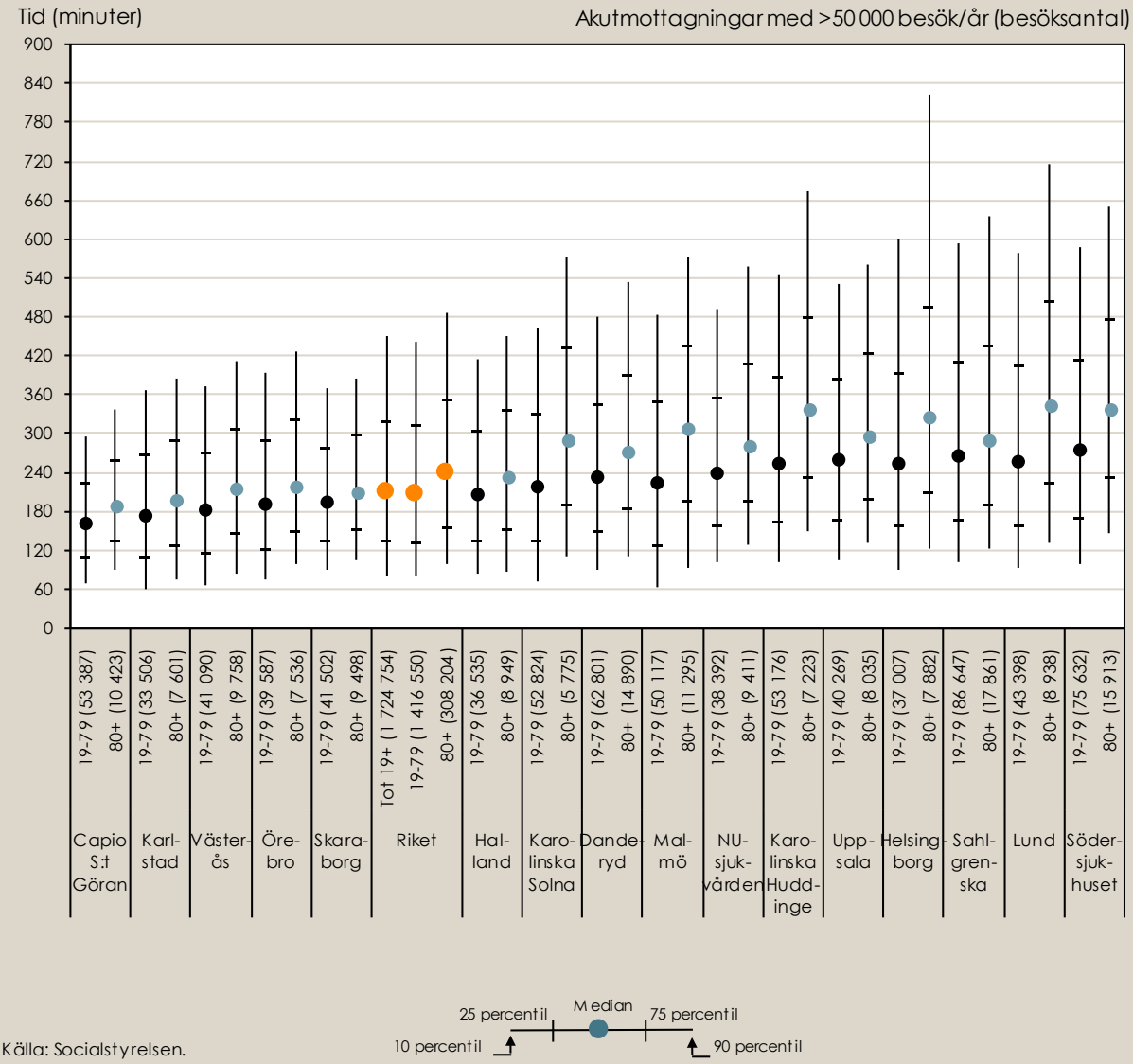
Total vistelsetid på akutmottagningar med mer än 50 000 besök per år

Mer än hälften av akutmottagningarna med mer än 50 000 besök per år har en längre medianvistelsetid jämfört med rikets nivå (figur 11). Skillnaden i medianvistelsetid för gruppen 19 år och äldre är 2 timmar och 1 minut mellan akutmottagningen med längst tid (4 timmar och 45 minuter) och den med kortast tid (2 timmar och 44 minuter) (tabell 12, bilaga 4).

I mätningen av denna grupp ingår alla 16 stora akutmottagningar.

Figur 11. Total vistelsetid under 12-månadersperioden (juni 2016–maj 2017)

Mått i figuren: 10:e, 25:e, 50:e (median), 75:e och 90:e percentilen (se faktaruta median och kvartiler i bilaga 1).



Källa: Socialstyrelsen.

Tid till läkare

Hälften av alla patienter som är 19 år och äldre får vänta i 61 minuter eller mer på att bli bedömda av läkare (tabell 14, bilaga 4), vilket är en marginell förändring sedan föregående tolvmånadersperiod trots att fler akutmottagningar nu ingår i mätningen (tabell 15, bilaga 4) [15].

Totalt 10 procent av patienterna väntar mindre än 12 minuter, medan de 10 procent som väntar längst får vänta i 3 timmar och 43 minuter eller längre på att bli bedömda av läkare. För dessa 10 procent har tiden ökat med 3 minuter jämfört med akutmottagningarna som ingick i förra mätningen tabell 15 (bilaga 4).

Patienter 80 år och äldre har en medianväntetid på 53 minuter, vilket är 10 minuter kortare tid än för övriga patienter (19–79 år). Samtidigt får 10 procent av patienterna 80 år och äldre vänta i 3 timmar och 24 minuter eller längre på akutmottagningen innan de blir bedömda av läkare. Detta är ingen förändring jämfört med akutmottagningarna som ingick i föregående tolvmånadersperiod (tabell 15, bilaga 4).

Skillnaden i medianväntetid är 1 timme och 13 minuter mellan akutmottagningen med längst tid (1 timme och 43 minuter) och den med kortast tid (30 minuter). Medianvärdena för alla tre åldersgrupper (19+, 19–79 samt 80 år och äldre) återfinns i tabell 14, bilaga 4, med data även från föregående mätning.

Könsskillnader

Inga påtagliga skillnader observerades mellan kvinnor och män vad gäller väntetid till läkare i riket (63 minuter respektive 59 minuter). Variationen mellan akutmottagningarna var 1–10 minuter. Hos en av akutmottagningarna var väntetiden 1 minut längre för män än för kvinnor. Det saknas data om andra faktorer som skulle kunna påverka väntetid till läkare (t.ex. allvarlighetsgrad), och därför har Socialstyrelsen inte tagit hänsyn till dessa faktorer.

Fysisk tillgänglighet

Sammanfattat

- 77 procent av patienterna i primärvården är nöjda med de olika sätt som finns tillgängliga för att komma i kontakt med sin vård- eller hälsocentral. Yngre patienter uppvisar mer missnöje än äldre patienter.
- Allt fler vårdcentraler ansluter sig till 1177 Vårdguiden och 95 procent erbjuder möjligheten att använda e-tjänsten för att förnya recept och av- och omboka tider.
- Patienterna tycker att det är mycket eller ganska svårt att få nära vård på kvällar, helger och helgdagar. Huvuddelen av befolkningen har god fysisk tillgänglighet till primärvården under dagtid på vardagar, men den minskar kraftigt under kvällen, nattetid och på helgen.
- 92 procent av landets befolkning har mindre än 10 minuters bilfärd till närmaste vårdcentral dagtid. På helger har enbart 65 procent av befolkningen motsvarande avstånd och fler får en allt längre restid till närmaste vårdcentral.

I HSL (2017:30) definieras primärvård[7] som en del av den öppna vården[8] som patienterna ska vända sig till. I rapporten *En primär angelägenhet* efterfrågades dock en större tydlighet kring primärvårdens funktion i hälso- och sjukvårdssystemet [11].

I överenskommelsen mellan staten och SKL om patientmiljarden – insatser för att förbättra tillgängligheten och samordningen i hälso- och sjukvården – beskrivs att primärvården ska bli den tydliga basen i hälso- och sjukvården. Vidare anges att fokus behöver ligga på förbättrad tillgänglighet genom exempelvis ändrade öppettider och utveckling av digitala kontaktvägar såsom e-tjänster för tidbokning för patienterna, inkluderat digitala lösningar som alternativ eller komplement till fysiska patientmöten.

Det är därför relevant att följa patienternas och befolkningens uppfattning av tillgängligheten, men också tillgängligheten sett till vårdens utbud. Detta gäller traditionella kontaktvägar och fysiska öppettider samt tillgänglighet via digitala lösningar. Dessutom är det viktigt att studera tidsavståndet, det vill säga tiden det tar att resa från bostaden till närmaste primärvårdinstans eller akutmottagning, oberoende av om den ligger i det egna landstinget eller den region som individerna bor i (för närmare beskrivning se bilaga 1).

---

[7] 2 kap. 6 § ”Med primärvård avses i denna lag hälso- och sjukvårdsverksamhet där öppen vård ges utan avgränsning när det gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper. Primärvården svarar för behovet av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens.”

[8] 2 kap. 5 § ”Med öppen vård avses i denna lag annan hälso- och sjukvård än sluten vård. 4 § Med sluten vård avses i denna lag hälso- och sjukvård som ges till en patient som är intagen vid en vårdinrättning.”

Enligt patientlagen[9] ska en patient få möjlighet att välja offentligt finansierad öppen vård, en vårdcentral att lista sig på och en fast läkarkontakt[10] i ett annat landsting än hemlandstinget. Redan när Vårdvalsreformen kom 2010 i primärvården genom lagen (2008:962) om valfrihetssystem (LOV), blev det möjligt för alla leverantörer som uppfyller lagens och landstingens och regionernas krav på primärvård att fritt etablera sig för att erbjuda vård till invånarna. Syftet är att stärka patientens fria val av läkare.

Även tidsavstånd till landets apotek redovisas eftersom det är en viktig tillgänglighetsaspekt för patienten, för att kunna hämta förskrivna läkemedel.

Kontaktvägar och digitala lösningar

Den tekniska utvecklingen möjliggör digital och säker kommunikation mellan patient och vårdgivare. Därmed får vårdgivarna nya sätt att bedriva vård, och patienterna får nya sätt att kontakta sjukvården, möta vårdgivaren och bedömas, undersökas och utredas, och om behov finns få vård och behandling.

1177 Vårdguiden[11] är en nationell samlingsplats för information och tjänster inom hälsa och vård som alla landsting och regioner bidrar till. 1177 erbjuder bland annat sjukvårdsrådgivning via frågetjänst på webbsidan eller via telefon. Det går också att få information om de landstingsfinansierade vårdmottagningarna inom primärvården och specialistvården är offentligt eller privat drivna.

1177 Vårdguiden fungerar också som en plattform för allmänheten att använda e-tjänster för att kontakta vården inom respektive landsting och region. Olika vårdmottagningar erbjuder olika e-tjänster via 1177 Vårdguiden. Till exempel går det att förnya recept och boka, omboka eller avboka tider direkt i vårdgivarnas bokningssystem. Många vårdenheter erbjuder också digitala e-tjänster via egna appar.

Det finns vårdgivare som förutom e-tjänster via 1177 Vårdguiden också erbjuder digitala möten (videobesök) som ett komplement till den ordinarie vården. Det fysiska besöket mellan patient och vårdgivare har dock alltid varit det traditionella sättet för patient och vårdgivare att mötas i vården och kommer även fortsättningsvis att behövas för många patientgrupper, och när en klinisk undersökning av patienten är avgörande för den medicinska bedömningen.

Det pågår för närvarande en snabb utveckling av s.k. digitala vårdcentraler som erbjuder enbart digitala besök, där de privata alternativen har varit föregångare.

---

9 9 kap. 1 § En patient som omfattas av ett landstings ansvar för hälso- och sjukvård ska inom eller utom detta landsting få möjlighet att välja utförare av offentligt finansierad öppen vård.

10 6 kap. 3 § Patienten ska få möjlighet att välja en fast läkarkontakt inom primärvården.

11 www.1177.se. 1177 är ett nationellt telefonnummer för sjukvårdsrådgivning. Stockholms läns landsting ansvarar för att förvalta 1177 Vårdguiden via Inera. Inera (www.inera.se) ägs av Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) samt företag, landsting, regioner och kommuner. Inera utvecklar och förvaltar nationella tjänster inom e-hälsa och digitalisering; förutom 1177 Vårdguiden driver man Nationell patientöversikt och Journalen.

Patienterna är inte nöjda med kontaktvägarna

NPE visar att 77 procent av alla patienter är nöjda med de kontaktvägar som finns tillgängliga till sin vårdcentral men nästan en fjärdedel är missnöjda. Det finns en tydlig skillnad i att yngre patienter är mindre nöjda med kontaktvägarna jämfört med patienter 80 år och äldre (tabell 8, bilaga 3).

Av patienter som har besökt primärvården upplever 91 procent att det var enkelt att ta sig till vårdcentralen. Den äldsta åldersgruppen, 80 år och äldre, anser i mindre utsträckning att det var enkelt att ta sig dit. För den fysiska tillgängligheten finns det också skillnad mellan socioekonomiska grupper. Patienter med lägre utbildning än eftergymnasial utbildning upplever att det är svårare att ta sig till vårdcentralen (tabell 8, bilaga 3).

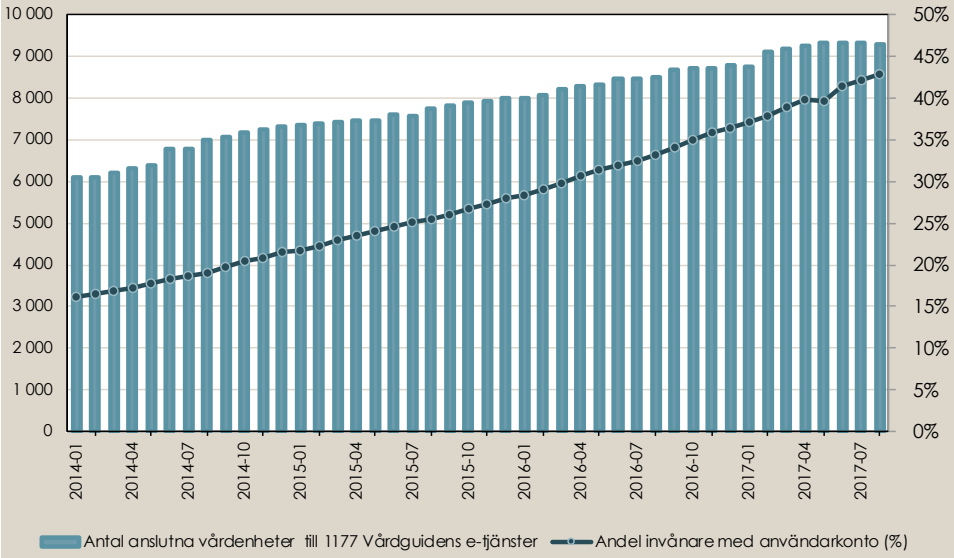
Allt fler vårdenheter anslutna till 1177 Vårdguidens e-tjänster

I takt med att allt fler vårdenheter anslutit sig till 1177 Vårdguidens e-tjänster har även andelen invånare med användarkonto ökat (figur 12). I augusti 2017 hade 43 procent av invånarna ett användarkonto, vilket innebär 4 265 685 konton. Antalet inloggningar per invånare och år var i snitt 1,0 i september 2015, men det ökade till 2,0 i november 2016 och ytterligare till 3,0 i augusti 2017.[12]

Som beskrivits ovan är nästan en fjärdedel av patienterna missnöjda med sätten de har att kontakta vårdcentralen, och yngre patienter är mindre nöjda än patienter som är 80 år och äldre. Denna mätning gjordes för primärvården 2015 och reflekterar inte riktigt dagens utveckling av digitala lösningar som kan komma att påverka patientens upplevelse av kontaktvägarna. I figur 12 syns att 26 procent av invånarna hade ett konto till e-tjänsterna via 1177 Vårdguiden i augusti 2015 (under året 2015 var andelen 22–28 procent), och enligt senaste statistiken från augusti 2017 har andelen ökat med 17 procent. Antalet anslutna vårdenheter till 1177 Vårdguidens e-tjänster har också ökat med 17 procent under samma tid.

[12] Ineras statistikrapport e-hälsotjänster.

Figur 12. Antal anslutna vårdenheter till 1177 Vårdguidens e-tjänster och andel invånare med användarkonto



* Vårdenheterna inkluderar både primärvården och den specialiserade öppenvården.
Källa: Ineras statistikrapport e-hälsotjänster.

Förnya recept och av- och ombokning är vårdcentralernas vanligaste e-tjänster

En sammanställning av de e-tjänster som vårdcentralerna[13] erbjuder via 1177 Vårdguiden visar att det inte finns någon standardiserad begreppsbeskrivning för de e-tjänster som nämns.[14] En bruttolista på 346 unika registreringar kategoriserades om till 25 stycken.[15]

I figur 13 nedan visas de 23 mest förekommande e-tjänsterna som vårdcentralerna visar via 1177 Vårdguiden. Tjänsterna *förnya recept* och *av- och ombokning* förekommer hos 95 procent. E-tjänsten *boka tid* (78 procent) är tredje mest erbjudna tjänsten bland vårdcentralerna, och för den finns ingen skillnad alls mellan offentlig och privat ägandeform (se tabell 16 i bilaga 5 vad gäller antalet mottagningar och ägandeform).

Tjänsterna a*v- och ombokning direkt* (39 respektive 28 procent för offentlig respektive privat vårdgivare) och *boka tid direkt* (35 respektive 25 procent för offentlig respektive privat) innebär att den patient som är inloggad på 1177 själv kan boka och omboka tider i vårdcentralens eget bokningssystem som kopplas till journalsystemet.

---

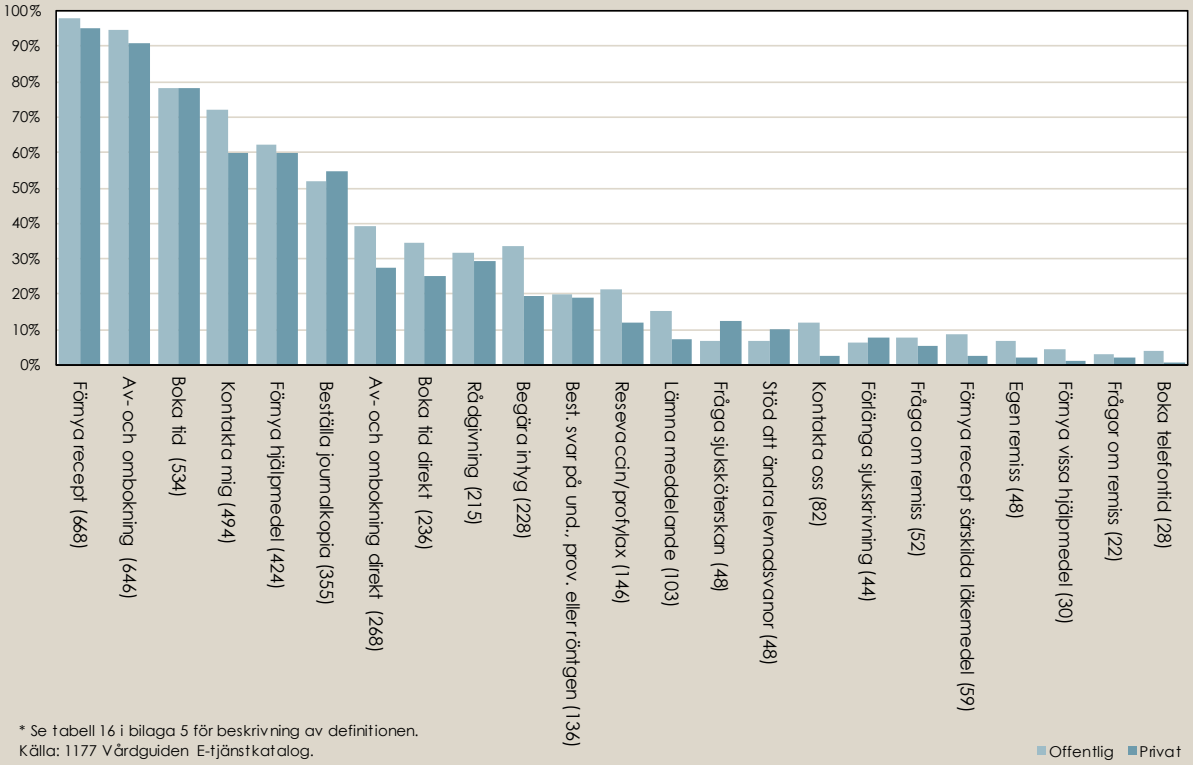
[13] Vårdcentral, hälsocentral, hälsovårdscentral, husläkarmottagning, distriktsläkarmottagning, familjeläkarmottagning eller liknande som är tillgängliga vardagar dagtid, någon tid mellan kl. 07.00 och 17.00.

[14] Exempel på olika beskrivningar av samma e-tjänst:

1. *Vill du ha stöd att sluta röka/snusa*? Alternativt *Vill du ha stöd för att sluta röka eller snusa?*
2. *Av- eller omboka tid* alternativt *Av- och omboka tid*
3. *Beställ kopia av din journal* alternativt *Beställa journalkopior* alternativt *Journalkopior*

[15] Även kategorierna *lämna synpunkter* och *stöd och behandling* finns.

Figur 13. E-tjänster som vårdcentralerna* erbjuder mest via 1177 Vårdguiden
Antalet vårdcentraler anges inom parentes.



* Se tabell 16 i bilaga 5 för beskrivning av definitionen.
Källa: 1177 Vårdguiden E-tjänstkatalog.

Utvecklingen av digitala vårdbesök ur ett landstingsperspektiv

Av de 21 landstingen och regionerna uppger endast fem att de för närvarande inte har eller inte planerar för digitala besök som komplement till fysiska besök inom ordinarie vårdcentral (tabell 17, bilaga 5). Av de återstående 16 uppger 12 landsting att de har långtgående planer och eller pågående försöksverksamhet med digitala besök under 2018, dels i egen regi, några genom att erbjuda tidsbokning via 1177 Vårdguiden och dels med hjälp av samarbetsavtal med privata aktörer.

För närvarande erbjuder Dalarna, Jönköping, Jämtland Härjedalen och Östergötland digitala läkarbesök via landstingsdrivna digitala vårdcentraler, men utvecklingen inom detta område är snabb och digitala vårdbesök kommer inom en snar framtid att vara tillgängliga för allt fler.

Den digitala utvecklingen har även öppnat upp för andra sätt för patienterna att få vård eller ”besöka” vården, och samtidigt får vårdgivaren en möjlighet att hantera glesbygdsrelaterade problem såsom långa avstånd och bemanningsproblem. Detta kan lösas med hjälp av videoteknik där patienten tar sig till närmaste vårdcentral, träffar en sjuksköterska och redogör för sina besvär, och om behovet finns kopplar patienten upp sig mot en läkare på distans för bedömning, diagnostik och eventuell behandling. Denna typ av distansbesök eller vård är i drift i tre landsting och regioner, Jämtland Härjedalen, Norrbotten och Västerbotten och finns även på planeringsstadiet i ytterligare tre landsting.

Digitala vårdcentraler och videobesök kan skapa möjligheter för ett snabbt och enkelt alternativ till de fysiska vårdcentralerna och även till akutmottagningen för vissa patientgrupper och vid vissa tillfällen. Det är dock viktigt att också påpeka att dessa tekniska krav kan innebära en begränsning och uteslutande av vissa delar av befolkningen som av olika anledningar inte har förutsättningar att använda denna möjlighet.

I maj 2018 ska Socialstyrelsen publicera en uppdatering om utvecklingen när det gäller e-hälsa baserat på bland annat intervjuer med flera landsting och regioner. Detta ingår i uppdraget om bättre resursutnyttjande i hälso- och sjukvården (S2017/01565/FS). Myndigheten har tillsammans med andra aktörer och myndigheter utvecklat en utbildning om digital utveckling i hälso- och sjukvården och innehåller juridiskt stöd för dokumentation i hälso- och sjukvården och socialtjänsten[16].

Öppettider och tidsavstånd

Var tredje person anser sig ha sökt akutmottagningen för behov som övriga vården hade kunnat hantera

I IHP får svarspersonerna ange om de upplevde att det senaste besöket på akuten kunde ha gjorts på ordinarie mottagning.[17] Resultatet för 2016 visar att 32 procent av de svenska respondenterna anser att de hade kunnat behandlas på ordinarie mottagning. För övriga länder är andelen 20–47 procent. Det är färre personer i åldersgrupperna över 50 år som anser att de hade kunnat behandlas på ordinarie mottagning.

År 2017 ansåg 21 procent av personer 65 år och äldre att de hade kunnat behandlas på en ordinarie mottagning. Detta stämmer överens med resultatet 2016 om att färre äldre anser att de hade kunnat behandlas på annat ställe. Övriga länder i den internationella jämförelsen gav resultatet 20–42 procent, och det var bara Australien som hade ett lägre resultat än Sverige.

Nästan varannan individ tycker att det är mycket eller ganska svårt att få nära vård på kvällar, helger eller helgdagar

I IHP-undersökningen finns också en fråga om möjligheten att få vård under kvällar och helger utan att uppsöka sjukhusets akutmottagning.[18]

Resultaten från 2016 visar att endast 24 procent tycker att det är mycket eller ganska lätt att få vård på en kväll eller helg utan att söka upp akuten. Sverige har lägst resultat jämfört med övriga länder (34–72 procent). Det är särskilt personer som är födda utanför Norden som tycker att det är svårt att få vård utan att besöka akuten i Sverige [8].

---

[16] https://div.socialstyrelsen.se/

[17] Senaste gången du gick till sjukhusets akutmottagning, var det för ett tillstånd du tror att du skulle ha kunnat bli behandlad för av läkarna eller personalen på den mottagning/praktik/klinik du vanligen går till för din medicinska vård - om de hade varit tillgängliga?

[18] Hur lätt eller svårt är det att få vård på kvällen, helgen eller på en helgdag utan att gå till sjukhusets akutmottagning?

IHP-resultaten från 2017 som fokuserar på befolkningen 65 år och äldre, visar återigen att Sverige (26 procent) ligger lägst jämfört med övriga länder (34–74 procent) [7].

Nästan var tredje patient söker sig till akuten på kvällstid och nattetid

Enligt NPE för akutmottagningar 2016 är det 23 respektive 5 procent av patienterna som anger att de sökt akutmottagningarna[19] på kvällen (kl. 18–23.59) respektive natten (kl. 00.00–05.59). Av den återstående andelen är det 68 procent som kommer till akuten under dagtid (38 procent kl. 12.00–17.59 och 30 procent kl. 06.00–11.59). Det högre flödet dagtid överensstämmer väl med resultatet från Socialstyrelsens kartläggning av patientflöden inom fem akutmottagningar från 2015 [14].

Den nära vården är fysiskt tillgänglig på vardagar under dagtid

Invånare listas automatiskt på närmaste vårdcentral inom sitt landsting eller sin region. Den som vill kan dock lista om sig.

I landet finns det sammanlagt 1 193 tillgängliga offentligt finansierade[20] vårdcentraler[21] som har öppet någon vardag i veckan (tabell 16, i bilaga 5). Öppettiderna varierar mellan kl. 07.00 och 17.00. Antalet vårdcentraler per landsting och region varierar från 6 stycken på Region Gotland till 225 vårdcentraler i Stockholms läns landsting (tabell 17, i bilaga 5).

Drop-in erbjuds av endast 212 mottagningar (18 procent) i landet. Fördelningen på landsting och region varierar från 0 procent (Dalarna, Kronoberg och Östergötland) till 67 procent (Gotland) (tabell 17, i bilaga 5).

Av vårdcentralerna har 1 163 stycken (97 procent, landstingsintervall 89–100 procent) öppet alla fem vardagar i veckan oavsett öppningstid. Öppettiden mellan klockan 08.00 och 17.00 är den mest frekventa för totalt 875 vårdcentraler (75 procent), men 36 av dessa vårdcentraler stänger tidigare än kl. 17.00 en vardag i veckan.

Räknar man med de vårdcentraler som öppnar tidigare än kl. 08.00 eller stänger senare än kl. 16.00 är totalt 1 114 vårdcentraler (96 procent) tillgängliga fem vardagar i veckan mellan kl. 08.00 och 16.00, medan 1 151 vårdcentraler (99 procent) är tillgängliga minst fyra vardagar i veckan under motsvarande tid. Landstingsintervallet är 94–100 procent.[22]

Den fysiska tillgängligheten till vården minskar kraftigt under vardagskvällar

I landet finns det sammanlagt 182 tillgängliga kvällsmottagningar[23] som har kvällsöppet någon vardag i veckan (figur 14). Stängningstiderna varierar

[19] Akutmottagningar med två eller flera somatiska specialiteter som är samlokaliserade (tabell 4).

[20] Både offentligt drivna och privat drivna vårdinstanser som är landstingsfinansierade.

[21] Vårdcentral, hälsocentral, hälsovårdscentral, husläkarmottagning, distriktsläkarmottagning, familjeläkarmottagning eller liknande som är tillgänglig vardagar dagtid, någon tid mellan kl. 07.00 och 17.00.

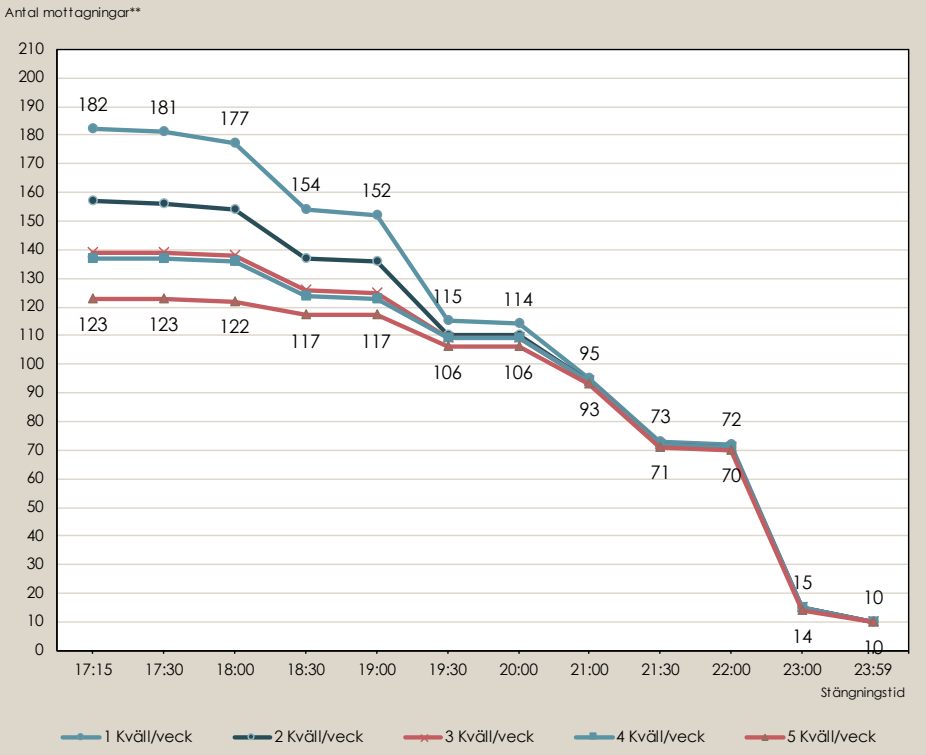
[22] Bortsett från två av sex vårdcentraler på Gotland som avviker från intervallet eftersom de antingen öppnar en halvtimme till en timme tidigare eller senare, eller stänger en timme tidigare.

[23] Vårdcentral, hälsocentral, hälsovårdscentral, husläkarmottagning, distriktsläkarmottagning, familjeläkarmottagning eller liknande, jourmottagningar, jourcentraler, lättakuter, närakuter och akutmottagningar som är tillgängliga vardagar

mellan kl. 17.15 och 24.00. Antalet kvällsmottagningar per landsting och region varierar från 0 i Region Gotland till 39 mottagningar i Västra Götalandsregionen.

Av det totala antalet har 123 mottagningar (68 procent) kvällsöppet fem vardagar i veckan (figur 14). Totalt 71 stycken (58 procent) är tillgängliga mellan kl. 17.00 och 22.00, varav 10 mottagningar är tillgängliga även till 24.00. Av dessa finns 18 i Stockholms läns landsting och 24 i Västra Götalandsregionen.

Figur 14. Kvällsmottagningarnas* stängningstider vardagkvällar och antal kvällar i veckan som det är öppet



* Se de mottagningar som ingår i denna selektion i tabell 17.
** I antalet som har öppet 1 dag/veck ingår de som har öppet 1-5 dag/veck, i antalet som har öppet 2 dag/vecka ingår de som har öppet 2-5 dag/veck osv

Källa: Socialstyrelsen.

Akutvården står för det mesta av den fysiska tillgängligheten nattetid

Nattetid på vardagar och helger finns det sammanlagt 73 tillgängliga mottagningar[24] i landet, varav 66 stycken (90 procent) är akutmottagningar som har

kvällstid, någon tid mellan kl. 17.00 och 24.00. I denna selektion ingår inte akutmottagningar som har öppet även nattetid alla dagar. Akutmottagningarna Hässleholm och Trelleborg i Region Skåne samt akutmottagningen Alingsås i Västra Götalandsregionen ingår i denna selektion eftersom de inte har öppet på nattetid, men är tillgängliga vardagar dagtid samt kvällstid.

[24] I denna selektion ingår akutmottagningar som har öppet dygnet runt alla dagar i veckan samt jourmottagningar och jourcentraler som i första hand har öppet vardagar nattetid men även nattetid helger. Akutmottagningar som har endast en specialitet ingår inte i denna selektion (t.ex. barnakutmottagningar och gynekologiska akutmottagningar, se även tabell 4 för liknande exempel).

öppet dygnet runt, alla dagar i veckan. De övriga består av jourmottagningar eller jourcentraler.

Fördelningen över landet är 1 mottagning i Blekinge och 10 mottagningar i Västra Götalandsregionen.

Den fysiska tillgängligheten till vården minskar även helgtid

I landet finns det sammanlagt 164 tillgängliga mottagningar[25] på lördagar eller söndagar, varav 160 stycken (98 procent) har öppet både lördag och söndag (tabell 17, i bilaga 5), i allt från 1 timme till 24 timmar.

Antalet mottagningar per landsting och region varierar från 1 mottagning på Region Gotland till 37 mottagningar i Västra Götalandsregionen (tabell 17, i bilaga 5).

Tidsavståndet till vården ökar när de fysiskt tillgängliga vårdmottagningarna blir färre

Socialstyrelsen har med hjälp av Tillväxtverket analyserat tidsavståndet till de olika vårdmottagningar som finns i selektionen för de olika dygnskategorierna: dagtid (vardagar), kvällstid (vardagar), nattetid (vardagar och helger) och helger (dagtid). De mottagningstyper som ingår i respektive kategori beskrivs i resultatdelen ovan om öppettider samt i tabell 17 i bilaga 5. Metodbeskrivning för tidsavstånds beräkningar finns i bilaga 1.

Huvuddelen av befolkningen i landet, 9 147 815 personer (92 procent), har mindre än 10 minuters bilresa till sin närmaste vårdcentral under dagtid på vardagarna. Denna andel varierar från 77 procent i Jämtland Härjedalen till 98 procent i Stockholm.

Andelen med en bilresa på mer än 40 minuter är 0,10 procent (9 735 personer), varav den största andelen på 1,8 procent återfinns i Norrbotten (2 937 personer). När det gäller kvällsöppna respektive nattöppna mottagningar sjunker andelen med mindre än 10 minuters bilresa till 64 respektive 50 procent, och samtidigt ökar andelen med längre bilresa (9 respektive 13 procent inom avståndsklassen 20–30 minuter).

Under helgtid är tidsavståndet mer likt kvällstid (65 procent). Antalet mottagningar som har öppet alla kvällar i veckan motsvarar endast 68 procent av kvällsmottagningarna som har öppet någon dag veckan. Dessutom minskar antalet kvällsöppna mottagningar drastiskt senare på kvällen efter exempelvis 19- och 21-tiden.

I tabell 18 bilaga 5 återfinns andelen av befolkningen enligt de olika avståndsklasserna för respektive landsting och region.

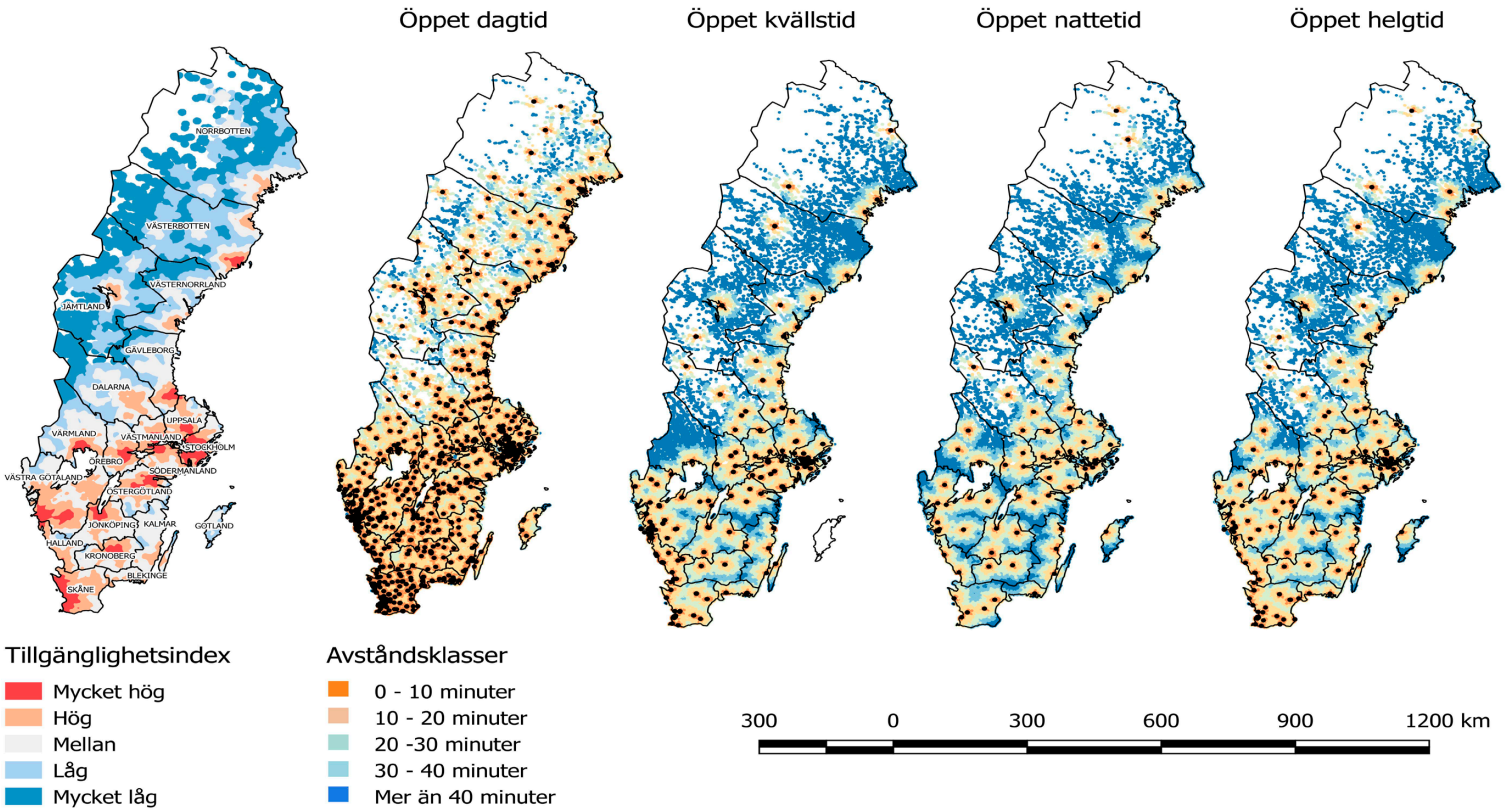
I figur 15a visar den vänstra kartan landet enligt tillgänglighetsindex (glesbygd och tätbebyggt område). Kartan visar en tydlig koncentration av vård-

[25] Vårdcentraler, hälsocentraler, husläkarmottagningar, jourmottagningar, jourcentraler, lättakuter och närakuter som är tillgängliga lördagar eller söndagar oavsett öppettider. I denna selektion ingår akutmottagningar som har öppet även nattetid alla dagar. Akutmottagningarna Hässleholm och Trelleborg i region Skåne, samt akutmottagningen Alingsås i Västra Götalandsregionen ingår i denna selektion eftersom de inte har öppet på nattetid, men är tillgängliga lördag–söndag dagtid samt kvällstid.

mottagningar till tätbebyggelse, men under dagtid vardagar är tillgänglig-
heten bättre när det gäller antalet vårdcentraler, och det ger dessutom lägre
tidsavstånd.

Figur 15a. Illustration av tidavstånd till vårdmottagningar under olika öppettider på vardagar (dagtid, kvällstid och nattetid) och helger (dagtid).

I kartan längst till vänster syns landstingen och regionerna utifrån tillgänglighetsindex enligt tätbebyggt eller glesbebyggt område. Se metodbeskrivning i bilaga 1. Se bilaga 5 för motsvarande förstorade kartbilder.



Källa: Grunddata av Socialstyrelsen, bildbearbetning av Tillväxtverket

Närheten till landets apotek är god

Det finns totalt 1 403 apotek i landet som är tillgängliga under dagtid vardagar (tabell 16, i bilaga 5). Variationen mellan landsting och regioner är stor: 10 stycken på Gotland och 300 apotek i Stockholm. På lördagar har 1 069 apotek öppet, medan bara 532 har söndagsöppet.

Socialstyrelsen har med hjälp av Tillväxtverket även analyserat tidsavståndet till landets apotek (metodbeskrivning för tidsavståndet finns i bilaga 1). Mätningen visar att 91 procent av befolkningen har mindre än 10 minuters bilresa till sitt närmaste apotek under vardagar dagtid.

Andra aspekter av tillgänglighet

I detta kapitel presenteras tillgänglighet utifrån andra perspektiv såsom förtroende, bemötande, egenavgifter för patienterna, delaktighet och förmågan att förstå information från hälso- och sjukvården. Data baseras på befolkningens och patienternas egna upplevelser och bedömningar, hämtade från NPE, hälso- och sjukvårdsbarometern och IHP.

Sammanfattat

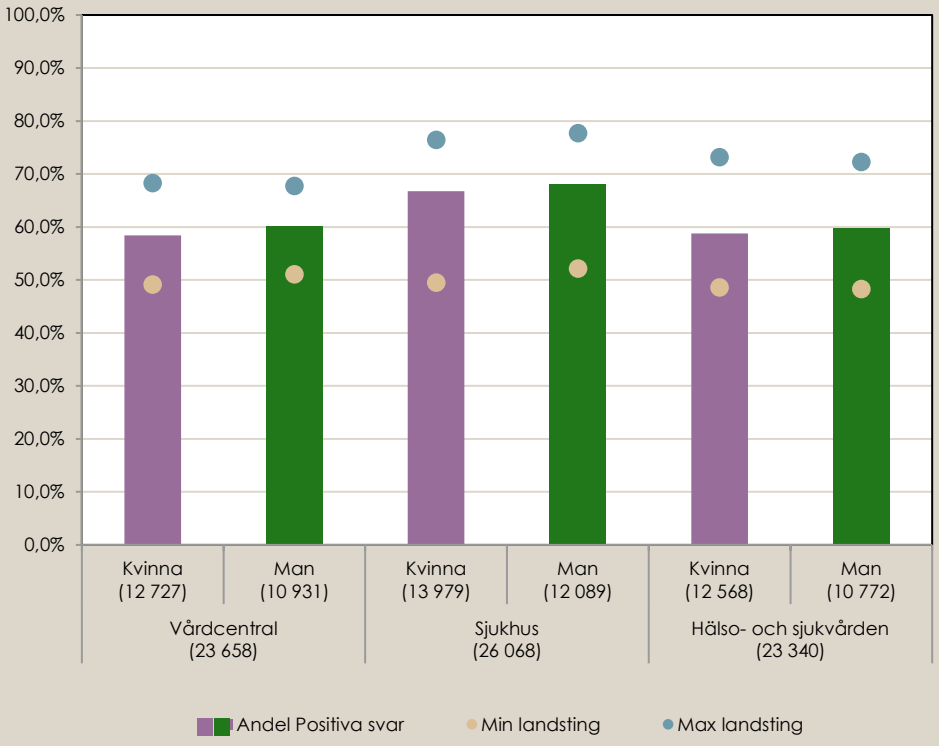
- En person med ett upplevt dåligt allmäntillstånd har lägre förtroende för vårdcentraler i sitt landsting eller sin region jämfört med de som skattar sitt allmäntillstånd som högt.
- Personer som har varit patienter under de senaste sex månaderna har ett högre förtroende för vårdcentraler än personer som inte varit patienter eller som endast varit i kontakt med hälso- och sjukvården som anhörig.
- Patienterna i den specialiserade öppen- och slutenvården ger totalt sett ett högre omdöme på vården än patienter som besökt primärvården eller akutmottagningen. När det gäller emotionellt stöd ger 82–86 procent av patienterna i öppen- och slutenvården ett gott omdöme medan andelen är endast 71–72 procent när det gäller primärvården och akutmottagningar.
- Kvinnliga patienter, patienter 29–59 år och patienter utan avslutad utbildning upplever i lägre grad att deras behov blivit tillgodosett under besöket jämfört med män, patienter 80 år och äldre respektive de med en avslutad utbildning.
- 90–96 procent av patienterna upplever sig ha blivit bemötta med respekt och värdighet i hälso- och sjukvården.
- Fler än fyra av fem i befolkningen 65 år och äldre tycker att personalen i hälso- och sjukvården förklarar saker på ett sätt som är lätt att förstå.
- Yngre patienter upplever en lägre delaktighet i beslut som gäller deras vård eller behandling jämfört med patienter över 80 år.
- Patienter som besökt akutmottagningar är mer missnöjda med den information de fick med sig hem efter besöket jämfört med patienter från primärvården, den specialiserade slutenvården eller öppenvården.
- Kvinnor och personer 18–29 år avstår i större utsträckning från vård på grund av kostnaden jämfört med män respektive äldre personer. Till exempel har 7 procent av kvinnorna avstått från att hämta ut medicin, men bara 4 procent av männen.

Förtroendet för hälso- och sjukvården varierar

Vårdanalys har visat att högt förtroende samvarierar med en god tillgänglighet och förtroende kan därför ses som en viktig faktor för tillgängligheten [11]. I hälso- och sjukvårdsbarometern finns flera frågor om förtroende.[26] Resultatet visar att befolkningen har högre förtroende för sjukhusen i sitt landsting eller sin region än för vårdcentraler eller hälso- och sjukvården i sin helhet. Skillnaden mellan kvinnor och män är liten, 1–2 procentenheter (figur 16).

Figur 16. Förtroende vårdcentral, sjukhus och hälso- och sjukvården som helhet.

Andel positiva svar fördelat på kön, landsting med högsta respektive lägsta resultat.



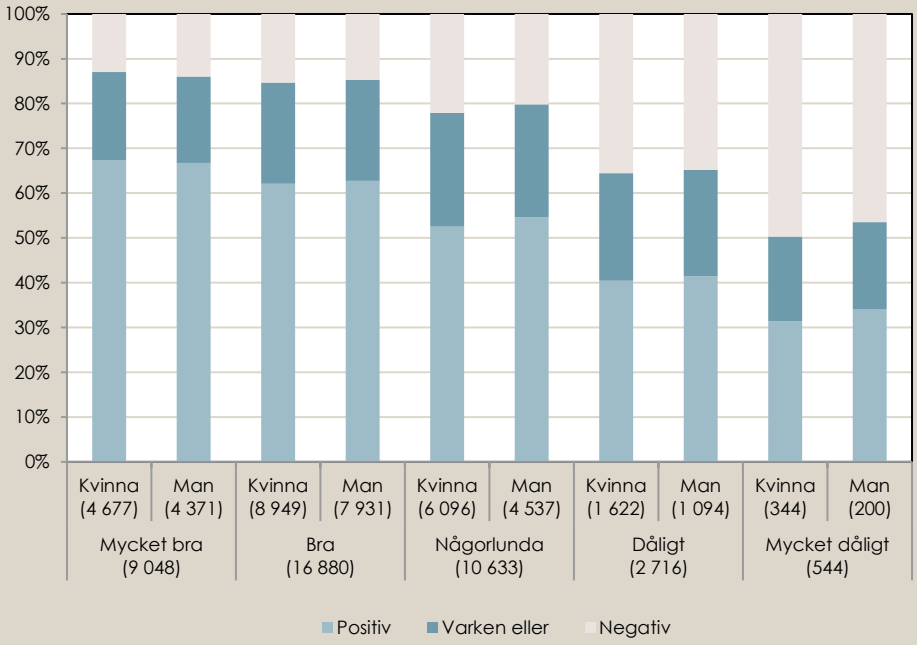
Källa: Hälso- och sjukvårdsbarometern 2016.

Det är endast 60 procent av befolkningen som har högt förtroende för vårdcentraler i sitt landsting eller region. Men det finns stora regionala variationer: befolkningen i Norrbotten har lägst förtroende med 57 procent och den i Halland har högst förtroende med 71 procent [9]. Personer med ett mycket bra eller bra självskattat allmäntillstånd svarar i högre utsträckning att de har ett högt förtroende för vårdcentraler jämfört med personer med ett dåligt eller

[26] Hur stort eller litet förtroende har du för vårdcentraler/hälsocentraler i ditt/din landsting/region? Hur stort eller litet förtroende har du för sjukhusen i ditt/din landsting/region? Hur stort eller litet förtroende har du för hälso- och sjukvården i sin helhet i ditt/din landsting/region?

mycket dåligt allmäntillstånd. Det är en viss skillnad mellan personer med olika utbildningsnivåer; andelen är 55–67 procent där de med gymnasieutbildning har lägst förtroende och de med grundskoleutbildning har högst förtroende. Kvinnor visar ett något mindre förtroende för vård- och hälsocentraler än män (figur 17).

Figur 17. Befolkningens förtroende för vård- och hälsocentraler i sitt landsting eller sin region.
Svar fördelat på kön och självskattat allmäntillstånd.



Källa: Hälso- och sjukvårdsbarometern 2016.

Det är fler personer av de som har varit patienter under de senaste sex månaderna som har ett högt förtroende för sin vård- och hälsocentral än personer som inte varit det, 63 procent respektive 56 procent. Det är ännu färre personer av de som har varit i kontakt som anhörig som har ett högt förtroende, 52 procent.

Patienterna har högt förtroende för vårdpersonalen

Patienter har stort förtroende för vårdpersonal inom slutenvården, 91 procent som svarat på NPE har ett högt förtroende. Det finns dock skillnader mellan könen: kvinnor svarar i lägre utsträckning att de har ett högt förtroende jämfört med män. Det är oberoende av vilket landsting eller region kvinnan tillhör samt ålder, utbildning och antal besök under de senaste sex månaderna. Detsamma går att se för olika åldersgrupper, där alla yngre än 80 år har lägre förtroende jämfört med dem som är 80 år och äldre (tabell 9, bilaga 3).

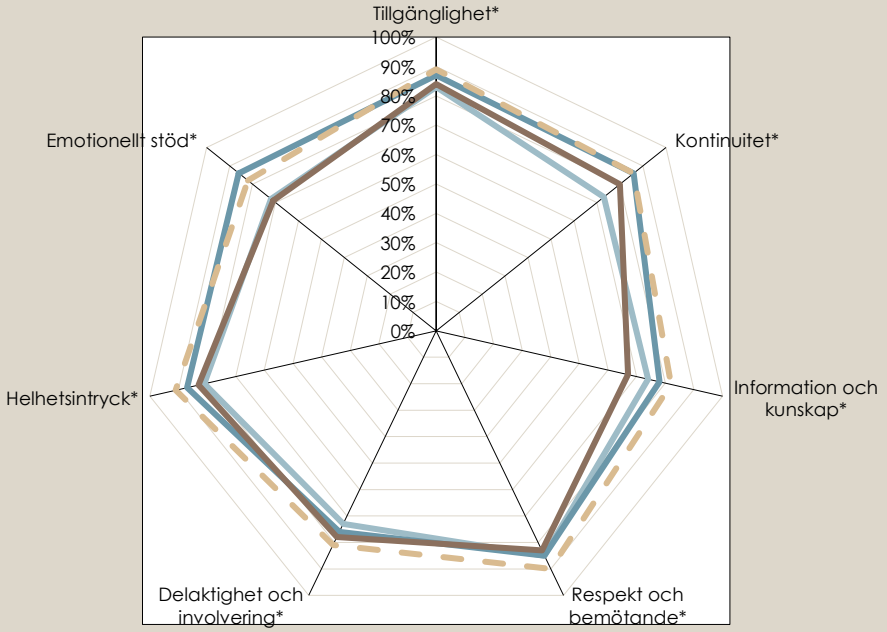
Patienternas helhetsintryck av vården är gott

Delfrågorna i NPE är indelade i sju olika dimensioner[27] och varje dimension består av flera olika delfrågor (bilaga 6). I den här rapporten presenteras data från primärvården 2015, den specialiserade öppenvården 2016, den specialiserade slutenvården 2016 och akutmottagningar 2016. Alla enkäter är inte exakt likadana utan har lite olika delfrågor, och dimensionerna är därför inte helt jämförbara mellan vårdområdena.

De dimensioner som får högst betyg av patienterna är tillgänglighet, respekt och bemötande samt helhetsintryck[28]. Patienterna har en god upplevelse av helhetsintrycket som får 81–91 procent positiva svar för de olika vårdområdena (figur 18). Generellt ger patienterna lägre betyg till dimensionerna information och kunskap, delaktighet och involvering samt emotionellt stöd. Patienterna inom primärvården och akutmottagningarna ger ett något sämre omdöme sett till dimensioneras värde generellt jämfört med den specialiserade vården.

Figur 18. Patienternas samlade intryck av hälso- och sjukvården.

Andel positiva svar per dimension.



* Frågorna inom respektive dimension skiljer sig mellan vårdområdena, se bilaga 6.

Primärvården — Slutenvården — Öppenvården — Akutmottagningar

Källa: Den nationella patientenkäten 2015 och 2016. Sveriges Kommuner och Landsting.

Inom varje dimension finns det en stor variation i delfrågornas resultat, vilket gör att vissa frågor får en större påverkan på dimensionen. Svarsfrekvensen

[27] Tillgänglighet, kontinuitet och koordinering, information och kunskap, respekt och bemötande, delaktighet och involvering, helhetsintryck och emotionellt stöd.

[28] En beskrivning av hur dimensionerna har beräknats finns i bilaga 1 under rubriken *Den nationella patientenkäten*.

skiljer sig också mellan delfrågorna; vissa delfrågor är till exempel inte aktuella för alla och alla har därför inte svarat på dem, vilket påverkar värdet på dimensionen. Delfrågorna i dimensionen tillgänglighet för akutmottagningar och den specialiserade slutenvården belyser inte tillgänglighet i form av väntetider utan enbart tillgängligheten som vården möter när det gäller patienters och anhörigas eller närståendes möjlighet att ställa frågor och få information.

Patienter tycker att deras vårdbehov blir tillgodosedda

Patienter upplever i varierande grad att deras vårdbehov har blivit tillgodosedda av hälso- och sjukvården (77–91 procent). Det framgår av samtliga fyra vårdområden som har analyserats utifrån data från NPE. Primärvården visar ett lägre resultat (77 procent) än övriga medan den specialiserade slutenvården visar högst resultat (91 procent). I alla vårdområden anser kvinnor i mindre utsträckning att de fått sina behov tillgodosedda jämfört med män. Likaså är patienter 29–59 år mindre nöjda än äldre patienter (tabell 10, bilaga 3).

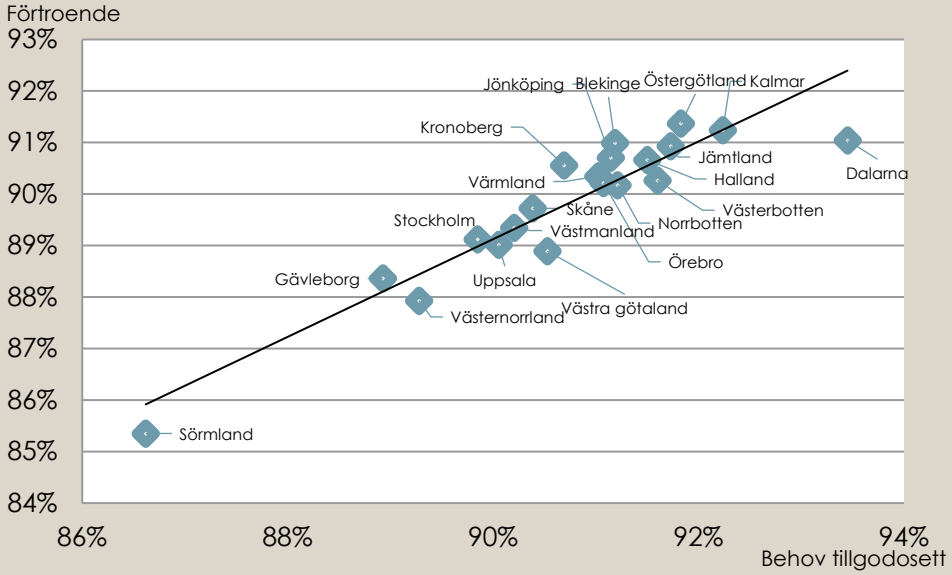
Resultatet visar också att det finns socioekonomiska skillnader i upplevelsen. Patienter utan avslutad utbildning upplever i lägre utsträckning att de fått sitt aktuella behov tillgodosett inom akutsjukvården än de med eftergymnasial utbildning. Patienter med grundskoleutbildning upplever i högre utsträckning att deras behov blivit tillgodosett jämfört med de som har eftergymnasial utbildning (i primärvården, öppenvården och slutenvården). Dessa skillnader är oberoende av vilket landsting patienten tillhör eller vilken akutmottagning som patienten besökt (tabell 10, bilaga 3).

Patienter som fått sitt vårdbehov tillgodosett har högre förtroende

Som Vårdanalys visat samvarierar förtroende och tillgänglighet [11]. Förtroende samvarierar också med patientens upplevelse av tillgodosedda behov (figur 19). Ju mer patienten upplever att behovet blivit tillgodosett, desto högre är förtroendet (korrelationskoefficient 0,93).

Figur 19. Samband mellan förtroende och tillgodosett vårdbehov

p-värde < 0,001. R-värde 0,93350



Källa: Den nationella patientenkäten specialiserad slutenvård 2016.

Patienter upplever sig bli bemötta med respekt

Patienterna ger personalen ett gott betyg när det gäller att bemöta dem med respekt och värdighet oavsett kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning eller ålder (90–96 procent). Variationen mellan landstingen och regionerna i alla vårdområden är liten, 3–7 procent.

Primärvården får lägst omdöme med 90 procent av patienterna som anger att de haft en positiv upplevelse, jämfört med 96 procent i den specialiserade öppenvården. Kvinnor känner sig i mindre utsträckning bemötta med respekt och värdighet jämfört med män, i alla vårdområden. Patienter 18–59 år uppvisar en mindre nöjdhet jämfört med patienter över 80 år. Även patienter som saknar avslutad utbildning upplever ett sämre bemötande jämfört med patienter med eftergymnasial utbildning. Analysen är justerad för ålder, kön, utbildning och landstingstillhörighet eller akutmottagningstillhörighet (tabell 11, bilaga 3).

Andra undersökningar har visat att hbtq-personer upplever att de får ett sämre bemötande än vad som åskådliggörs i resultatet från NPE. Bakgrundsvariabler som sexuell läggning eller könsöverskridande identitet ingår inte i NPE och det går därför inte att studera hbtq-personer utifrån resultatet [16].

Patienter tycker sig ha en god förmåga att förstå vårdpersonalen

Enligt NPE förstår patienterna generellt i hög utsträckning information från hälso- och sjukvårdspersonalen. Två till tre frågor per enkät handlar om

huruvida patienten förstod informationen från hälso- och sjukvårdspersonalen (bilaga 6). En av frågorna som återkommer i alla enkäter gäller ”om du ställde frågor till personalen och fick du svar som du förstod”. Svaren visar att 86–93 procent upplever sig förstå personalen på ett tillfredställande sätt. Flest andel patienter i öppenvården svarar att de förstod och lägst andel på akutmottagningarna. Lägst andelar som förstår personalen gäller åldersgruppen 18–29 år (72–84 procent) och patienter utan avslutad utbildning (77–87 procent).

Resultatet i IHP 2017 som riktar sig till befolkningen 65 år och äldre visar ett liknande resultat: 84 procent uppger att personalen förklarar saker på ett sätt som är lätt att förstå. Sverige ligger ändå med det resultatet sämst till i jämförelsen eftersom andelen i övriga länder var 86–95 procent [7].

En fördjupad analys har genomförts på frågan ” förklarade läkaren medicineringen/behandlingen på ett sätt som du förstod?” för alla fyra vårdområden som behandlas i denna rapport från NPE. Analysen visar att det finns både socioekonomiska skillnader och åldersskillnader när det gäller att förstå förklaringen av medicineringen eller behandlingen, även när hänsyn tagits till kön och landstingstillhörighet eller akutmottagningstillhörighet. Patienter som saknar en avslutad utbildning förstår i mindre utsträckningen läkarens förklaring jämfört med patienter som har en eftergymnasial utbildning. Patienter 60–79 år svarar i högre utsträckning att de förstår jämfört med patienter över 80 år.

Delaktighet och samordning

Sverige är sämre än jämförbara länder

Andelen patienter med fast läkarkontakt är lägst i Sverige jämfört med övriga länder i IHP 2017: 60 procent av befolkningen 65 år och äldre uppger att de har en fast läkare som de vanligtvis går till, och andelen har sjunkit från 67 procent år 2014 [7]. Även bland befolkningen över 18 år är andelen med fast läkarkontakt lägre (42 procent) än i jämförbara länder [8].

Endast 61 procent av patienterna 65 år och äldre upplever att ordinarie mottagning hade fått information om den vård de fått på sjukhus och 51 procent svarar att den ordinarie läkaren ger den hjälp de behöver med att koordinera vården eller planera sin vård från andra vårdgivare. Sverige är därmed det land med lägst resultat i båda dessa frågor. Resultatet för övriga länder var 62–93 procent i undersökningen [7].

En liknande fråga finns i NPE för både primärvården, slutenvården och öppenvården: ”Anser du att personalen på hälso-/vård- och hälsocentralen/mottagning/klinik samordnar dina kontakter med vården i den utsträckning du behöver?”. Resultatet i NPE visar att något fler patienter (74–85 procent) anser att deras vård samordnas i tillräcklig utsträckning jämfört med IHP.

Patienterna i primärvården är mindre nöjda (74 procent) än de i övriga vårdområden och det är stor skillnad mellan åldersgrupper. Patienter 18–29 år är den grupp som upplever sämst samordning, och skillnaden kvarstår när resultatet har justerats för kön, utbildning och landstingstillhörighet. Inom slutenvården har patienter med färre besök i hälso- och sjukvården en bättre

upplevelse av samordning än patienter som har mer kontakt med hälso- och sjukvården. Ju fler tidigare besök under de senaste sex månaderna, desto mindre nöjda är patienterna.

Hälso- och sjukvården är dålig på att göra yngre patienter delaktiga

Patienter 18–59 år upplever att de är mindre delaktiga i sin vård eller behandling jämfört med patienter över 80 år (i primärvården, i öppenvården och på akutmottagningar). Patienter 60–79 år är däremot mer nöjda med delaktigheten jämfört med de äldsta patienterna (i öppenvården, i slutenvården och på akutmottagningar). Skillnaderna kvarstår när man tar hänsyn till kön, utbildning och landstingstillhörighet eller akutmottagningstillhörighet.

Det finns även socioekonomiska skillnader: patienter med grundskola som högsta avslutade utbildning känner sig mer delaktiga i sin vård eller behandling än patienter med eftergymnasial utbildning.

I slutenvården, i primärvården och på akutmottagningar upplever kvinnor en något sämre delaktighet jämfört med män. Inom slutenvården är patienter med färre än fyra tidigare besök mer nöjda med delaktigheten jämfört med patienter som har fyra eller fler tidigare besök.

En liknande fråga finns i IHP 2017 och den visar att Sverige får lågt resultat jämfört med övriga länder: 72 procent av befolkningen 65 år och äldre i Sverige upplever en god delaktighet i beslut om sin vård eller behandling. Även IHP från 2016 som vänder sig till befolkningen 18 år och äldre visar att Sverige ligger sämre till än övriga länder, 69 procent jämfört med Tysklands 87 procent. Men Sveriges resultat har förbättras från 62 procent år 2010.

Vårdens tillgänglighet efter besöket

I IHP 2017 anger 83 procent av patienter som varit inlagda på sjukhus att de fick det stöd och den hjälp de behövde för att hantera sitt hälsotillstånd hemma. Men endast 55 procent fick också skriftlig information om vad de skulle göra när de kom hem och vilka symtom de skulle hålla uppsikt över. Fyra av fem patienter visste vem de skulle kontakta om de hade frågor som sin hälsa eller behandling. Sverige har ett lågt resultat i alla frågor jämfört med övriga länder i undersökningen [7].

En liknande fråga (*Fick du tillräckligt med information om vart du skulle vända dig om du behövde hjälp eller hade ytterligare frågor efter din vistelse?)* finns i NPE för slutenvården, öppenvården och akutmottagningar. Den visar att 78 respektive 80 procent i slutenvården respektive öppenvården är nöjda med den information de fått om vart de skulle vända sig för att få hjälp eller svar på frågor efter besöket. En mindre andel, 72 procent, av patienterna från akutmottagningarna är nöjda med stödet efter besöket.

En fördjupad analys visar att patienter med lägre utbildning än eftergymnasial är mer nöjda med den information de fått, med undantag för de utan avslutad utbildning. Det finns även skillnader mellan könen och åldersgrupperna: Kvinnor är mindre nöjda jämfört med män, och åldersgruppen 60–79 år är mer nöjda än de över 80 år. Skillnaderna kvarstår för alla resultat även

när de justeras för kön, ålder, utbildning och landstingstillhörighet eller akutmottagningstillhörighet.

Få avstår vård på grund av kostnaden

I Sverige är det endast en liten del av hälso- och sjukvården som betalas direkt av patienten själv. Det förekommer dock skillnader mellan landstingen och regionerna i hur stor egenavgiften är (bilaga 7).

Enligt IHP är det få personer i Sverige som avstår vård på grund av kostnaden. Endast 3 procent av befolkningen 65 år och äldre anger att kostnaden fått dem att avstå från medicin, läkarundersökning eller behandling under de senaste 12 månaderna [7].

IHP 2016 som vänder sig till befolkningen 18 år eller äldre visar att 8 procent har avstått från medicin, läkarundersökning eller behandling [8]. Sverige är därmed ett av de länder där minst andel avstått från vård på grund av ekonomiska förutsättningar. Andelen är 7–33 procent i de olika länderna. Men det finns en viss variation även inom Sverige: Kvinnor avstår till exempel i större utsträckning från både medicin, läkarbesök och behandling jämfört med män och yngre personer 18–24 år avstår i störst utsträckning medan andelen är minst bland personer 65 år och äldre (tabell 1). Samma skillnad syns i IHP från 2016 och 2017.

Det är en större andel personer som har avstått medicinering än läkarbesök eller annan behandling på grund av kostnaden. Det är också här de största socioekonomiska skillnaderna finns. Bland personer födda utanför Europa är det 16 procent som har avstått från att hämta ut medicin, och motsvarande andel bland personer födda i Sverige är 5 procent [8].

Det går inte att utifrån detta resultat avgöra om personer avstår vård på grund av avgiften för vården eller inkomstförlusten av att eventuellt behöva vara frånvarande från arbetet på grund av besöket.

Tabell 1. Andel män och kvinnor som avstått vård på grund av kostnaden

Under de senaste 12 månaderna, hände det då att du …	Kvinna %	Man %	18–24 år %	65 + %
… hade ett medicinskt problem men inte besökte en läkare på grund av kostnaden?	4	3	7	1
… avstod från att göra ett medicinskt test, behandling, eller uppföljning som rekommenderades av läkare på grund av kostnaden?	4	2	6	1
... avstod från att hämta ut receptbelagd medicin eller hoppade över doser av din medicin på grund av kostnaden?	7	4	7	2

Källa: International Health Policy 2016.

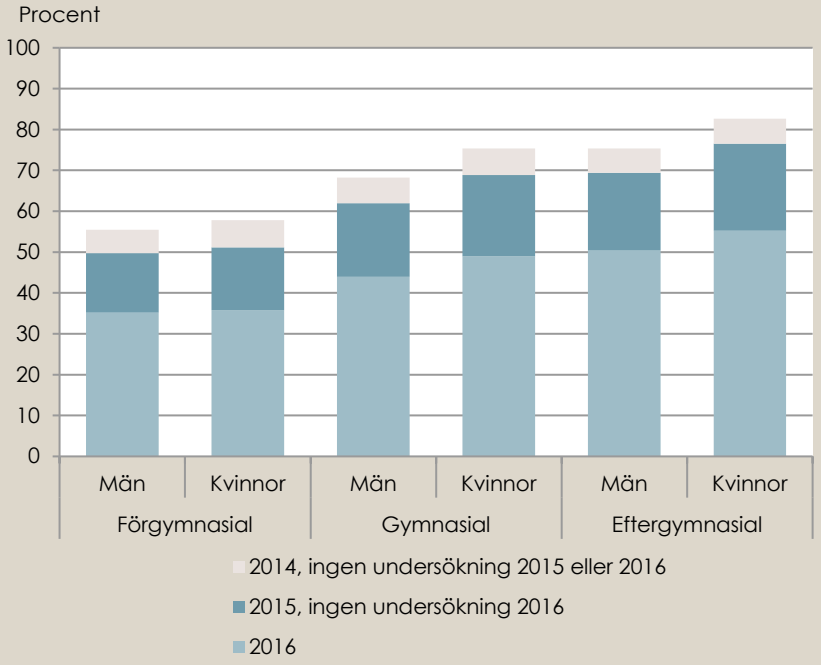
Tandvårdens tillgänglighet

Med tandvård avses åtgärder för att förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador i munhålan. Målet för tandvården är en god tandhälsa och en tandvård på lika villkor för hela befolkningen (2 § tandvårdslagen 1985:125). Alla barn och ungdomar ska kallas till regelbunden, fullständig och avgiftsfri tandvård. Vuxna får själva uppsöka tandvården vid behov och själva stå för en del av kostnaden. Det saknas ett nationellt register över väntetider till tandvården. För aktuell information om väntetider hänvisas till respektive landsting och region.

Av befolkningen har 69 procent genomgått en basundersökning[29] minst en gång under de senaste tre åren. Det finns en tydlig skillnad utifrån utbildningsnivå där de med förgymnasial utbildning i mindre utsträckning har genomgått en basundersökning. Dessutom har färre män genomfört en basundersökning (figur 20). I åldersgruppen 70–79 år har flest genomfört en basundersökning.

Figur 20. Andel av befolkningen, 35–74 år, som gjort minst en basundersökning 2014-2016.

Fördelat efter senaste besöksåret och utbildningsnivå, kön.
Åldersstandardiserade andelar.

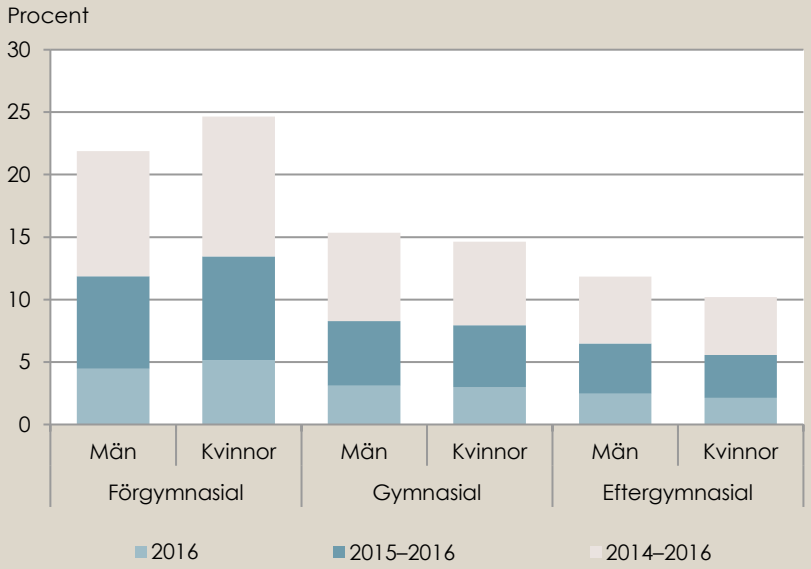


Källa: Tandhälsoregistret, Socialstyrelsen och utbildningsregistret, Statistiska centralbyrån.

[29] En basundersökning kan utföras av en tandläkare eller en tandhygienist. Undersökningen ska visa om patienten har hål i tänderna, tandköttsinflammation, tandlossning eller andra tecken på sjukdom eller problem i munnen. Röntgenbilder tas på tänderna och patienten får information om hur tänderna ska skötas på bästa sätt för att förebygga problem.

Åren 2014–2016 var det 7 procent som besökte tandvården för akuta besvär. Det finns dock stora regionala skillnader i andelen akuta besök, från 5 procent i Halland till 13 procent i Norrbotten. Jämfört med basundersökningar är resultatet det omvända om resultatet fördelas utifrån utbildningsnivå: Fler personer med förgymnasial utbildning besöker tandvården akut jämfört med personer med eftergymnasial utbildning (figur 21).

Figur 21. Andel av befolkningen, 35–74 år, som endast gjort akutbesök hos tandvården under det senaste året, de två senaste åren eller de tre senaste åren, efter utbildningsnivå.
Åldersstandardiserade andelar



Källa: Tandhälsoregistret, Socialstyrelsen och utbildningsregistret, Statistiska centralbyrån.

Det finns ett särskilt statligt tandvårdsbidrag (STB) om 600 kronor per halvår som kan användas för förebyggande tandvård för personer som har en sjukdom eller funktionsnedsättning som medför risk för försämrad tandhälsa och tillhör någon av målgruppen för bidraget. I propositionen bedömdes att målgruppen för det särskilda tandvårdsbidraget skulle var omkring 285 600 personer. Under 2016 var det drygt 47 000 personer som utnyttjade bidraget. Socialstyrelsen har bedömt att det är få som använder bidraget, men till skillnad från besök i tandvården där en tydlig socioekonomisk skillnad syns är det små eller inga skillnader mellan låg- och högutbildade i utnyttjandet av STB [17].

Fler kvinnor än män avstår tandvård

I Sverige betalar patienterna en del av sina tandvårdsbesök i form av egenavgifter och det råder fri prissättning för tandvård.[30] I IHP 2016 fick svarspersonerna ange om de under de senaste 12 månaderna har avstått från tandvård

[30] Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) beslutar varje år om en referensprislista för tandvårdsåtgärder som ingår i det statliga tandvårdsstödet. Prislistan anger normalpriset för olika behandlingar, t.ex. en basundersökning eller en rotfyllning, och ligger till grund för den tandvård som staten ersätter.

på grund av kostnaden. Av personer födda utanför Europa har 42 procent gjort det, att jämföra med 16 procent av de som är födda i Sverige. Det är också högre andel kvinnor (21 procent) än män (16 procent) som avstått från tandvård. Undersökningen från 2016 visar också att det finns en tydlig åldersskillnad där personer över 65 år i mindre utsträckning än övriga åldersgrupper avstår på grund av kostnaden, 9 procent jämfört med 15–30 procent för övriga [8]. Samma resultat visar den senaste rapporten från IHP 2017 som riktar sig mot befolkningen 65 år och äldre. Enligt den har 7 procent behövt avstå tandvård på grund av ekonomiska förutsättningar. Med det resultatet har Sverige bland den lägsta andelen personer som avstått tandvård i jämförelsen [7].

Skillnader i tillgänglighet

Sammanfattat

- Tillgängligheten inom hälso- och sjukvården är en utmaning i många länder, men inte i alla. Det finns jämförbara hälso- och sjukvårdssystem där tillgänglighet inte anses vara något problem. I Sverige är vissa aspekter av tillgänglighet ett generellt problem, med stora variationer inom och mellan landsting och regioner och specialiteter.
- Skillnader i väntetider, mellan olika landsting och regioner och mellan olika specialiteter förklaras främst av systemens komplexitet, organisering och landstingen och regionernas prioriteringar. Det krävs fortsatt förbättringsarbete och eventuellt även vissa systemförändringar för att minska väntetiderna.
- Långa väntetider har en rad olika negativa konsekvenser för såväl enskilda som för vården och samhället i stort.
- Det pågår flera olika nationella reformer för att förbättra tillgängligheten och än är det för tidigt att säga något om hur stor systempåverkan dessa kommer att få. Det är angeläget att staten agerar långsiktigt och uthålligt utifrån en helhetssyn, men också utifrån respektive landsting och regions förutsättningar. Landsting, regioner och kommuner behöver fokusera på stabila och hållbara system med utvecklingskraft.
- Alla berörda samhällsaktörer behöver tillsammans investera i det förebyggande arbetet så att framtida vårdbehov minskar och därmed inflödet till hälso- och sjukvården.

Väntetider är en del av det svenska sjukvårdssystemet

Redan under senare delen av 60-talet började Socialstyrelsen att rapportera långa väntetider till vården och 1981 publicerades en rapport om att långa väntetider var den vanligaste orsaken till klagomål. Väntetiderna började då uppmärksammas och debatteras även i media i samband med rapporter från den ekonomiska kris som vid denna tid omfattade hela den offentliga sektorn. Det första nationella initiativet för att minska köerna togs för 30 år sedan [18].

Långa väntetider är ett problem i många OECD-länder, men inte alla, vilket tyder på att det finns en systemisk aspekt. Enligt OECD är väntetider en mindre fråga i exempelvis Belgien, Frankrike, Tyskland, Schweiz och Japan [19]. Det är svårt att jämföra olika länders system och förstå vad det är som

gör att vissa länder inte har väntetider som uppfattas som problematiska. Länder utan väntetidsproblem har av vissa ansetts ha större utgifter (andel av bruttonationalprodukt) för hälso- och sjukvård, ha högre kapacitet, i högre grad ha prestationsbaserad sjukhusfinansiering samt ersätter läkare för utförda tjänster i stället för genom fasta löner. Dessa länder tycks inte skilja sig avseende vårdbehov (mätt som mortalitet och andel äldre i befolkningen) men samtidigt konstateras att frågan inte är tillräckligt studerad [20].

Andra menar att det inte finns något tydligt samband mellan utgifter och korta väntetider och pekar på Japan, Luxemburg och Tyskland som exempel [21].

Oavsett vilka systemfaktorer som förklarar varför vissa länder lyckas undvika problematisk längd på väntetiderna kan det konstateras att det svenska hälso- och sjukvårdssystemet under flera decennier, och trots omfattande reformer inriktade mot att minska väntetider och lagkrav på tidsgränser, fortsätter att ha ett utfall med relativt höga väntetider och med fortsatt stora variationer. Även om vissa förbättringar kan ses inom vissa områden och diagnoser finns en oroande utveckling. Allt fler patienter står på väntelistorna till specialistvård allt längre tid. Mellan 2012 och 2016 ökade antalet patienter som har väntat mer än 90 dagar på nybesök inom den specialiserade vården från drygt 27 000 till nära 68 000. Antalet som har väntat mer än 90 dagar på operation eller annan behandling ökade från knappt 17 000 till nära 35 000. Antalet som väntat väsentligt längre än vårdgarantins gränser, sex månader eller mer, ökar också, från 7 000 till nära 24 000 för nybesök och från 5 000 till drygt 14 000 för operation och andra behandlingar [10].

Utifrån ett systemteoretiskt perspektiv tyder mycket på att väntetidsnivån och kravuppfyllelsen inom vårdgarantin även fortsättningsvis kommer att ligga på nuvarande nivåer i stort om inte märkbara systemförändringar genomförs.

Kostnaderna ökar snabbare än de demografiska behoven

År 2016 ökade kostnaderna i hälso- och sjukvården snabbare än genomsnittet de senaste fem åren och det ökar snabbare än behoven kopplade till demografin. Kostnaderna för läkemedel ökar snabbast och därefter den specialiserade somatiska vården [22].

Landstingens ekonomiska resultat har varit svaga under de senaste tio åren och framöver utmanas landstingen av stora demografiskt betingade kostnadsökningar samtidigt som skatteunderlagets tillväxt inte förväntas öka i samma takt. Detta är en viktig ramförutsättning för att förstå pågående arbete med att minska väntetider.[31]

[31] Regeringens budgetproposition 2017/18:1

Komplexa system

21 olika hälso- och sjukvårdssystem

Hälso- och sjukvård beskrivs ofta som komplexa och adaptiva system [23-25]. Varje landsting och region kan ses som ett avgränsat hälso- och sjukvårdssystem. Dessa skiljer sig åt sinsemellan i en rad aspekter, exempelvis avseende:

- vårdens infrastruktur (till exempel antal vårdcentraler, akutmottagningar, lättakuter, antal och typ av sjukhus och apotek),
- resurser, åtgång, blandning och grad av utnyttjande (bl.a. personal/kompetens, it-system, telefon- och e-tjänster, bilddiagnostik, laboratorier, operationsrum, vårdplatser, energiförbrukning för lokaler),
- arbetssätt (t.ex. hantering av remissflöden och väntelistor, medicinsk behandlingspraxis, information till allmänhet och patient, samarbete mellan primärvård, sjukhus och kommunal sjukvård, produktionsplanering, kvalitetsarbete, uppföljningssystem),
- vårdbehov,
- vårdkonsumtion (t.ex. antal vårdkontakter per patient),
- andel privata utförare,
- kvalitet och patientsäkerhet,
- ekonomi, och
- politiska prioriteringar.

Typiska egenskaper för dessa system är att de kontinuerligt förändras, att utfallet – exempelvis i form av medicinska resultat, tillgänglighet eller patientsäkerhet – uppstår genom ett komplicerat samspel mellan människor (patient, professioner, politik, administration), ledarskap, teknik, regler, styrsystem med mera. Synsättet innebär att varje system är ett resultat av sin specifika historik, att sambanden mellan input, processer, output och outcome är ickelinjära, att systemet är motståndskraftigt mot förändringar samt att varje system utgör en del av andra system. Systemen består vidare av ett stort antal intressenter, intressekonflikter och målkonflikter som också bidrar till komplexiteten, och det råder ofta stora avstånd i tid och rum mellan beslut och effekterna av dessa beslut [26].

Varje system består av sinsemellan kommunicerande delsystem och många olika typer av passager där hinder kan uppstå. När vårdcentralen är stängd riskerar inflödet till akuten att öka, när antal vårdplatser minskar blir patienten kvar på akuten, när personal saknas stängs vårdplatser osv. Många vårdprocesser med tillhörande köer är sammanlänkade, se avsnittet nedan om *olika processer och typer av kösystem*.

Utfallet av komplexa system bör därför ses som något som i hög grad uppstår, emergerar, som en konsekvens av systemets funktion och dynamik snarare än något som främst kan planeras och styras fram. Detta vare sig det gäller önskade utfall i form av kortare väntetider eller oönskade utfall som exempelvis vårdrelaterade infektioner.

Det finns inte heller några starka samband mellan utfall och kostnader. I SKL:s resultatöversikt för 16 hälso- och sjukvårdsområden placerar sig exempelvis Halland, Jönköping och Kalmar kvalitetsmässigt högt när det gäller övergripande indikatorer för att spegla breda vårdkvalitetsaspekter (bl.a. sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet och patienter med vårdrelaterade infektioner). Dessa landsting har relativt sina strukturella förutsättningar låga kostnader. När det gäller väntetider hamnar Gotland, Östergötland och Halland högst i jämförelsen och inte heller här är sambandet mellan resultat och kostnader starkt [22, 27].

Normal variation mellan svenska regioner avseende vårdkonsumtion

Flera studier visar på stora regionala skillnader av vårdkonsumtionen. Dessa regionala variationer är ingen specifik svensk företeelse. I en studie har Socialstyrelsen jämfört regionala variationer av vårdkonsumtion för sju olika insatser med motsvarande variationer i 13 länder. För Sverige gällde att vårdkonsumtionen jämfört med övriga länder låg runt genomsnittet för flertalet av områdena [28].

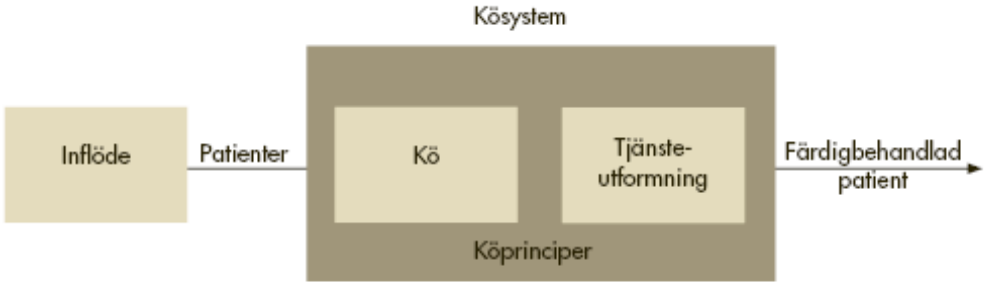
Olika processer och typer av kösystem

Det finns en stor mängd olika verksamheter inom hälso- och sjukvården för att hantera alla sjukdomstillstånd. Även om dessa verksamheter skiljer sig åt kan alla de processer som dessa verksamheter, enskilt och tillsammans, tillhandahåller ses som kösystem, där patienterna anländer, väntar på vård, tar emot vård och sedan lämnar systemet (figur 22). Hälso- och sjukvårdsprocesser varierar också i komplexitet och omfattning, men de består alla av en uppsättning såväl medicinska som icke-medicinska aktiviteter som patienten medverkar i för att kunna få den behandling som krävs.

För att ge ökad förståelse för utmaningarna med produktions- och kapacitetsplanering inom hälso- och sjukvård kan det därför finnas anledning att kort beskriva dessa olika typer av kösystem.

Ett kösystem består av enheter av något som köar för någon typ av aktivitet. Patienter som köar för att få vårdbehov tillgodosedda eller prover som väntar på att bli analyserade är två exempel (figur 22).

Figur 22. Schematisk bild över ett kösystem.



Figuren beskriver att det finns en population ur vilken ett antal patienter kommer att vänta i en kö innan de får den vård som det finns behov av. Vårdtjänsten består av en eller flera utförare och när den aktuella insatsen har avslutats lämnar patienten kösystemet.

För att förstå ett visst kösystem behöver man veta hur inflödet ser ut, bland annat:

- om storleken på den population som kan komma att ingå i kön och om det är en ändlig eller oändlig mängd.
- om enheter kommer var för sig (en patient) eller i grupper om flera samtidigt, t.ex. till en akutmottagning efter en större olycka,
- hur inflödet fördelas över tid och om detta är slumpmässigt, förutsägbart eller både och (akuten). Vad den sannolika tiden mellan att varje enhet inkommer uppskattas till [29].

Inom vården finns en stor variation på typer av inflöden, från sådana som i praktiken är helt regelbundna, till inflöden utifrån tidsbokning, inflöden av flera samtidigt samt tidsberoende inflöden (att fler eller färre kommer på morgonen, en viss dag eller månad).

En annan parameter för att förstå olika kösystem är kunskap om hur själva vårdtjänsten kan utföras:

- Vilka resurser som behövs i grunden (en operationssal, operationssjuksköterska, kirurg etc.).
- Hur lång tid tjänsten som regel tar att utföra.
- Hur många som utför tjänsten.
- Om tjänsten utförs av flera utförare i parallella köer eller av flera utförare utifrån en och samma kö.
- Om en utförare kan avbryta en tjänst för att ta in någon annan (t.ex. akut) för att sedan avsluta den tidigare påbörjade.
- Om tiden det tar att utföra tjänsten är beroende av när patienten kommer in.

Slutligen kan köer bete sig olika, dvs. påverka väntetider, beroende av:

- Vilken eller vilka principer som tillämpas för vem som är på tur i kön. Det går t.ex. att välja mellan först in/först ut, sist in/först ut eller störst behov/först ut ur kön.
- Vilken eller vilka reaktioner patienten kan väntas ha på kön: Patienten bestämmer sig för att inte gå in i den om den är för lång, patienten kan komma att lämna kön efter en viss väntetid eller patienten byter kö om de bedömer att det kommer korta väntetiden (t.ex. uppsöker en annan akutmottagning än man hänvisats till).

Det är också viktigt att förstå att när en kö väl har uppstått kan den vara svår att minska. En kö kan beskrivas som ett saldo eller lager som byggts upp under en viss tid. För att tydligt minska en kö och därmed minska väntetiderna kan resursförstärkningar behövas. Även små extrainsatser vid rätt tidpunkt kan avsevärt minska en viss kö. Men sambanden mellan väntetider, efterfrå-

gan och utbud av vård är komplicerade – längre väntetider kan minska efterfrågan på elektiv vård och ett större utbud av vårdproducenter kan leda till större efterfrågan [30].

Några exempel i vården

Akutmottagning

Akutmottagningar kännetecknas bland annat av ett relativt konstant inflöde av patienter i strid ström men med viss variation beroende på tid på dygnet, veckodag och månad. Patienterna prioriteras utifrån störst medicinskt behov.

Akutmottagningar är exempel på köer där patienten kan komma att bestämma sig för att lämna kön. Denna sannolikhet ökar vanligen med kölängden och patientens uppskattning av hur länge denne måste vänta. Sådant beteende kan få allvarliga konsekvenser för patienten som då inte får den vård hen kan ha behov av. Ett sätt att hantera denna köproblematik som prövas på många håll är att separera vissa kategorier av patienter i särskilda spår, exempelvis för äldre.

I städer med flera akutmottagningar är det också möjligt att patienternas uppfattning eller kunskap om en viss akutmottagnings kö leder till att de uppsöker en annan. Det har i viss forskning pekats på att ökad servicekapacitet (den traditionella metoden att försöka minska långa köer) har liten effekt på kölängden, eftersom så snart patienter inser att väntetider skulle minska, ökar ankomstfrekvensen, vilket ökar kön igen [31].

Akutmottagningar har vissa möjligheter att påverka inflödet av patienter och därmed köerna, t.ex. med hjälp av hänvisningar av 1177 eller genom att särskilt uppmärksamma och informera vissa grupper (t.ex. oroliga föräldrar med förkylda barn, vissa grupper av återkommande besökare) om vart de ska vända sig för vissa tillstånd.

Akutmottagningar tar vid behov in resurser från andra delar av sjukhuset vilket gör systemet nära sammanlänkat med andra kösystem eftersom det exempelvis kan påverka elektiva operationer.

Planerad operation

Planerade operationer har en delvis annan struktur för sina kösystem och det finns stora skillnader mellan olika diagnoser.

Kataraktoperation

Varje år genomförs över 100 000 kataraktoperationer av ett stort antal utförare inom alla landsting och regioner. Antalet kataraktoperationer varierar över tid av olika orsaker. Inflödet har på senare år varit relativt stabilt över åren men uppvisar sommarvariation. De minskade operationsvolymerna under sommaren resulterar i ökade väntetider under hösten.

Patienterna kan för denna diagnos påverka väntetiden genom att byta kö. Under 2016 utfördes 6,3 procent av alla operationer på patienter utanför det egna landstinget eller regionen. Andelen patienter som opereras utanför sitt hemlandsting, har från att tidigare gradvis minskat, ökat sedan 2015.

Det är intressant att konstatera att under de 25 år som kvalitetsregistret Nationella kataraktregistret har följt väntetider för denna diagnos har man kunnat se betydande skillnader i variabler som väntetider och operationsfrekvens mellan olika kliniker, även om skillnaderna i viss mån har utjämnats

under senare år. Den genomsnittliga väntetiden under 2016 var 1,7 månader. Variationen mellan klinikerna var från mindre än 1 månad till drygt 5 månader [32].

Standardiserade vårdförlopp i cancervården

Satsningen på de så kallade ” standardiserade vårdförlopp” i cancervården, som introducerades under 2015, och som syftar till att korta väntetiderna genom att skapa effektivare patientflöden med hjälp av nya arbetssätt är ett exempel som ställt krav på ledning och organisationskultur [33-35]. Varje led i patientens flöde från misstanke om cancer till behandling har en tidsatt målnivå på antal dagar. Den totala tiden för processen är långt under den som vårdgarantins maximala tidsgräns sätter.

Måluppfyllelsen för vårdgarantin, vad gäller specialistbesök för cancervården är 99 procent, vilket är högst bland alla verksamheter som studeras med hjälp av väntetidsdatabasen. Detta är inte konstigt med tanke på att dessa patientgrupper kräver snabbt omhändertagande för att inte riskera allvarliga konsekvenser. Det finns fortsatt stora variationer mellan cancerformerna, och det förändrade arbetssättet ser ut att leda till kortare väntetider hos vissa cancerformer, medan väntetiderna är oförändrade hos andra. Inom flera verksamheter verkar utmaningar med brister i vissa kompetenser (t.ex. operationssköterskor och specialister i lungmedicin och urologi) försvåra arbetet med att uppnå påtagliga effekter på väntetiderna. Även att få till ett hållbart arbetssätt efter att reformen avslutats 2018 en utmaning som behöver beaktas [35].

Typ av sjukhus

Väntetider kan också påverkas av vilken typ av sjukhus, eller sjukhusets storlek. En studie har visat att väntetiderna för olika typer av ortopedisk kirurgi genomgående var längre för dem som skulle opereras vid universitets- eller regionsjukhus än vid annat sjukhus. Någon fastställd förklaring kunde inte ges men en möjlig förklaring som angavs var att den förstnämnda sjukhustypen mer frekvent har att hantera akuta fall som då påverkar den elektiva vården [36].

Konsekvenser av bristande tillgänglighet

Långa väntetider har en rad olika negativa konsekvenser för såväl enskilda som för vården och samhället i stort.

Även brister med andra slags tillgänglighetsaspekter, som exempelvis patientens förtroende för vården, information och uppföljning kan leda till negativa konsekvenser inte bara för patienten men även för hälso- och sjukvården.

Konsekvenser för patienten

Kriterierna för god vård innebär att vården ska vara tillgänglig och ges i rimlig tid, ingen patient ska behöva vänta oskälig tid på den vård som patienten har behov av. Detta betyder att vård ska erbjudas utan att eventuella väntetider påverkar patienten negativt i fysisk, psykisk eller social mening [37]. Litteraturen belyser att längre väntetider kan orsaka försämrad livskvalitet hos patienten genom smärta, ökad psykisk oro, osäkerhet och stress i väntan på

besked och behandling i ett lägre när information från vården är viktig [38-43]. Väntetiden inför en åtgärd kan innebära att det dagliga livet förändras på grund av fysisk inaktivitet och mindre social samvaro. Andra följder kan vara ökade kostnader i form av ökad sjukskrivningstid eller återkommande sjukhusbesök på grund av försämring av medicinska problemet eller övriga komplikationer kan tillkomma. Det sistnämnda riskerar även försämra prognosen.

Medicinska konsekvenser av att vänta

Effekten av väntan varierar beroende på sjukdomstillstånd. För tillstånd som hjärtsjukdomar, sjukdomar i cirkulationssystemet och cancer, kan långa väntetider inte sällan leda till allvarliga plötsliga biverkningar, funktionsnedsättning eller dödsfall. För ortopedisk kirurgi kan långa väntetider ha en betydande inverkan på livskvaliteten och det mentala välbefinnandet [21]. För exempelvis patienter inom ortopedin kan ett ökat behov av läkemedelsanvändning, hjälpmedel och kontakt med sjukvården uppkomma [43].

I studier som utforskat betydelsen av väntetid vid olika cancerformer påvisas exempelvis ett samband mellan fördröjning av diagnos och försämrad livskvalitet, hälsotillstånd och överlevnad [44, 45].

Tillgång till diagnostik och rätt behandling kan vara livsavgörande. För vissa psykiatriska tillstånd såsom depression, ångestsyndrom och bipolär sjukdom kan en fördröjning till insättande av rätt behandling leda till att sjukdomen successivt förvärras. Patienten kan då drabbas av mer långvarig sjukdom eller återinsjukna och risken för självmord ökar [46]. Socialstyrelsen har gjort en patientenkätundersökning inom fyra psykiatriska specialistöppenmottagningar, som en del av föregående uppdrag [4], och i den upplevde 62 procent av 105 respondenter att deras hälsotillstånd försämrats på grund av att de behövt vänta på att få träffa en vårdgivare.

Andra konsekvenser

Hälso- och sjukvården

För hälso- och sjukvården leder väntetider bland annat till resurskrävande administration av köer och dubbelarbete i form av undersökningar som måste göras om på grund av att patientens hälsotillstånd har förändrats [3]. Patientens ökade vårdbehov fram till planerad behandling kan också kräva ytterligare resurser från vården. Vidare kan långa köer och låg tillgänglighet skapa stress hos vårdpersonal och leda till sämre arbetsmiljö.

Även brister i information och uppföljning från hälso- och sjukvården kan leda till att patienten eller närstående återkommer till vården. Detta är en så kallad onödig efterfrågan (eng. failure demand), som tar både onödig tid och onödiga resurser från vården utan att skapa värde [47].

Andra konsekvenser kan vara att patienten blir missnöjd eller får sämre förtroende för vården, och därför undviker hälso- och sjukvården eller söker sig till flera vårdenheter. Detta kan öka kostnaderna. Bristande förtroende för vården kan ha många orsaker, till exempel för långa väntetider, dålig tillgänglighet vad gäller kontaktvägar, ett upplevt dåligt bemötande eller behov som inte blir tillgodosedda. Negativa beskrivningar i massmedierna kan också leda till att befolkningen får sämre förtroende för vården [48].

Hälso- och sjukvårdsbarometern från 2016, visar att endast 60 procent av befolkningen har högt förtroende för vård- eller hälsocentraler. Personer med ett mycket bra eller bra självskattat allmäntillstånd svarar i högre utsträckning att de har ett högt förtroende jämfört med personer med ett dåligt eller mycket dåligt allmäntillstånd. Andelen med högt förtroende ökar när urvalet görs enbart på personer som varit patienter, 63 procent av de som besökt hälso- och sjukvården som patient har ett högt förtroende jämfört med 56 procent av dem som inte varit patient under de senaste sex månaderna.

Samtidigt visar denna rapport att 91 procent av patienterna har förtroende för vårdpersonal i slutenvården. Detta förtroende samvarierar med patienternas upplevelse om huruvida deras behov blivit tillgodosett. En tidigare rapport visar också att patienternas förtroende samvarierar med tillgängligheten sett till väntetiderna [11].

Mot ökad tillgänglighet

I detta avsnitt lyfts några utvecklingsområden som kan leda till ökad tillgänglighet. Det är angeläget att staten agerar långsiktigt och uthålligt utifrån en helhetssyn, men också utifrån respektive landsting och regions förutsättningar. Landsting och regioner behöver fokusera på stabila och hållbara system med utvecklingskraft. Slutligen behöver alla berörda samhällsaktörer tillsammans investera i det förebyggande arbetet så att framtida vårdbehov minskar och därmed inflödet till hälso- och sjukvården.

Aktuella systemförändringar

Det pågår många olika nationella reformer för att förbättra tillgängligheten och än är det för tidigt att säga något om hur stor systempåverkan dessa kommer att få. Några av dessa beskrivs i korthet i följande kapitel.

Bättre resursutnyttjande och kompetensförsörjning

Effektivare användning av tillgängliga resurser såsom bättre arbetssätt och mer ändamålsenlig personalförsörjning har rekommenderats för att korta ned väntetiderna inom specialistvården [49-51] och även för att förbättra effektiviteten inom hälso- och sjukvården [52]. I detta ingår även förbättring av it-stöd som ofta framhålls som ett hinder i hälso- och sjukvården, och att arbeta mer förebyggande mot ohälsa och hitta sätt för att utöka patientens inflytande över sin hälsa [53]. Socialstyrelsen följer regeringens satsning för bättre resursutnyttjande i hälso- och sjukvården, den så kallade professionsmiljarden, som bland annat inkluderar bättre it-stöd, minskad administration och förändrade arbetssätt och lösningar [54].[32]

God och nära vård

Regeringen har utsett en utredare att bidra i en omfattande strukturreform för att primärvården ska bli en tydligare bas i hälso- och sjukvården. I ett delbetänkande (SOU 2017:52) har utredaren bl. a. föreslagit att landstingen ska vara skyldiga att erbjuda att den enskilda inom tre dagar får tillgång till en

[32] Nästa rapport publiceras i maj 2018.

medicinsk bedömning. En skärpning av nuvarande vårdgaranti i primärvården som innebär att patienten efter bedömning få tid till läkare inom sju dagar. För att reformen på sikt ska bidra till minskade väntetider i specialistvården behöver en utbyggd primärvård leda till minskat behov av specialistvård, vilket inte behöver bli fallet [55].

Patientmiljarden

Regeringen och SKL har kommit överens om en överenskommelse om insatser för att förbättra tillgängligheten och samordningen i hälso- och sjukvården, den så kallade patientmiljarden [5]. Med patientmiljarden vill parterna stödja landstingen och regionerna att successivt införa en förstärkt vårdgaranti. Det kan vara genom nya arbetssätt, digitala kontaktvägar, kompetensförsörjning, andra öppettider, mer innovativa sätt att möta patienter och förbättring av väntetidsuppföljningen.

Syftet är också att stimulera landstingen och regionerna att införa patientkontrakt för patienter med komplexa och omfattande vårdbehov. Patientkontrakt är en sammanhållen vårdplan över patientens samtliga kontakter för att öka samordningen, samverkan och kontinuitet för patienten.

Stabila och hållbara system med utvecklingskraft

Landsting och regioner behöver fokusera på stabila och hållbara system med utvecklingskraft. För detta krävs kunskap om hur komplexa system beter sig och hur dynamiken i det egna systemet ser ut. En ökad förståelse i hela organisationen om hur systemet sitter ihop bör därför vara värdefullt. Det är också angeläget att få till hållbara rutiner för att så långt möjligt säkra att alla resurser finns på plats i rätt tid för att kunna ge patienterna en vård av god kvalitet. Att förstå hur produktions- och kapacitetsplanering kan utvecklas ytterligare i offentlig hälso- sjukvård är fortfarande ett viktigt utvecklingsområde.

För att arbete mot stabila och hållbara system är det också angeläget att staten agerar långsiktigt och uthålligt samt utifrån landstingen och regionernas respektive förutsättningar.

Förändringar av ledning och styrning

Svårigheterna med att leda och styra hälso- och sjukvården finns beskrivet i litteraturen [56]. Exempelvis nämns att många styrmodeller existerar parallellt trots att de utgår från fundamentalt olika synsätt och formella, byråkratiska system med det målrationella idealet för ledarskap och mekanistisk syn på implementering tycks dominera. Nyare organiska modeller för organisering som betonar decentralisering, tillit och systemsyn diskuteras och prövas. Utvecklingskraft och innovationsledning är två exempel som en del i att utveckla mer agila och innovativa organisationer.

I betänkandet Effektiv vård (SOU 2016:2) anges till exempel att när ledarskap och chefskap diskuteras i vården läggs mycket fokus vid chefsuppgifter av mer materiell och formell karaktär såsom planering, personalledning, schemaläggning. Utredningen erfar att de verksamheter som arbetat framgångsrikt med effektiviseringar har ett ledarskap som har som utmärkande drag att de är starka kulturbärare för den arbetskultur som råder och som i sin tur utgjort grogrund för effektivare verksamhet. De kulturbärande uppdraget i

ledarskapet tycks vara minst lika viktigt som de mer traditionella delarna i chefsuppdraget [52].

Enligt utredningen är det vidare uppenbart att samverkan och samarbete mellan huvudmännen och integrationen av tjänster när det gäller människor med sammansatt problematik behöver styras och stärkas utifrån ett system- eller komplexitetssynsätt.[33] Utredningen anser att statens roll i detta avseende måste vara att stödja huvudmännen i att anlägga ett systemperspektiv för att komplexa samhällsfrågor ska kunna lösas i det praktiska utförandet av tjänsterna. Följaktligen behöver ledarskapet anpassas till att förhålla sig till den komplexitet som råder inom den moderna hälso- och sjukvården. Systemsynsättet förutsätter ett botten-upp tänkande där involvering och delaktighet från dem som utför det dagliga, faktiska arbetet är centralt (till skillnad från traditionella modeller där en högre chef designar och bestämmer vad som skall göras) [52].

Vidare blir det viktigt att variation och skillnader inom grupper och avdelningar uppmärksammas, bland annat eftersom kreativitet och möjlighet för innovationer oftast sker i gränslandet mellan olika områden, tankebanor, mentala modeller. För ledare i komplexa adaptiva system handlar ledarskapet om relationsbyggande istället för den mekaniska, byråkratiska fokuseringen på att definiera roller. Anledningen är att det är i kopplingarna (relationerna) som såväl information som lärande kan utbytas och synergier skapas. Komplexiteten innebär också att lösa kopplingar behövs mellan olika resurser [57].

I ett omfattande kanadensiskt forskningsprojekt, *Leadership in Health System Redesign*, var ett av huvudresultaten att systemtänkande hos ledningen hade en bärande betydelse i förändringsarbetet mot mer integrerad vård [58]. Det de avsåg var medvetenheten om systemets olika komponenter och interaktionen mellan dessa – förmågan att skapa förändring genom att arbeta *med* systemet snarare än emot det.

Andra organisationer lyfter också fram systemtänkandet som centralt för utvecklingen av hälso- och sjukvården och andra offentliga verksamheter [57, 59, 60].

Produktions- och kapacitetsplanering

I den första uppföljningen av vårdgarantin konstaterades att arbete som inriktas på processer, flöden och en förbättrad produktionsplanering är ett framgångsrikt recept för att korta väntetider [3]. Kunskapen om processförbättringsarbete började då sprida sig i landstingen och regionerna med hjälp av SKL, och i uppföljningen av årdgarantin 2009-2011 beskrevs att denna typ av insatser antagit en mer långsiktig karaktär bland landstingen och regionerna [49]. Förbättringsprojekten var ofta inspirerade av ”lean healthcare” och syftade till att förbättra logistiken i vårdprocesserna och skapa effektivare rutiner och patientflöden. Effektivare patientflöden, så kallad flödeseffektivitet, har alltså lyfts som framgångsrik metod för att korta ned väntetider där patienten står i fokus och en värdeskapande väntetid uppstår [52, 61-64].

[33] Utredningen utgår från resonemanget i en tidigare utredning, SOU 2013:40, Att tänka nytt för att göra nytta.

De senare årens utveckling mot längre väntetider samt kvarstående variation mellan specialitetsområden, landsting och regioner vittnar om att förbättringsarbeten som startat med hjälp av vårdgarantin inte lett till en varaktig förbättring eller varit en tillräcklig åtgärd. Kompetensförsörjningsproblematik, och även efterföljande vårdplatsbrist är stora utmaningar.

Syftet med produktionsstyrning är att säkra att alla resurser finns på plats i rätt tid för att kunna ge patienterna en vård av god kvalitet. Med en fungerande produktions- och kapacitetsplanering anpassas tillgängliga resurser till förväntade variationer i behovet av vård. Detta bygger på en noggrann analys av vårdbehovet och kunskap om processerna, flödena, variationerna och kösystemen. Vidare behövs en fungerande planering av personal, lokaler och utrustning. Produktionsstyrningen bör kunna få positiva effekter på resursförbrukningen för en given produktionsnivå eftersom personal och andra resurser i högre utsträckning är på plats då de behövs som bäst, och eftersom koordinationsproblemen mellan enheter kan minska med god planering [65].

I betänkandet Effektiv vård (SOU 2016:2) anges att landstingen blivit mer medvetna om behovet av produktions- och kapacitetsplanering men att det som görs, med något undantag, ännu är småskaligt och fragmentariskt. Det ger inte underlag för en helhetsbild inom landstingen och för en samlad strategisk styrning eller styrning mer operationellt. Socialstyrelsen har påbörjat ett arbete med att få en fördjupad bild över läget och vilka svårigheter som landstingen och regionerna möter i detta arbete.

Etiska principer och prioriteringar

Prioriteringsbeslut fattas på alla nivåer inom hälso- och sjukvården och kan gälla fördelning av resurser till olika verksamheter, behandlingsbeslut av enskilda patienter eller investeringar i nya medicinska metoder.

I Socialstyrelsens lägesrapport för standardiserade vårdförlopp 2016 diskuterades och beskrevs vad *undanträngning* inom sjukvården är. Då definierades undanträngning enligt följande: Med undanträngning avses situationer när lägre prioriterade patienter ges vård före patienter som har högre prioritet [66].

Definitionen syftar till att tydliggöra att undanträngning ska kopplas till den etiska plattformen för prioritering inom hälso- och sjukvården samt att undanträngning uppstår när beslut står i strid med denna. Den etiska plattformen omfattar tre principer: människovärdesprincipen, behovs- och solidaritetsprincipen samt kostnadseffektivitetsprincipen.

Innehållet i den etiska plattformen är inkluderad i HSL och ska vara styrande för all resursfördelning inom hälso- och sjukvården.

Det är viktigt att i det fortsätta arbetet med att förbättra vårdens tillgänglighet att också inkludera den etiska plattformen.

Utvecklingskraft

Det pågår omfattande förändringsarbete i många landsting och regioner, bland annat i syfte att minska väntetider och öka patientcentreringen. För att förstå vilka förändringar som bör göras behövs en god förståelse av dynamiken i det system som ska förändras. Socialstyrelsen vill ge stöd och bidra till utvecklingen genom att synliggöra dynamiken i landstingen och regionerna och analysera möjliga systemförändringar specifika för respektive landsting.

Utgångspunkten för arbetet är att utvecklingskraft och innovationsförmåga ser olika ut i olika delar av landet och kan i högre eller lägre grad antingen främja eller hindra utvecklingen mot en mer tillgänglig och patientcentrerad vård som utgår ifrån medborgarnas vårdbehov. En inledande intervjustudie med fyra landsting visar t.ex. att samtliga tycktes ha brister i den tjänsteutveckling som samtliga huvudmän ser som nödvändig, vilket till viss del kan förklaras med kontrollorienterade styrsystem, ett outvecklat omvärldsanalysarbete och målbilder som inte utgår från befolkningens vårdbehov i tillräcklig utsträckning. Andra utmaningar tycks vara att utveckla ett mer systembaserat ledarskap och att hindra att fokus på kostnadskontroll och ekonomistyrning tar kraft från det framåtsyftande utvecklingsarbetet [26].

Investera i förebyggande arbete

En viktig del i hälso- och sjukvårdssystemet är det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet. Genom att investera i det förebyggande arbetet kan framtida vårdbehov minska och därmed också inflödet till hälso- och sjukvården.

Socialstyrelsen följer årligen upp landsting och regioners arbete med att stödja patienter med ohälsosamma levnadsvanor. Den senaste uppföljningen visar att primärvårdens stöd har ökat varje år sen uppföljningen påbörjades 2013, men för att möta behovet i samhället måste stödet fortsätta att byggas ut. Det finns stora regionala skillnader i vilket stöd som är tillgängligt [67].

Det förebyggande arbetet kräver åtgärder från flera olika samhällsaktörer. Patientföreträdare och företrädare för sjukhushuvudmän framhåller att det krävs ett ännu tydligare perspektivskifte på synen av hälso- och sjukvårdens uppdrag.[34]

[34] Se Socialstyrelsens kommande lägesrapport om vården vid kroniska sjukdomar.

Referenser

1. Levesque, JF, Harris, MF, Russell, G. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. International journal for equity in health. 2013; 12:18.
2. Mooney, G. Is it not time for health economists to rethink equity and access? Health economics, policy, and law. 2009; 4(Pt 2):209-21.
3. Uppföljning av den nationella vårdgarantin Stockholm: Socialstyrelsen; 2008.
4. Uppföljning av hälso- och sjukvårdens tillgänglighet: slutrapport mars 2016. Stockholm: Socialstyrelsen; 2016.
5. Patientmiljarden. Insatser för att förbättra tillgängligheten och samordningen i hälso- och sjukvården [Elektronisk resurs]. Regeringskansliet; 2017.
6. E-post från Agnes Lindvall om svarsfrekvens i IHP 2016 och 2017. Myndigheten för omsorgs- och vårdanalys; 2018-02-06.
7. Vården ur patienternas perspektiv – 65 år och äldre [Elektronisk resurs]. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2017.
8. Vården ur befolkningens perspektiv 2016 : en jämförelse mellan Sverige och tio andra länder : resultat från The Commonwealth Fund International Health Policy Survey. Stockholm: Myndigheten för vårdanalys; 2016.
9. Hälso- och sjukvårdsbarometern 2016 Befolkningens attityder till kunskaper om och erfarenheter av hälso- och sjukvården. Sveriges Kommuner och Landsting; 2017.
10. Löftesfri garanti? : en uppföljning av den nationella vårdgarantin. [Stockholm]: [Myndigheten för vård- och omsorgsanalys]; 2017.
11. En primär angelägenhet : kunskapsunderlag för en stärkt primärvård med patienten i centrum. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2017.
12. Föreskrifter - Uppgiftsskyldighet till Socialstyrelsens patientregister SOSFS 2013:35 (M) http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2013/2013-12-23. Beslutad: 2013-12-10. Gäller från och med: 2015-01-01. Stockholm; 2013.
13. Inrapportering till Socialstyrelsens patientregister: förtydligande till föreskrifter om uppgiftsskyldighet till patientregistret - SOSFS 2013:30 Version: 3 http://www.socialstyrelsen.se/register/halsodataregister/patientregistret/foruppgiftslamnarepatientregistret. Datum: 2016-11-22. Stockholm; 2016.
14. Väntetider och patientflöden på akutmottagningar : rapport december 2015. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
15. Väntetider och patientflöden på akutmottagningar : rapport februari 2017. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
16. In society I don't exist, so it's impossible to be who I am – Trans people’s health and experiences of healthcare in Sweden. RFSL; 2017.
17. Utvärdering av tandvårdsstöd som regleras genom tandvårdsförordningen och det särskilda tandvårdsbidraget : delrapport. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.

18. Väntetider och vårdgarantier -vad är det som är så svårt. Sveriges Kommuner och Landsting; 2016.
19. OECD. Health at a Glance 2017: OECD Publishing.
20. Siciliani, L, Hurst, J. Explaining Waiting Times Variations for Elective Surgery Across OECD Countries: OECD Publishing.
21. Reducing Wait Times for Health Care - What Canada can learn from theory and international experience. Fraser Institute; 2013.
22. Ekonomirapporten, oktober 2017 - om kommunernas och landstingens ekonomi. Sveriges Kommuner och Landsting; 2017.
23. Baker, A. Crossing The Quality Chasm: A New Health System For The 21st Century Institute of Medicine. British Medical Association; 2001. s. 63-6.
24. Lars, E, Keith, B. Complex adaptive systems for management of integrated care. Leadership in Health Services. 2012; (1).
25. Peters, DH. The application of systems thinking in health: why use systems thinking? Health Research Policy And Systems. 2014; 12:51-.
26. Tjänsteutveckling för en tillgänglig och patientcentrerad vård : om utvecklingskraft i landsting och regioner. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
27. Öppna jämförelser 2017 - En god vård? Övergripande uppföljning utifrån sex frågor om hälso- och sjukvårdens resultat. Socialstyrelsen; 2018.
28. Regionala variationer i vårdkonsumtion - En studie av skillnader mellan och inom länder [Elektronisk resurs]. Socialstyrelsen; 2017.
29. Beasley, JE. OR-notes Queuing Theory. Hämtad från: http://people.brunel.ac.uk/~mastjjb/jeb/or/queue.html
30. Riganti, A, Siciliani, L, Fiorio, CV. The effect of waiting times on demand and supply for elective surgery: Evidence from Italy. Health Economics. 2017; (S2):92.
31. M. Brahimi, a, D. J. Worthington, a. Queueing Models for Out-Patient Appointment Systems -- A Case Study. The Journal of the Operational Research Society. 1991; (9):733.
32. Svensk kataraktkirurgi Årsrapport 2016 baserad på data från Nationella Kataraktregistret. Nationella Kataraktregistret; 2016.
33. Standardiserade vårdförlopp i cancervården : lägesrapport 2015 Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
34. Standardiserade vårdförlopp i cancervården : en baslinjestudie Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
35. Standardiserade vårdförlopp i cancervården : lägesrapport 2017. [Stockholm]: Socialstyrelsen; 2017.
36. Waiting for orthopaedic surgery: factors associated with waiting times and patients' opinion. International Journal for Quality in Health Care. 2005; (2):133.
37. Nationella indikatorer för god vård : hälso- och sjukvårdsövergripande indikatorer : indikatorer i Socialstyrelsens nationella riktlinjer. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.
38. Hanning, M. Waiting time in theory and practice / Väntetider i teori och praktik. 2006. s. 274.
39. Kaplan, GS. Health care scheduling and access: A report from the IOM. JAMA: Journal of the American Medical Association. 2015; 314(14):1449-50.
40. Waiting time policies in the health sector. Paris France: OECD; 2013.

41. Hellbom M., TB. Perspektiv på onkologisk vård. Lund: Studentlitteratur; 2011.
42. Nilsson., F. Du måste vara frisk för att kunna vara sjuk : cancervården ur ett patientperspektiv Skåne: Region Skåne. Enheten för strategisk kvalitetsutveckling: www.skane.se/kvalitetsutveckling. ISBN 978-91-7261-283-9; 2014.
43. Väntetid till operation : enkät till tre patientgrupper inom ortopedi. ISBN 91-7188-756-3. Stockholm: Landstingsförbundet; 2003.
44. Seoane, J, Alvarez-Novoa, P, Gomez, I, Takkouche, B, Diz, P, Warnakulasiruya, S, et al. Early oral cancer diagnosis: The Aarhus statement perspective. A systematic review and meta-analysis. Head & neck. 2015.
45. Neal, RD, Tharmanathan, P, France, B, Din, NU, Cotton, S, Fallon-Ferguson, J, et al. Is increased time to diagnosis and treatment in symptomatic cancer associated with poorer outcomes? Systematic review. British journal of cancer. 2015; 112 Suppl 1:S92-107.
46. Öppna jämförelser : Hälso- och sjukvård vid kroniska sjukdomar. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
47. Onödig efterfrågan inom Försäkringskassan och Skatteverket : en förstudie. Stockholm: Inspektionen för Socialförsäkringen och Skatteverket; 2013.
48. Löfvendahl, S. I väntan på Närdå? - Allmänhetens, patienternas och professionens syn på väntetider inom ortopedi. Socialmedicinsk Tidskrift; 2006. s. 283.
49. Vårdgaranti och kömiljard – uppföljning 2009-2011 Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.
50. Vårdgaranti och kömiljard : uppföljning 2012. Stockholm.: Socialstyrelsen.; 2013.
51. Varierande väntan på vård : analys och uppföljning av den nationella vårdgarantin. Stockholm: Myndigheten för vårdanalys; 2015.
52. Stiernstedt, G. Effektiv vård SOU 2016:2. Stockholm: Statens offentliga utredningar; 2016.
53. Patientdelaktighet i hälso- och sjukvården [Elektronisk resurs]. SBU; 2017.
54. Bättre resursutnyttjande i hälso- och sjukvården : uppdrag att följa överenskommelsen om stöd till bättre resursutnyttjande i hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
55. Godager, G, Iversen, T, Ma, C-tA. Competition, gatekeeping, and health care access. Journal Of Health Economics. 2015; 39:159-70.
56. Trender som utmanar traditioner: En hälso- och sjukvård i metamorfos. Offentlig förvaltning : Scandinavian journal of public administration. 2012; (2):3.
57. Nilsson, F. Den komplexa vården - om komplexitet och komplexa processer inom hälso- och sjukvården: Utvecklingscentrum Region Skåne; 2007.
58. Marchildon, GP, Fletcher, AJ. Systems thinking and the leadership conundrum in health care. Evidence & Policy: A Journal of Research, Debate & Practice. 2016; 12(4):559-73.
59. Bergqvist Månsson, S, Modén, M. Säker vård : en kärnkompetens för vårdens samtliga professioner. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening; 2016.

60. Effektivare verksamheter genom ett ökat kundfokus. Ekonomistyrningsverket; 2014.
61. Modig, Niklas., Ählström, Per. Detta är lean : lösningen på effektivitetsparadoxen: Rheologica Publishing; 2015.
62. Mazzocato, P, Thor, J, Backman, U, Brommels, M, Carlsson, J, Jonsson, F, et al. Complexity complicates lean: lessons from seven emergency services. J Health Organ Manag. 2014; 28(2):266-88.
63. Triage och flödesprocesser på akutmottagningen - en systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering; 2010.
64. Simons, P, Backes, H, Bergs, J, Emans, D, Johannesma, M, Jacobs, M, et al. The effects of a lean transition on process times, patients and employees. International Journal Of Health Care Quality Assurance. 2017; 30(2):103-18.
65. Att mäta och planera för en välfungerande sjukvård. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting och Rådet för främjande av kommunala analyser; 2014.
66. Standardiserade vårdförlopp i cancervården : lägesrapport 2016. Stockholm: Socialstyrelsen; 2016.
67. Primärvårdens arbete med prevention och behandling av ohälsosamma levnadsvanor 2016. [Stockholm]: Socialstyrelsen; 2017.
68. Patientavgifter fr.o.m. den 1 januari 2017. Sveriges Kommuner och Landsting; 2017.

Bilaga 1. Datakällor och metodbeskrivning

Projektorganisation

- Jenny Asplund, projektledare, utredare, Socialstyrelsen
- Sevim Barbasso Helmers, utredare, Socialstyrelsen
- Mats Granberg, konsultexpert, Örebro
- Julius Collin, statistiker, Socialstyrelsen
- Sofia Collin, statistiker, Socialstyrelsen
- Hans Schwarz, statistiker, Socialstyrelsen
- Clara Larsson, statistiker, Socialstyrelsen

International Health Policy-undersökning

Myndigheten för Vård- och omsorgsanalys publicerar årligen Commonwealth Funds internationella undersökningen International Health Policy Survey. Socialstyrelsen har i den här rapporten tagit del av Sveriges resultat för 2016 för vissa utvalda frågor med svar fördelat på kön, ålder, utbildningsnivå och födelseland [8]. Målgruppen för rapporten 2016 var befolkningen över 18 år och svarsfrekvensen och antal inkluderad i undersökningen var:

- 49 759 telefonnummer kontaktades.
- 23 008 personer besvarade samtalet.
- 7 124 intervjuer genomfördes.
- 14 procent av telefonnumren har gett en intervju.
- 31 procent av de som svarar har deltagit i enkäten [6].

Data från den senaste publicerade rapporten har också använts i rapporten. Målgruppen för den rapporten var befolkningen 65 år och äldre. Resultat därifrån har hämtats från den publicerade rapporten [7]. Svarsfrekvensen och antal inkluderade i undersökningen var:

- 23 976 telefonnummer kontaktades.
- 17 202 personer besvarade samtalet. 6 774 personer svarade aldrig på samtalet. Det gjordes 10 uppringningar innan telefonnumret klassades som inget svar.
- 7 000 intervjuer genomfördes.
- 29 procent av de som svarat har deltagit i enkäten [6].

Väntetidsdatabasen

Socialstyrelsen fick i november 2017 utdrag från väntetidsdatabasen från Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) med följande variabler:

- antal väntedagar (primärvård)

- antal besvarade samtal och totala antalet samtal (primärvården)
- antal genomförda besök inom 90 dagar, totala antalet genomförda besök, antal väntande på besök med max väntetid 90 dagar, totala antalet väntande på besök (specialiserad vård)
- vårdutbud (specialiserad vård)
- typ av operation (specialiserad vård)
- landsting
- mätperiod
- kön.

Analyserna utgår från data från januari–september 2017. Resultaten inkluderar patienter som av hälso- och sjukvården har markerats som patientvald väntan (PVV). Det innebär att patienter valt att vänta längre än tidsgränsen för att till exempel få träffa en särskild läkare eller inte vill få behandling på annan ort. Dessa patienter ingår för att resultaten i denna rapport ska hänga samman med det resultat som Vårdanalys presenterade i sin rapport [10]. Väntetiderna inkluderar inte medicinskt omotiverade patienter (MOV). I resultatredovisningen ingår både måttet genomförda nybesök (antalet patienter som fått vård inom 90 dagar/antalet vårdade patienter) och väntande (antalet patienter i kön som har väntat högst 90 dagar/antalet patienter i kön).

Data har lästs in, bearbetats och sammanställts i SAS där också otillförlitlig data har rensats ut. Vissa landsting eller regioner har inte rapporterat alla månader eller redovisar otillförlitlig data och ingår därför inte i totalen. Mer specifik information finns i varje enskild figur.

Hälso- och sjukvårdsbarometern

I den här rapporten används data från hälso- och sjukvårdsbarometern 2016 som SKL ansvarar för. Socialstyrelsen gör inga jämförelser mellan 2016 och resultat från tidigare mätningar (då kallad Vårdbarometern) eftersom undersökningen från och med 2016 har ett nytt upplägg med bland annat ett nytt urval och genomförande. Resultatet redovisas utan svarsalternativet ”vet ej” och det ingår därmed inte i totalen för andelsberäkningarna. Svarsalternativen har kategoriserats i positiva svar, varken eller och negativa svar. Positiva svar har beräknats som svarsalternativ 4 och 5, varken eller som 3 och negativa svar som alternativ 1 och 2. Rikets och landstingens värden har viktats i syfte att få en god mängd svar per landsting och region. Anledningen är att urvalsmängden inte har baserats på landstingens eller regionernas storlek. I rapporten används samma viktning som SKL använder i sin redovisning av resultatet.

1177 Vårdguiden och Katalogtjänst HSA/EK

För att kunna följa den fysiska tillgängligheten, sett till digitala lösningar, öppettider och tidsavstånd från bostad till närmaste vårdinstans, har Socialsty-

relsen skapat en specifik databas om aktuella offentligt finansierade primärvårdsenheter[35] och akutmottagningar[36] i hela landet under oktober–november 2017 (övrig specialiserad öppenvården ingår inte). Denna databas har kvalitetsgranskats av alla landsting och regioner (läs nedan), och har använts som underlag för

- mätningen av öppettider för respektive vårdmottagning
- mätningen av tidsavståndet till närmaste primärvårdinstans eller akutsjukvårdinstans fördelat på de öppettider som dessa vårdinstanser erbjuder på dygnet
- en sammanställning av de e-tjänster som erbjuds av vårdinstanserna via 1177 Vårdguiden.

För tidsavstånd till landets apotek har Apoteksinfo levererat en kvalitetsgranskad databas över landets alla aktuella apotek.[37]

Socialstyrelsen ville ha en komplett lista på alla landsting- och regioners aktuella offentligt finansierade vårdmottagningar inom primärvården och akutvården. Därför gjorde vi den 26 september 2017 en förfrågan hos 1177 Vårdguiden om ett utdrag från Katalogtjänst HSA och EK[38]. Flera variabler[39] om nedanstående vårdmottagningar selekterades baserat på enhetstyp eller verksamhetskod[40] med hjälp av 1177 Vårdguiden, och resultatet levererades till Socialstyrelsen den 4 oktober 2017 i en Excel-fil om fyra arbetsblad: 1) hälso- och vårdcentraler, 2) jourcentraler och jourmottagningar samt lätt- och närakuter, 3) akutmottagningar, och 4) distriktssjuksköterskemottagningar.

Hämtade data innehöll en blandning av olika typer av verksamheter. Data kunde dock inte garanteras vara komplett med alla faktiska landstingsfinansierade vårdmottagningar som finns i nuläget i respektive landsting och region.

---

[35] Primärvård bedrivs i huvudsak vid vårdcentraler, och med vårdcentral menas också det som i en del landsting kallas för t.ex. hälsocentral, hälsovårdscentral, husläkarmottagning, distriktsläkarmottagning, familjeläkarmottagning eller liknande. I denna rapport har jourmottagningar, jourcentral, lättakuter eller närakuter grupperats inom den nära primärvården som ska vara tillgänglig kvällstid och helgtid.

[36] Akutmottagningar med två eller fler somatiska specialiteter som är samlokaliserade, som till stor del motsvarar det tidigare begreppet sjukhusbunden akutmottagning (se faktaruta i bilaga 1). I de fall det medicinska behovet kräver akutsjukvård kan den, om vården inte kan tillgodoses inom ramen för den nära primärvården, tillgodoses av en samlokaliserad akutmottagning eller akutmottagning som ges för en specifik patientgrupp (t.ex. barnakutmottagning) eller sjukdomsområde (t.ex. gynekologisk akutmottagning). Med akut sjukdom eller skada avses plötsligt inträdande, hastigt förlöpande sjukdom eller plötsligt åsamkad skada. Akut omhändertagande avser patienter som kräver omedelbar behandling i öppenvård eller inskrivning i sluten vård. Akut sjukvård omfattar i enlighet härmed åtgärder som inte bör vänta mer än timmar eller högst upp till ett dygn.

[37] Apoteksdatabasen exporterades ur Apoteksinfo.nu:s system 2017-10-25. Apotek som tillkommit efter detta datum finns inte med i sammanställningen. Genomgången av öppettider gjordes under vecka 42 2017. Endast öppenvårdsapotek som riktar sig mot allmänheten finns med i sammanställningen, så sjukhusapotek ingår inte. E-apotek som exempelvis Apotea finns inte med i sammanställningen.

[38] Katalogtjänst HSA är en katalog som alla landsting och regioner ska rapportera in vissa förspecificerade data till om sina vårdmottagningar. För Stockholm och Gotland har data hämtats från EK-katalogen. Katalogtjänsten HSA förvaltas av Inera (www.inera.se) som ägs av SKL, företag, landsting, regioner och kommuner. Socialstyrelsen har via Inera fått kontaktuppgifter till respektive landsting och regions kontaktperson.

[39] HSA-id, enhetsnamn, besöksadress (gatuadress: namn och nummer), postadress (stad/ort), kommun, länsnamn, länskod, geografiska koordinater, öppettider, kontaktsätt (telefon, drop-in) och kontaktuppgifter, samt information om e-tjänster som hämtades från E-tjänstkatalogen som 1177 Vårdguiden förvaltar, men som sköts av landstingen och regionerna.

[40] Enhetstyp: Hälso-/vårdcentraler (landstingsfinansierade); Verksamhetskoder (landstingsfinansierade); Jourcentraler/jourmottagningar (kod 1500 = primärvårdsjour); Lättakuter/närakuter (kod 1500 = akutverksamhet), akutmottagningar (kod 1100 = akutsjukhus allmän), distriktssköterskemottagningar (kod 1506 = distriktssköterskeverksamhet).

Dessutom kunde det finnas felaktigheter i de data som registreras (t.ex. privata verksamheter som inte är landstingsfinansierade) eller information som inte var uppdaterad.

Den 11 oktober 2017 skickade Socialstyrelsen en förfrågan till varje landstings och regions HSA-ansvariga kontaktperson om att kvalitetsgranska[41] sina respektive data. Målet med kvalitetsgranskningen var att Socialstyrelsen skulle kunna identifiera aktuella offentligt finansierade primärvårdsenheter[35] och akutmottagningar[36] i hela landet. Därför bad vi landstingen och regionerna om följande:

- Enhetstyp ”hälso- och vårdcentraler” upptar många olika verksamheter. För exkludering i finalskedet bekräfta de verksamheter som inte är renodlade hälso- eller vårdcentraler (t.ex. rehabmottagningar, barnavårdscentraler, barnmorskemottagningar, mödravårdcentraler och distriktssköterskemottagningar som inte är kopplade till en hälso- eller vårdcentral).
- Verksamhetskoden 1500 tar upp jourcentraler och jourmottagningar (”primärvårdsjour”), och lättakuter och närakuter (”akutverksamhet”). För inkludering i finalskedet bekräfta de verksamheter som är renodlade jourverksamheter (dvs. har endast öppet kvälls-, natt- och helgtider).
- Verksamhetskoden 1100 ”akutsjukhus allmän” tar upp flera verksamheter; bekräfta de verksamheter som är akutmottagningar med flera specialiteter som är samlokaliserade och som till stor del motsvarar sjukhusbundna akutmottagningar, samt bekräfta de verksamheter som är akutmottagningar med enbart en specialitet, verksamheter som förefaller vara vårdavdelningar och verksamheter som förefaller vara sjukhus och kliniker.
- Om verksamheter som är hälso- eller vårdcentraler, jourmottagningar, jourcentraler, lättakuter och närakuter samt akutmottagningar med flera specialiteter som är samlokaliserade och som till stor del motsvarar sjukhusbundna akutmottagningar saknas vänligen komplettera information.
- Vid fel eller saknad information i övrigt (framförallt HSA-id, enhetsnamn, öppettider och geografiska koordinater) korrigera eller komplettera informationen.

I samband med kvalitetsgranskningen efterfrågades även information om hälso- och vårdcentralerna vad gäller:

- erbjudanden om digitala/videobesök
- ägandeform (offentlig eller privat) av vårdenheten (information om ägandeform finns normalt att hämta från Katalogtjänsten HSA, men vid uthämtning av data saknades denna information).

Patientregistret

Besök och väntetider vid akutmottagningar

Mätningen av akutbesök och väntetider vid akutmottagningar baseras på ett nationellt insamlat material av individbaserade data till patientregistret. Den

[41] Förfrågan om kvalitetsgranskning gjordes till de HSA-ansvariga för varje landsting och region, som i sin tur såg till att rätt personer bidrog till kvalitetsgranskningen. Socialstyrelsen har via Inera fått kontaktuppgifter till respektive landstings och regions HSA-ansvariga kontaktperson.

begränsas till enbart akutverksamhetsvariabel 1, som innebär ”akutmottagningar med två eller fler somatiska specialiteter som är samlokaliserade” (motsvarar till stor del sjukhusbundna akutmottagningar). Se akutverksamhetsvariabler som rapporteras in av landsting och regioner till patientregistret i faktarutan om akutverksamhetens variabler (bilaga 1).[42]

I uppföljningsmodellen för akutmottagningar ingår två väntetidsindikatorer, *total vistelsetid* (TVT) och *tid till första läkarbedömning*, fortsättningsvis benämnt ”tid till läkare” (TTL), se definitioner och uppföljningsmodell i referens [15]. Utdraget från patientregistret gjordes den 8 december 2017. Eftersom endast 6 akutmottagningar hade rapporterat in data för månaden juni 2017, valdes uppföljningsperioden juni 2016–maj 2017. För väntetidsindikatorn TVT ingår 57 akutmottagningar och för TTL ingår 52 akutmottagningar som fyller kvalitetskraven (läs under kvalitetskrav nedan).

Storleksgrupperingen av akutmottagningarna baseras på inrapporterade besöksantal för perioden juni 2016–maj 2017. För månader där det saknats inrapporterad data för vissa akutmottagningar (tabell 12 och 14) har akutbesöksdata för motsvarande månad från föregående år använts.

Väntetiderna för varje akutmottagning presenteras som median samt kvartiler eller percentilvärden (10:e, 25:e, 50:e, 75:e och 90:e percentilen). Se förklaring av kvartiler och percentiler i faktarutan nedan. I figurerna redovisas dessa för ålderskategorierna 19–79 år och 80+ år, medan rikets värden även inkluderar totalen (19+ år). I resultattabellerna i bilaga 4, redovisas medianen för juli 2015–juni 2016 samt för senaste perioden juni 2016–maj 2017. Redovisningen av rikets medianväntetid samt kvartiler och percentilvärden baseras på det totala antalet individer som inkluderats i mätningen.

I figurerna som redovisas per akutmottagning anges inga väntetidsdata för åldersgruppen yngre än 19 år. Anledningen är att landstingen och regionerna har olika organisatoriska lösningar för att rapportera data för barn (0–18 år tillhör akutverksamhetsområde 2, se faktaruta nedan). Rapporteringen till patientregistret för gruppen 0–18 år täcks alltså inte helt av alla akutmottagningar och det krävs ytterligare kvalitetssäkringsarbete innan den kan redovisas på regelbunden basis.

Demografi och volymer

Antal akutbesök i specialiserad öppenvård

Tabell 2 visar en översikt över demografiska data om de inrapporterade akutbesöken i den specialiserade öppenvården för alla åldrar. Akutbesöken gäller perioden för denna rapports väntetidsmätning, dvs. för perioden juni 2016–maj 2017.

[42] Förordning (2001:707) om patientregister hos Socialstyrelsen (http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/forordning-2001707-om-patientregister-hos_sfs-2001-707).

Tabell 2. Antal akutbesök hos läkare i specialiserad öppenvård

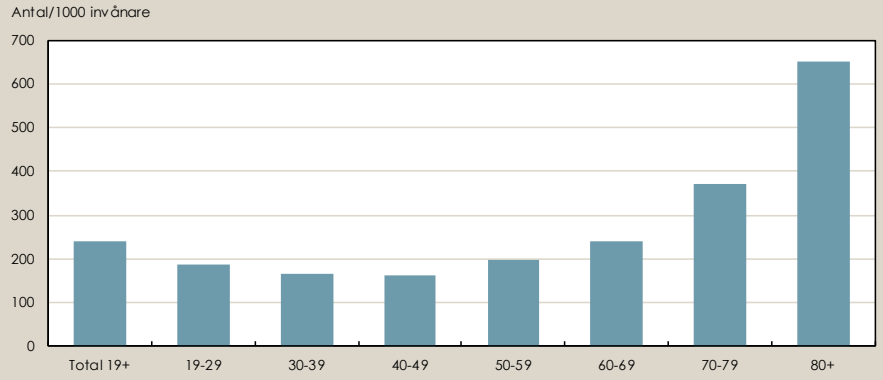
	Antal	Män	Kvinnor
Riket	12 500 236	45 %	55 %
varav akuta besök oavsett var de handlagts	3 057 703	48 %	52 %
varav akutmottagningsbesök på akutmottagning med två eller flera specialiteter (se faktaruta bilaga 1)	2 157 345	50 %	50 %

Antal akutbesök per åldersgrupp

I figur 23 framträder, precis som vid tidigare mätningar, en tydlig bild av att antalet besök per 1 000 invånare är fler i de äldre åldersgrupperna. Detta gäller akutbesök till samlokaliserade akutmottagningar. Åldrarna 0–18 år är exkluderade på grund av att landstingen har skilda organisatoriska lösningar för akutverksamheten för barn.

Figur 23. Antal besök per 1000 invånare

Antal besök vid samlokaliserade akutmottagningar per 1000 invånare för 12-månadersperioden juni 2016–maj 2017. Befolkningsstatistiken är ett genomsnitt från år 2016.



Källa: Socialstyrelsen

Historik akutmottagningar

Den sammanhållna inrapporteringen till patientregistret har ökat, vilket minskar möjligheten att följa upp alla enskilda akutmottagningar. Det är också fler akutmottagningar som inte rapporterar som ”akutmottagning med två eller fler specialiteter”. Vid inrapporteringen till patientregistret av uppgifter för tolvmånadersperioden juni 2016–maj 2017 är det totalt 62 akutmottagningar som följs upp detta år:

- Karlshamn har stängt ned, så endast Karlskrona rapporteras som Blekingesjukhuset.
- Uddevalla har stängt ned, så endast Trollhättan rapporteras som NU-sjukvården.
- Lidköping och Skövde rapporteras som Skaraborgs sjukhus.
- Varberg och Halmstad rapporteras som Hallands sjukhus.

- Mölndal, Sahlgrenska och Östra sjukhuset rapporteras som Sahlgrenska universitetssjukhuset.
- Köping rapporterar in som ”akutmottagning med två eller fler somatiska specialiteter som är samlokaliserade” (= akutverksamhetsvariabel 1) och ingår därför i denna mätning.
- Avesta, Bollnäs, Hässleholm och Trelleborg rapporterar inte som ”akutmottagningar med två eller fler somatiska specialiteter som är samlokaliserade” (= akutverksamhetsvariabel 1). Avesta och Bollnäs rapporterar istället in som akutverksamhetsvariabel 2, medan Hässleholm och Trelleborg rapporterar in som akutverksamhetsvariabel 4.

Kvalitetskrav akutmottagningar

Några övergripande kvalitetskrav har ställts för att ingå i denna rapports väntetidsmätning under tolvmånadersperioden juni 2016–maj 2017. Kraven gäller dels täckningsgrad (≥75 procents inrapportering, dvs. för minst 9 av 12 månader), dels kvalitet på mätpunkter för väntetidsindikatorerna (≥75 procents täckning för de godkända månaderna, samt följsamhet till variablernas definitioner). Väntetidsmätningen baseras enbart på akutbesök som har båda mätpunkterna för respektive väntetidsindikator inrapporterade.

Följande akutmottagningar uppfyllde inte kvalitetskraven för väntetidsmätningen denna period (juni 2016–maj 2017):

- Blekinge för TTL; rapporterat in mätpunkter för endast januari 2017 till maj 2017
- Mälarsjukhuset (Eskilstuna) för både TVT (inte rapporterat in mätpunkter för februari 2017 till maj 2017) och TTL (inte rapporterat in mätpunkter för hela perioden)
- Nyköping för både TVT (inte rapporterat in mätpunkter för februari 2017 till maj 2017) och TTL (inte rapporterat in mätpunkter för hela perioden)
- Örnsköldsviks sjukhus för både TVT och TTL (rapporterat in hela perioden, men kvaliteten på mätpunkterna för båda väntetidsindikatorerna understiger 75 procents täckning för alla månader)
- Kullbergska sjukhuset (Katrineholm) för TVT (inte rapporterat in mätpunkter för hela perioden) Östersunds sjukhus för TTL (inte rapporterat in mätpunkter för hela perioden).
- Akutmottagningarna i Norrbotten (Gällivare, Kalix, Kiruna, Piteå, Sunderby) har felaktigheter vid datauttag av väntetidsindikatorn TTL.

Sammanfattning av akutverksamhetsvariablerna 0–5 [9,10][41]

0 = Ej akutverksamhet
Alla ej akuta besök ska rapporteras med alternativ 0 = ej akutverksamhet, oavsett om besöket skett inom den planerade specialiserade vården eller akutverksamheten.

1 = Akutmottagning med två eller fler somatiska specialiteter som är samlokaliserade
Innefattar besök på somatisk akutmottagning med två eller fler specialiteter oavsett organisatorisk lösning för bemanningsmodell och specialitetsindelning. Tidpunkter för start och avslut av öppenvårdskontakt på akutmottagning samt bedömningstidpunkt rapporteras till patientregistret endast för denna variabel.

2 = Akutmottagning med endast en somatisk specialitet
Innefattar besök på akutmottagning med endast en somatisk specialitet som är lokaliserad till annan plats (i förhållande till alternativ 1). Vanliga exempel är

- barnakutmottagning.
- infektionsakutmottagning
- gynekologisk akutmottagning.

3 = Psykiatrisk akutmottagning (anges även om mottagningen är samlokaliserad med annan specialitet)
Besök på den psykiatriska akutmottagningen rapporteras alltid som alternativ 3.

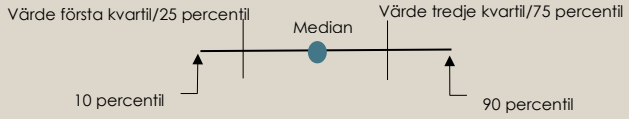
4 = Närakut eller närsjukhus med jourmottagning

- I de fall där mottagningsverksamheten innefattar både akuta och ej akuta besök ska endast de akuta besöken rapporteras med alternativ 4.
- Ej akuta besök rapporteras med alternativ 0.
- I de fall där mottagningsverksamheten innefattar både specialistvårdsmottagning och primärvårdsmottagning ska endast akuta besök på specialistvårdsmottagningen rapporteras.

5 = Övrig akutverksamhet

- I de fall där en verksamhet innefattar både akuta och ej akuta besök ska endast de akuta besöken rapporteras med alternativ 5.
- Ej akuta besök rapporteras med alternativ 0.

Median och kvartiler/percentiler



Ett sätt att beskriva spridningen runt medianen är att storlekssortera och dela in observationsvärdena i fyra lika stora grupper så att man får kvartiler, vilket betyder fjärdedelar.

- Värdet för första kvartilen delar nedre halvan av materialet i två lika stora delar; 25 procent av observationerna har ett värde som är mindre än eller lika med första kvartilen och 75 procent har ett värde som är större än eller lika med första kvartilen.
- Det mittersta värdet (ifyllda cirkeln på stolpdiagrammen), dvs. medianen, delar de storlekssorterade observationsvärdena i två lika stora delar; hälften av observationerna har ett värde som är mindre än eller lika med medianen och hälften har ett värde som är större än eller lika med medianen.
- Värdet för tredje kvartilen delar övre halvan av materialet i två lika stora delar; 75 procent av observationerna har ett värde som är mindre än eller lika med tredje kvartilen och 25 procent har ett värde som är större än eller lika tredje kvartilen.

Om observationsvärdena istället delas i hundradelar benämns de som percentiler. Första kvartilen motsvarar då den 25:e percentilen (P25), medianen som är andra kvartilen motsvarar den 50:e percentilen (P50) och tredje kvartilen motsvarar den 75:e percentilen (P75). P10 uttrycker att 10 procent av observationsvärdena är mindre än eller lika med detta värde. P90 uttrycker att 10 procent av observationsvärdena är större än eller lika med detta värde.

Den nationella patientenkäten

I denna rapport används data från den nationella patientenkäten (NPE) från primärvården 2015,[43] slutenvården 2016, öppenvården 2016 och akutmottagningar 2016. Data levererades till Socialstyrelsen från SKL under 2017.

Svarsalternativen i enkäterna består av en femgradig skala från 1 = ”nej, inte alls” till 5 = ”ja, helt och hållet”. I rapporten redovisas andelen positiva svar av alla patienter som svarat på frågan. Positiva svar har beräknats som svarsalternativ 4 och 5. Alternativet ”ej aktuellt” har exkluderats ur beräkningarna.

[43] Det resultat för den nationella patientenkäten i primärvården som presenteras i denna rapport är samma underlag som Vårdanalys presenterar i rapporten ”En primär angelägenhet”. Med hänvisning till den analys av dimensionen om samordning och kontinuitet som genomfördes i den rapporten kommer den inte att vidare analyseras i denna rapport.

För varje dimension ingår ett visst antal delfrågor, och utifrån dessa beräknas dimensionen som totalt antal positiva svar genom totalt antal besvarade frågor. Enbart frågor som besvarats ingår i beräkningen och inga krav har ställts på att varje individ ska ha besvarat samtliga frågor som ingår i dimensionen.

Vårdnadshavare som svarat på enkäter har uteslutits (gäller för personer under 15 år) liksom svar som gäller besök till sjuksköterska och inte läkare i primärvården.

De fördjupade analyserna av NPE är gjorda med logistisk regression. I rapporten presenteras resultatet med oddskvoter, konfidensintervall och p-värde. Oddskvot kan användas som ett mått på samband. I denna rapport används oddskvot för att kunna jämföra resultat med en viss referenskategori (oddskvot = 1), och för att se riktningen på skillnaderna, t.ex. mer (oddskvot +1) eller mindre (oddskvot -1) upplevd skillnad. Konfidensintervall och p-värde används för att avgöra om skillnaderna är statistiskt signifikanta. En sådan jämförelse görs efter justering för andra faktorer som också kan påverka utfallet. Vid analys av könsskillnader görs t.ex. en justering eller kontroll för åldern som också skulle kunna påverka utfallet.

Utbildning används i analysen som ett mått för att belysa eventuella socioekonomiska skillnader.

Svarsfrekvensen för enkäterna är 36–50 procent. Urvalet är som störst i den specialiserade öppenvården och primärvården (tabell 3).

Tabell 3. Svarsfrekvens bakgrundsfakta Nationell Patientenkät

Vårdnivå	År	Antal enheter*	Antal respondenter	Svars-frekvensen
Primärvård	2015	1 158	109 065	41 %
Spec. öppenvård**	2016	1 667	120 478	50 %
Spec. sluten**	2016	933	54 267	51 %
Akuten	2016	104	17 241	36 %

*Vård- och hälsocentraler, akutmottagningar m.m.

**Exklusive Gotland

Källa: Nationell Patientenkät, Sveriges Kommuner och Landsting

Akutmottagningar i nationella patientenkäten 2016

Tabell 4. Enheter som inkluderas i den nationella patientenkäten för akutmottagningar 2016.

Enheterna har kategoriserats i enlighet med akutmottagningsvariablerna som beskrivs i bilaga 1. Antalet enheter anges i parentes.

Typ av enhet N=4	Landsting/region N=21	Sjukhus eller motsvarande N=82	Enhet/Akutmottagning N=104
Akutmottagningar med två eller fler somatiska specialiteter som är samlokaliserade (70) - varav flera rapporteras sammanhållet till Patientregistret som totalt kan följa 62 samlokaliserade akutmottagningar (se även Historik, i bilaga 1)	Blekinge	Blekingesjukhuset	Akutkliniken
	Dalarna	Falu lasarett	Akutmottagning Falun
		Mora lasarett	Akutmottagning Mora
	Gotland	Gotland	Akutmottagning Gotland (Visby lasarett)
	Gävleborg	Länsövergripande kliniker Gävleborg	Akutmottagning Gävle
			Akutmottagning Hudiksvall
	Halland	Hallands sjukhus Halmstad[1]	Akutmottagning Halmstad
		Hallands sjukhus Varberg[1]	Akutmottagning Varberg[2]
	Jämtland Härjedalen	Östersunds sjukhus	Akutmottagningen
	Jönköping	Höglandssjukhuset	Akutmottagningen Höglandssjukhuset
		Länssjukhuset Ryhov	Akutmottagningen Länssjukhuset Ryhov
		Värnamo sjukhus	Akutmottagningen Värnamo sjukhus
	Kalmar	Länssjukhuset i Kalmar	Akutmottagningen Kalmar
		Oskarshamns sjukhus	Akutmottagningen Oskarshamn
		Västerviks sjukhus	Akutmottagningen Västervik
	Kronoberg	Akutkliniken Kronoberg	Akutmottagningen Ljungby
			Akutmottagningen Växjö[2]
	Norrbotten	Gällivare sjukhus	Akutmottagningen Gällivare sjukhus
		Kalix sjukhus	Akutmottagningen Kalix sjukhus
		Kiruna sjukhus	Akutmottagning Kiruna sjukhus
		Piteå Älvdals sjukhus	Akutmottagningen Piteå Älvdals sjukhus
		Sunderby sjukhus	Akutmottagningen Sunderby sjukhus
	Skåne	Centralsjukhuset Kristianstad	Akutmottagning Kristianstad
		Helsingborgs lasarett	Akutmottagning Helsingborg
		Hälsostaden Ängelholm	Akutmottagning Hälsostaden Ängelholm[3]
		Lasarettet i Ystad	Akutmottagning Ystad
		Skånes universitetssjukvård	Akutmottagningen i Lund[2]

Typ av enhet N=4	Landsting/region N=21	Sjukhus eller motsvarande N=82	Enhet/Akutmottagning N=104
			Akutmottagningen i Malmö[2]
	Stockholm	Capio St Görans sjukhus	Akutmottagningen St Görans sjukhus
		Danderyds sjukhus	Akutmottagningen Danderyds sjukhus
		Karolinska Universitetssjukhuset	Akutmottagningen Huddinge
			Akutmottagningen Solna
		Norrtälje sjukhus (Tio100)	Akutmottagningen Norrtälje sjukhus (Tio100)
		Södersjukhuset	Akutmottagningen Södersjukhuset
		Södertälje sjukhus	Akutmottagningen Södertälje sjukhus
	Sörmland	Kullbergska sjukhuset	Akutmottagningen Kullbergska sjukhuset
		Mälarsjukhuset	Akutmottagningen Mälarsjukhuset
		Nyköpings lasarett	Akutmottagningen Nyköpings lasarett
	Uppsala	Akademiska sjukhuset	Akutmottagningen Akademiska sjukhuset
		Lasarettet i Enköping	Akutmottagning Lasarettet i Enköping
	Värmland	Centralsjukhuset Karlstad	Akutmottagningen Centralsjukhuset Karlstad
		Sjukhuset i Arvika	Akutmottagningen Arvika
		Sjukhuset i Torsby	Akutmottagning Torsby
	Västerbotten	Lycksele Lasarett	Akutmottagning Lycksele Lasarett
		Norrlands Universitetssjukhus	Akutmottagning NUS Umeå
		Skellefteå lasarett	Akutmottagning Skellefteå lasarett
	Västernorrland	Länssjukhuset Sundsvall	Akutmottagning Sundsvall
		Sollefteå sjukhus	Akutmottagning Sollefteå
		Örnsköldsvik sjukhus	Akutmottagning Örnsköldsvik
	Västmanland	Västmanlands sjukhus Köping	Akutmottagningen Köping
		Västmanlands sjukhus Västerås	Akutmottagningen Västerås
	Västra Götaland	Alingsås lasarett	Akutmottagning Alingsås lasarett
		Kungälvs Sjukhus	Akutmottagningen Kungälvs sjukhus
		NU-sjukvården	Akutmedicinklinik
		Sahlgrenska Universitetssjukhuset[4]	Akutmottagning medicin Sahlgrenska
			Akutmottagning Mölndals sjukhus medicin
			Akutmottagning Mölndals sjukhus ortopedi

Typ av enhet N=4	Landsting/region N=21	Sjukhus eller motsvarande N=82	Enhet/Akutmottagning N=104
			Akutmottagning Sahlgrenska neurologi
			Akutmottagningen Sahlgrenska kirurgi
			Akutmottagningen Sahlgrenska lungmedicin
			Akutmottagningen Östra sjukhuset
		Skaraborgs Sjukhus[5]	Akutmottagningen Skaraborgs Sjukhus Lidköping
			Akutmottagningen Skaraborgs Sjukhus Skövde
		Södra Älvsborgs Sjukhus	Akutmottagningen SÄS Borås
	Örebro	Karlskoga lasarett	Akutmottagning Karlskoga
		Lindesbergs lasarett	Akutmottagning Lindesberg
		Universitetssjukhuset Örebro	Akutmottagning Universitetssjukhuset Örebro[2]
	Östergötland	Lasarettet i Motala	Akutmottagningen Motala
		Universitetssjukhuset Linköping	Akutmottagningen Linköping
		Vrinnevisjukhuset Norrköping	Akutmottagningen Norrköping
Barnakutmottagningar (16)	Jönköping	Länssjukhuset Ryhov	Akutmottagningen barn- och ungdomsmedicin Länssjukhuset Ryhov
	Kalmar	Länssjukhuset i Kalmar	Barnakutmottagningen Kalmar
	Kronoberg	Barnkliniken Kronoberg	Barnakutmottagningen Växjö
	Skåne	Centralsjukhuset Kristianstad	Akutmottagning barn och ungdom Kristianstad
		Helsingborgs lasarett	Barn- och ungdomsmedicinsk akutmottagning Helsinborg
		Skånes universitetssjukvård	Barn- och ungdomsmottagning akut Lund
			Barn- och ungdomsmottagning akut Malmö
	Stockholm	Karolinska Universitetssjukhuset	Astrid Lindgrens Barnsjukhus Huddinge
			Astrid Lindgrens Barnsjukhus Solna
		Södersjukhuset	Sachsska Barn- och ungdomsjukhuset
	Uppsala	Akademiska sjukhuset	Akutmottagningen för barn och ungdom
	Värmland	Centralsjukhuset Karlstad	Barn Och ungdomsmedicins Jourmottagning
	Västmanland	Västmanlands sjukhus Västerås	Barn- och ungdomskliniken
	Västra Götaland	Sahlgrenska Universitetssjukhuset	Akutmottagning barn kirurgi Östra sjukhuset
			Akutmottagning barn medicin Östra sjukhuset
			Akutmottagning barn ortopedi Östra sjukhuset

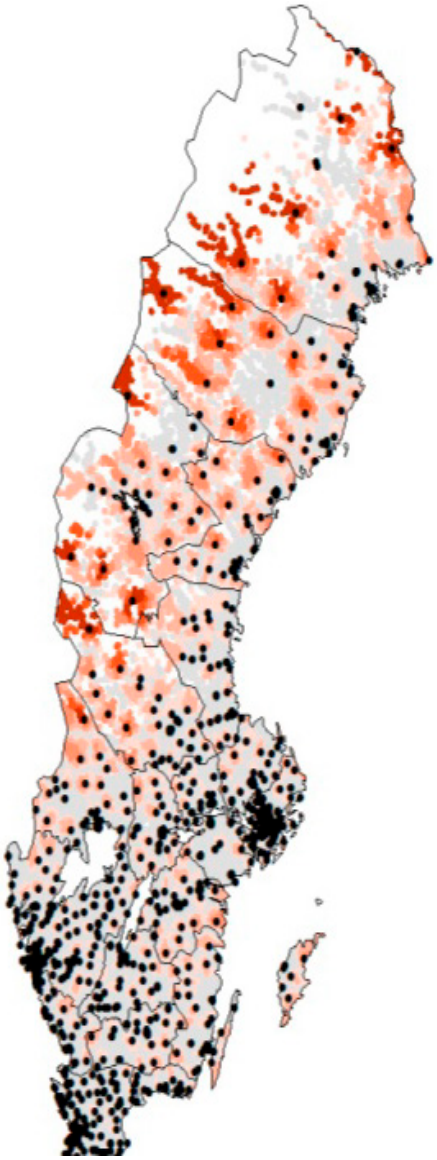
Typ av enhet N=4	Landsting/region N=21	Sjukhus eller motsvarande N=82	Enhet/Akutmottagning N=104
En-specialitets-akutmottagningar (14)	Dalarna	Avesta lasarett	Akutmottagning Avesta[6]
	Gävleborg	Bollnäs sjukhus Aleris	Akutmottagning Bollnäs[6]
	Skåne	Hässleholm	Akutmottagningen Hässleholm[7]
		Landskrona Lasarett	Akutmottagning Landskrona Lasarett[8]
		Lasarettet Trelleborg	Akutmottagning Trelleborg[7]
	Uppsala	Akademiska sjukhuset	Gynekologiska mottagningen
			Infektionsmottagning 1
			Ögonmottagningen
			Öron- näs- och halsmottagningen
	Västra Götaland	Sahlgrenska Universitetssjukhuset	Akutmottagning Infektionskliniken Östra
			Akutmottagning Sahlgrenska Öron/Näsa/Hals
			Akutmottagning Ögon Mölndals sjukhus
			Gynekologisk akutmottagning Sahlgrenska
			Psykiatrisk akutmottagning Östra sjukhuset
Närakut eller annat (4)	Skåne	Praktikertjänst Närsjukhus Simrishamn	Närakuten i Simrishamn
	Stockholm	Somatik	Läkarjouren Nordost AB
	Uppsala	Uppsala Närakut	Uppsala Närakut och Ortopedakut
	Västmanland	Primärvård Psykiatri och Habiliteringsverksamhet	Primärvård Västmanland

TVT = total vistelsetid, TTL = tid till läkare, PAR = Patientregistret.
[1] Varberg och Halmstad rapporteras sammanhållet i Patientregistret som Hallands sjukhus.
[2] Akutmottagningen var med i kartläggningen av de fem akutmottagningarna, varav akutmottagningen Örebro inte ingick i analysen av söksätt.
[3] Är endast kvälls- och helgmottagning enligt den vårdmottagningsdatabas som Socialstyrelsen skapat (läs mer i bilaga 1 om 1177 Vårdguiden och Katalogtjänst HSA/EK).
[4] Sahlgrenska, Mölndal, och Östra sjukhuset rapporteras sammanhållet i Patientregistret som Sahlgrenska Universitetssjukhuset.
[5] Lidköping och Skövde rapporteras sammanhållet i Patientregistret som Skaraborgs sjukhus.
[6] Rapporterar in som akutverksamhetsvariabel två i Patientregistret (läs faktaruta 1 i bilaga 1), och ingår inte i den årliga mätningen av väntetider (läs historik i bilaga 1). Akutmottagningen är dock öppen dygnet runt enligt den vårdmottagningsdatabas som Socialstyrelsen skapat (läs mer i bilaga 1 om 1177 Vårdguiden och Katalogtjänst HSA/EK).
[7] Rapporterar in som akutverksamhetsvariabel fyra i Patientregistret (läs faktaruta i bilaga 1), och ingår inte i den årliga mätningen av väntetider (läs historik i bilaga 1).
Akutmottagningen är kvälls- och helgmottagning enligt den vårdmottagningsdatabas som Socialstyrelsen skapat (läs mer i bilaga 5).
[8] Rapporterar in som akutverksamhetsvariabel fyra i Patientregistret (läs faktaruta i bilaga 1), och ingår inte i den årliga mätningen av väntetider (läs historik i bilaga 1). Akutmottagningen har öppet dagtid på vardagar enligt den vårdmottagningsdatabas som Socialstyrelsen skapat (läs mer i bilaga 1 om 1177 Vårdguiden och Katalogtjänst HSA/EK).

Mätning av tidsavstånd till vårdenheter

Se nedan metodbeskrivning för tidsavståndsmätningen som gjordes av Tillväxtverket enligt en metod som kallas för PiPoS.

Figur 24a. PiPoS-analys

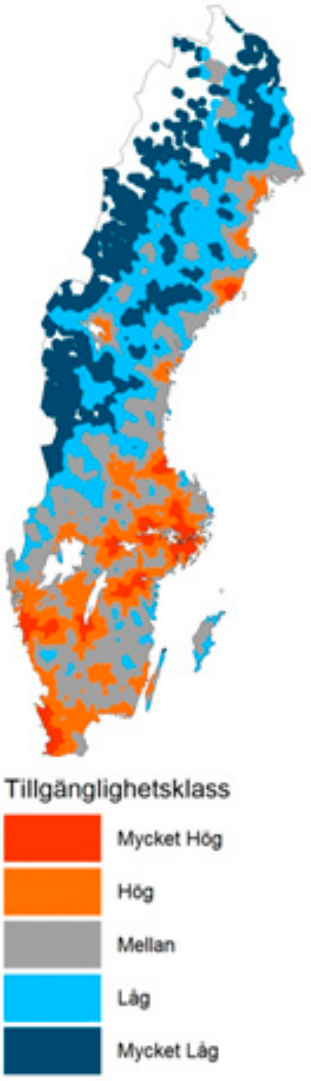


PiPoS

De tillgänglighetsanalyser som är gjorda i rapporten är beräknade med GIS-plattformen PiPoS (GIS = Geografiskt Informations System). Det grundläggande i en geografisk analys är att se hur olika företeelser förhåller sig till varandra ur ett geografiskt perspektiv. De databaser som används i PiPoS är geokodade, det vill säga koordinatsatta. Ett exempel på en geografisk analys är tillgänglighets-analysen.

PiPoS utmärks genom sina funktioner att göra tillgänglighetsanalyser på detaljerat indata. De beräkningar som presenteras är bilresor baserade på befolkningsdata på 250m upplösning och ett vägnät, Nationella Vägdatabasen (NVDB). När man nyttjar denna höga upplösning på befolkningsdata innebär det att det krävs cirka 400 000 befolkade rutor för att täcka landet. Om denna typ av befolkningsraster används i beräkningarna blir analysen oberoende av administrativa gränser. I slutfasen av en analys kan det vara lämpligt i en sammanställning aggregera resultaten av beräkningarna enligt administrativa gränser. Denna aggregering görs som ett sista steg i analysen och försäkrar att den höga upplösningen bibehålls genom hela analysen. I den databas som används ingår alla Sveriges vägar ner till minsta skogsbilväg. Den nationella databasen har även uppgifter om vägarnas hastighetsbegränsningar. Detta gör att tid kan användas som mått i tillgänglighetsberäkningarna. Är vägdatabasen av tillräckligt hög kvalité beskriver tidsmåttet tillgängligheten bättre än ett längdmått. En km grusväg är inte samma sak som en km motorväg ur tillgänglighetssynpunkt.

Figur 24b Tillgänglighetsindex



Tillgänglighetsindex
Tillväxtanalys har arbetat fram en modell för att möjliggöra inomregionala analyser. Modellen är framtagen i syfte att identifiera områden med liknande förutsättningar vad gäller tillgänglighet, i det här fallet definierat som avstånd med bil på farbara vägar. Liksom i Glesbygdsverkets definition är utgångs- punkten tätorter, men istället för att utgå från endast en tätortsstorlek möjliggör modellen att flera tätortsstorlekar tas med i beräkningen, i detta fall tätorter med minst 200, minst 1 000, minst 3 000, minst 30 000 samt minst 60 000 invånare. Avståndet till varje tätortsstorlek beräknas och indexeras utifrån avståndet till tätorten. Eftersom människan har begränsningar i sina möjligheter att röra sig över tid och rum i sin dagliga verksamhet har en gräns vid 45 minuter gjorts i beräkningarna.

Bilaga 2. Vårdgaranti specialistvården

Tabell 5. Andelen av första besöken inom den specialiserade vården som genomfördes inom 90 dagar per vårdområde januari–september 2017.

Vårdområde	Riket (%)	Landstinget med högst måluppfyl-lelse (%)	Landstinget med lägst måluppfyllelse (%)
Cancersjukvård	99,0	100,0	97,2
Hematologi	96,7	100,0	84,3
Barn- och ungdomspsykiatri	94,2	99,0	78,0
Kvinnosjukvård	90,4	99,2	58,4
Reumatisk sjukvård	90,3	100,0	55,9
Endokrinologi	90,3	99,1	72,3
Njurmedicin	89,6	100,0	58,1
Neurokirurgi	89,5	95,6	75,4
Barn- och ungdomsmedicin	88,7	98,3	68,0
Allmän psykiatri	87,9	98,8	66,1
Mag- och tarmsjukvård	87,3	99,4	75,1
Lungsjukvård	86,4	94,3	66,6
Kärlkirurgi	86,1	99,4	69,4
Allmän kirurgi	86,1	95,8	60,7
Urologi	84,5	97,6	73,2
Hudsjukvård	83,9	96,4	61,3
Allmän internmedicin	82,1	96,2	54,5
Hjärtsjukvård	82,1	95,0	41,6
Ortopedi	81,6	98,7	47,3
Öron-näsa-halssjukvård	81,6	98,9	48,8
Neurologi	79,7	99,0	44,3
Handkirurgi	77,9	90,8	49,9
Plastikkirurgi	77,1	97,8	44,5
Specialiserad smärtmottagning	76,5	96,9	17,8
Ögonsjukvård	75,6	96,0	40,1
Allergisjukvård	68,4	100,0	10,2

Källa: Väntetidsdatabasen, Sveriges Kommuner och Landsting.

Tabell 6. Andelen planerade åtgärder inom den specialiserade vården som genomfördes inom 90 dagar per vårdområde januari–september 2017.

Vårdområde	Riket (%)	Landstinget med högst måluppfyl-lelse (%)	Landstinget med lägst måluppfyl-lelse (%)
Hjärtsjukvård	90,3	100,0	68,1
Toraxkirurgi	86,5	99,4	76,4
Neurokirurgi	79,9	90,5	72,1
Ögon	76,0	91,0	48,2
Gynekologi	73,8	98,3	54,1
Kirurgi	73,4	90,2	60,7
Handkirurgi	73,3	95,8	53,2
Urologi	73,0	93,4	43,6
Ortopedi	70,4	92,9	56,4
Öron, näs och hals inklusive hjälpmedel	69,2	84,8	39,3
Ryggkirurgi	68,6	96,4	46,1
Kärlkirurgi	66,4	93,2	6,7
Plastikkirurgi	47,2	100,0	7,8

Källa: Väntetidsdatabasen, Sveriges Kommuner och Landsting.

Bilaga 3. Regressionsanalyser

Tabell 7. Skillnader mellan olika patientgrupper (kön, utbildning och ålder) när det gäller upplevelsen av att ha fått vård i rimlig tid inom primärvården och öppenvården.

Skillnaden uttryckt i oddskvoter med 95-procentigt konfidensintervall angivet i parantes.
* anger om skillnaden är statistiskt signifikant. Alla värden är justerade för landstingstillhörighet. Analysen är en logistisk regressionsanalys.

Kategorier	Primärvården Fick du besöka hälso-/vårdcentralen inom rimlig tid? (n = 106 210)	Öppenvården Fick du besöka mottagningen/enheten inom rimlig tid? (n = 116 697)
Andel positiva svar (lägsta respektive högsta landsting)	82 (78–88)	86 (81–90)
Kön		
Kvinnor	0,917(0,887–0,948)*	0,922 (0,891–0,954)*
Män	Ref.	Ref.
Utbildning		
Ingen avslutad utbildning	0,677(0,604–0,760)*	0,933 (0,813–1,070)
Grundskola, folkskola eller motsvarande	1,139(1,091–1,19)*	1,322 (1,263–1,384)*
Gymnasium, realskola eller motsvarande	1,006(0,968–1,045)	1,126 (1,083–1,171)*
Eftergymnasial utbildning, universitet eller högskola	Ref.	Ref.
Ålder		
15–17 år	0,516(0,447–0,596)*	0,482 (0,419–0,556)*
18–29 år	0,432(0,399–0,468)*	0,435 (0,399–0,474)*
30–59 år	0,612(0,578–0,648)*	0,642 (0,604–0,683)*
60–79 år	0,923(0,875–0,973)*	0,945 (0,892–1,001)
80+ år	Ref.	Ref.

Källa: Den nationella patientenkäten, specialiserad öppenvård 2016 samt primärvård 2015, Sveriges Kommuner och Landsting.

Tabell 8. Skillnader mellan olika patientgrupper (kön, utbildning och ålder) när det gäller kontaktvägarna till vård- eller hälsocentralen och möjligheten att ta sig till sin vård- eller hälsocentral.

Skillnaden uttryckt i oddskvoter med 95-procentigt konfidensintervall angivet i parantes.
* anger om skillnaden är statistiskt signifikant. Alla värden är justerade för landstingstillhörighet. Analysen är en logistisk regressionsanalys.

Kategorier	"Är du nöjd med de sätt du kan komma i kontakt med vård-/hälsocentralen på (t.ex. 1177 Vårdguiden, telefon, e-tjänster, hemsida eller annat)?" (n = 103 624)	"Var det enkelt att ta sig till vård-/hälsocentralen?" (n = 106 460)
Andel positiva svar (lägsta respektive högsta landsting)	77 (63–84)	91 (88–93)
Kön		
Kvinna	0,973 (0,943–1,004)	0,887 (0,849–0,927)*
Man	Ref	Ref.
Utbildning		
Ingen avslutad utbildning	0,845 (0,751–0,950)*	0,546 (0,476–0,628)*
Grundskola, folkskola eller motsvarande	1,055 (1,013–1,099)*	0,912 (0,862–0,965)*
Gymnasium, realskola eller motsvarande	0,998 (0,963–1,035)	0,922 (0,875–0,972)*
Eftergymnasial utbildning, universitet eller högskola	Ref	Ref.
Ålder		
15–17 år	0,534 (0,464–0,614)*	1,532 (1,254–1,871)*
18–29 år	0,472 (0,437–0,509)*	1,424 (1,277–1,587)*
30–59 år	0,602 (0,571–0,635)*	1,460 (1,368–1,559)*
60–79 år	0,912 (0,868–0,959)*	1,840 (1,735–1,9052)*
80+ år	Ref	Ref.

Källa: Den nationella patientenkäten, specialiserad öppenvård 2016 samt primärvård 2015, Sveriges Kommuner och Landsting.

Tabell 9. Skillnader mellan olika patientgrupper (kön, utbildning och ålder) när det gäller förtroende för vårdpersonal i den specialiserade slutenvården.

Skillnaden uttryckt i oddskvoter med 95-procent konfidensintervall angivet i parantes. *anger om skillnaden är statistiskt signifikant. Alla värden är justerade för landstingstillhörighet. Analysen är en logistisk regressionsanalys.

Kategorier	"Kände du förtroende för den vårdpersonal du träffade?" (n=53 123)
Andel positiva svar (lägst respektive högsta landsting)	91 (87-93)
Kön	
Kvinnor	0,653 (0,612–0,697)*
Män	Ref.
Utbildning	
Ingen avslutad utbildning	0,810 (0,649–1,010)
Grundskola, folkskola eller motsvarande	1,431 (1,318–1,554)*
Gymnasium, realskola eller motsvarande	1,218 (1,128–1,314)*
Eftergymnasial utbildning, universitet eller högskola	Ref.
Ålder	
15–17 år	0,776 (0,508–1,184)
18–29 år	0,365 (0,312–0,428)*
30–59 år	0,575 (0,520–0,636)*
60–79 år	0,963 (0,881–1,053)
80+ år	Ref.
Tidigare besök	
Inget besök	1,521 (1,383–1,673)*
1 besök	1,396 (1,258–1,549)*
2 besök	1,172 (1,068–1,285)*
3 besök	1,195 (1,089–1,312)*
4 besök eller fler	Ref.

Källa: Den nationella patientenkäten, specialiserad slutenvård 2016, Sveriges Kommuner och Landsting.

Tabell 10. Skillnader mellan olika patientgrupper (kön, utbildning och ålder) när det gäller om aktuellt behov har blivit tillgodosett av hälso- och sjukvården.

Skillnaden uttryckt i oddskvoter med 95-procentigt konfidensintervall angivet i parantes.
* anger om skillnaden är statistiskt signifikant. Alla värden är justerade för landstingstillhörighet, utom för akutmottagningar där det är justerat för akutmottagningens storlek. Analysen är en logistisk regressionsanalys.

	Slutenvård (n = 53 123)	Öppenvård (n = 114 150)	Primärvården (n = 102 817)	Akuten (n = 16 557)
Andel positiva svar (lägsta respektive högsta landsting)	91 (87–93)	86 (83–90)	77 (72–83)	82 (74–93)
Kön				
Kvinnor	0,852 (0,802–0,906)*	0,938(0,906–0,971)*	0,913(0,885–0,942)*	0,886(0,815–0,964)*
Män	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Utbildning				
Ingen avslutad utbildning	0,835(0,672–1,039)	0,926(0,805–1,066)	0,892(0,793–1,002)	0,611(0,460–0,812)*
Grundskola, folkskola eller motsvarande	1,313(1,214–1,419)*	1,303(1,243–1,365)*	1,143(1,097–1,190)*	1,077(0 959-1.211)
Gymnasium, realskola eller motsvarande	1,152(1,069–1,240)*	1,138(1,094–1,185)*	1,030(0,994–1,067)	0,967(0,876–1,068)
Eftergymnasial utbildning, universitet eller högskola	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Ålder				
15–17** år	0,858(0,570–1,291)	0,502(0,435–0,579)*	0,415(0,362–0,476)*	0,849(0,712–1,013)
18–29 år	0,612(0,518–0,724)*	0,403(0,370–0,439)*	0,289(0,268–0,311)*	0,376(0,309–0,458)*
30–59 år	0,720(0,655–0,791)*	0,630(0,592–0,671)*	0,482(0,457–0,509)*	0,547(0,468–0,640)*
60–79 år	1,096(1,010–1,188)*	1,026(0,967–1,088)	0,889(0,845–0,936)*	0,864(0,744–1,003)
80+ år	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Tidigare besök				
Inget besök	1,808(1,646–1,986)*	-	-	-
1 besök	1,592(1,438–1,761)*	-	-	-
2 besök	1,289(1,180–1,408)*	-	-	-
3 besök	1,329(1,215–1,453)*	-	-	-
4 besök eller fler	Ref.	-	-	-

** Åldersintervall för akuten är 0–17 år.

Källa: Den nationella patientenkäten, Sveriges Kommuner och Landsting.

Tabell 11. Skillnader mellan olika patientgrupper (kön, utbildning och ålder) när det gäller upplevelsen av att ha blivit bemött med respekt och värdighet oavsett: kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning eller ålder.

Skillnaden uttryckt i oddskvoter med 95-procentigt konfidensintervall angivet i parantes.
* anger om skillnaden är statistiskt signifikant. Alla värden är justerade för landstingstillhörighet, utom för akutmottagningar där det är justerat för akutmottagningens storlek. Analysen är en logistisk regressionsanalys.

Kategorier	Slutenvård (n = 49 452)	Öppenvård (n = 106 507)	Primärvården (n = 101 620)	Akuten (n = 15 787)
Andel positiva svar (lägsta respektive högsta landsting)	94 (90–95)	96 (94–97)	90 (87–94)	91 (83–100)
Kön				
Kvinnor	0,694(0,640–0,752)*	0,870(0,818–0,926)*	0,839(0,801–0,878)*	0,788(0,700–0,887)*
Män	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Utbildning				
Ingen avslutad utbildning	0,510(0,402–0,646)*	0,412(0,343–0,495)*	0,559(0,485–0,645)*	0,421(0,300–0,592)*
Grundskola, folkskola eller motsvarande	1,105(1,000–1,222)*	0,897(0,827–0,973)*	0,956(0,901–1,015)	0,866(0,740–1,015)*
Gymnasium, realskola eller motsvarande	1,225(1,109–1,353)*	1,149(1,068–1,236)*	0,977(0,928–1,028)	0,987(0,857–1,137)
Eftergymnasial utbildning, universitet eller högskola	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Ålder				
15–17** år	2,210(1,126–4,340)*	0,720(0,564–0,919)*	0,368(0,307–0,440)*	1,215(0,955–1,544)
18–29 år	0,727(0,590–0,897)*	0,410(0,355–0,474)*	0,243(0,219–0,269)*	0,584(0,449–0,760)*
30–59 år	0,862(0,765–0,972)*	0,623(0,558–0,697)*	0,402(0,370–0,437)*	0,756(0,615–0,928)*
60–79 år	1,262(1,140–1,397)*	1,054(0,949–1,172)	0,773(0,713–0,838)*	1,025(0,844–1,244)
80+ år	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Tidigare besök				
Inget besök	1,429(1,265–1,613)*	-	-	-
1 besök	1,258(1,105–1,413)*	-	-	-
2 besök	0,976(0,873–1,090)	-	-	-
3 besök	1,075(0,958–1,207)	-	-	-
4 besök eller fler	Ref.	-	-	-

** Åldersintervall för akuten är 0–17 år.

Källa: Den nationella patientenkäten, Sveriges Kommuner och Landsting.

Bilaga 4. Resultattabeller TVT och TTL

Tabell 12. Total vistelsetid (minuter), förändring av medianvistelsetid juli 2015–maj 2017

Patientregisterdata för juli 2015–juni 2016 samt för senaste perioden juni 2016–maj 2017.

Landsting/ region	Stad	Sjukhus/ akutmottagning	Juli 2015–juni 2016			Juni 2016–maj 2017		
			Totalt (19+)	19–79 år	80+	Totalt (19+)	19–79 år	80+
Riket			198	194	219	210	205	238
Blekinge	Karlskrona	Blekingesjukhuset	187	181	210	202	196	229
Dalarna	Falun	Falu lasarett	197	194	213	208	203	226
	Mora	Mora lasarett	166	164	173	171	170	179
Gotland	Visby	Visby lasarett[44]	161	158	177	173	170	193
Gävleborg	Gävle	Gävle sjukhus[45]	197	192	220	209	203	236
	Hudiksvall	Hudiksvalls sjukhus[46]	188	183	208	206	201	229
Halland	Halmstad	Hallands sjukhus[47]				212	207	235
	Varberg							
Jämtland	Östersund	Östersunds sjukhus						
Jönköping	Eksjö	Höglandssjukhuset	151	150	157	170	168	179
	Jönköping	Ryhov länssjukhus	164	163	172	168	166	176
	Värnamo	Värnamo sjukhus	137	134	145	144	140	157
Kalmar	Kalmar	Länssjukhuset Kalmar	175	170	192	174	170	191
	Oskarshamn	Oskarshamns sjukhus	121	113	151	134	128	157
	Västervik	Västerviks sjukhus	140	138	150	147	145	155
Kronoberg	Ljungby	Ljungby lasarett[48]	146	142	159	152	147	172
	Växjö	Växjö lasarett[49]	185	180	205	196	188	223
Norrbotten	Gällivare	Gällivare sjukhus	121	117	136	130	125	151
	Kalix	Kalix sjukhus	155	148	169	176	173	184
	Kiruna	Kiruna sjukhus	134	128	160	137	129	177
	Piteå	Piteå sjukhus	157	153	166	161	158	172
	Sunderby	Sunderby sjukhus	187	183	206	206	201	228
Skåne	Helsingborg	Helsingborgs lasarett				266	254	326

[44] Saknar rapportering för maj 2017.
[45] Saknar rapportering för april och maj 2017.
[46] Saknar rapportering för april och maj 2017.
[47] Saknar rapportering för januari, april och maj 2017.
[48] Saknar rapportering för mars och maj 2017.
[49] Saknar rapportering för mars och april 2017.

Landsting/ region	Stad	Sjukhus/ akutmottagning	Juli 2015–juni 2016			Juni 2016–maj 2017		
			Totalt (19+)	19–79 år	80+	Totalt (19+)	19–79 år	80+
	Kristianstad	Kristianstads sjukhus				225	219	257
	Lund	Universitetssjukhuset i Lund				271	257	344
	Malmö	Universitetssjukhuset MAS				239	225	309
	Ystad	Ystads lasarett				232	221	269
	Ängelholm	Ängelholms sjukhus				187	180	208
Stockholm	Capio S:t Göran	S:t Görans sjukhus	166	161	190	164	160	189
	Danderyd	Danderyds sjukhus				239	232	272
	Karolinska Huddinge	Huddinge sjukhus				264	255	339
	Karolinska Solna	Karolinska sjukhuset				224	217	291
	Norrtälje	Norrtälje sjukhus				149	145	167
	Södersjukhuset	Södersjukhuset	244	234	291	285	274	338
	Södertälje	Södertälje sjukhus				177	172	208
Sörmland	Eskilstuna	Mälarsjukhuset	268	260	318			
	Katrineholm	Kullbergska sjukhuset	212	199	275			
	Nyköping	Nyköpings lasarett	253	248	273			
Uppsala	Enköping	Enköpings lasarett	176	170	209	181	176	209
	Uppsala	Akademiska sjukhuset	251	244	283	266	259	298
Värmland	Arvika	Arvika sjukhus	148	142	167	148	141	170
	Karlstad	Karlstads sjukhus	180	177	193	179	174	198
	Torsby	Torsby sjukhus	160	156	174	152	149	161
Västerbotten	Lycksele	Lycksele lasarett[50]				149	147	156
	Skellefteå	Skellefteå lasarett				184	181	197
	Umeå	Norrlands Universitetssjukhus	176	174	189	185	182	201
Västernorrland	Sollefteå	Sollefteå sjukhus	183	177	203	183	179	202
	Sundsvall	Sundsvalls sjukhus	204	200	221	210	206	226
	Örnsköldsvik	Örnsköldsviks sjukhus						
Västmanland	Västerås	Västerås lasarett	190	184	216	188	181	218
	Köping[51]	Köpings lasarett				206	205	207
Västra	Alingsås	Alingsås lasarett	212	209	225	216	211	235

[50] Saknar rapportering för februari 2017.

[51] Köping rapporterar in som ”akutmottagning med två eller fler somatiska specialiteter som är samlokaliserade” (= akutverksamhetsvariabel 1) och ingår därför i denna mätning.

Landsting/ region	Stad	Sjukhus/ akutmottagning	Juli 2015–juni 2016			Juni 2016–maj 2017		
			Totalt (19+)	19–79 år	80+	Totalt (19+)	19–79 år	80+
Götaland	Borås	Södra Älvsborgs sjukhus	248	239	281	247	239	280
	Kungälv	Kungälvs sjukhus	247	243	259	233	229	268
	Lidköping	Skaraborgs sjukhus[52]	192	189	207	197	193	211
	Skövde							
	Mölndal	Sahlgrenska universitets-sjukhuset[53]	257	255	268	270	266	291
	Sahlgrenska							
	Östra							
	Trollhättan	NU-sjukvården	227	219	258	248	239	283
Örebro	Karlskoga	Karlskoga lasarett	163	159	182	170	166	185
	Lindesberg	Lindesbergs lasarett	164	159	187	169	162	192
	Örebro	Universitetssjukhuset i Örebro	198	193	224	195	190	221
Östergötland	Linköping	Universitetssjukhuset i Linköping	240	233	278	257	247	298
	Motala	Motala lasarett	174	167	207	174	164	221
	Norrköping	Vrinnevisjukhuset	212	206	239	205	200	235

[52] Lidköping och Skövde rapporteras sammanhållet som Skaraborgs sjukhus från och med 2016.

[53] Mölndal, Sahlgrenska och Östra sjukhuset rapporteras sammanhållet som Sahlgrenska universitetssjukhuset från och med 2016.

Tabell 13. Total vistelsetid för riket (minuter)

Patientregisterdata för senaste perioden juni 2016–maj 2017 utan akutmottagningarna[1] som exkluderades i föregående mätperiod (juli 2015–juni 2016) på grund av kvalitetsbrist. Se faktaruta i bilaga 1 för förklaring av de statistiska måtten.

TVT	Ålder	N	P90	Kvartil 3	Median	Kvartil 1	P10
Riket	19–79	999 307	428	302	199	127	80
Riket	80+	223 219	460	334	229	150	97
Riket	19+	1 222 526	434	308	205	131	82

[1]Hallands sjukhus, Östersunds sjukhus, Universitetssjukhuset MAS, Universitetssjukhuset i Lund,, Skellefteå lasarett, Lycksele lasarett, Danderyds sjukhus, Örnsköldsviks sjukhus, Karolinska sjukhuset (Solna), Södertälje sjukhus, Huddinge sjukhus, Norrtälje sjukhus, Ängelholms sjukhus, Köpings lasarett, Kristianstads sjukhus, Ystads lasarett, Helsingborgs lasarett.

Tabell 14. Tid till läkarbedömning (minuter), förändring av mediantid till läkarbedömning juli 2015–maj 2017

Patientregisterdata för juli 2015–juni 2016 samt för senaste perioden juni 2016–maj 2017.

Landsting/ region	Stad	Sjukhus/ akutmottagning	Juli 2015–juni 2016			Juni 2016–maj 2017		
			Totalt (19+)	19–79 år	80+	Totalt (19+)	19–79 år	80+
Riket			57	58	51	61	63	53
Blekinge	Karlskrona	Blekingesjukhuset						
Dalarna	Falun	Falu lasarett	58	59	54	58	59	56
	Mora	Mora lasarett	56	57	54	58	58	58
Gotland	Visby	Visby lasarett[54]	50	52	45	52	53	49
Gävleborg	Gävle	Gävle sjukhus[55]	59	60	58	60	61	58
	Hudiksvall	Hudiksvalls sjukhus[56]	55	55	55	61	60	61
Halland	Halmstad	Hallands sjukhus[57]				80	82	72
	Varberg							
Jämtland	Östersund	Östersunds sjukhus				63	66	52
Jönköping	Eksjö	Höglandssjukhuset	38	40	35	40	42	36
	Jönköping	Ryhov länssjukhus	63	64	58	62	62	60
	Värnamo	Värnamo sjukhus	41	41	40	39	40	38
Kalmar	Kalmar	Länssjukhuset Kalmar	46	46	45	44	44	44
	Oskarshamn	Oskarshamns sjukhus	33	32	36	42	41	43
	Västervik	Västerviks sjukhus	38	38	37	40	41	37
Kronoberg	Ljungby	Ljungby lasarett[58]	48	49	44	50	51	47
	Växjö	Växjö lasarett[59]	54	55	50	55	55	51

[54] Saknar rapportering för maj 2017.
[55] Saknar rapportering för april och maj 2017.
[56] Saknar rapportering för april och maj 2017.
[57] Saknar rapportering för januari, april och maj 2017.
[58] Saknar rapportering för mars och maj 2017.
[59] Saknar rapportering för mars och april 2017.

Landsting/ region	Stad	Sjukhus/ akutmottagning	Juli 2015–juni 2016			Juni 2016–maj 2017		
			Totalt (19+)	19–79 år	80+	Totalt (19+)	19–79 år	80+
Norrbotten	Gällivare	Gällivare sjukhus	21	21	20			
	Kalix	Kalix sjukhus	21	22	20			
	Kiruna	Kiruna sjukhus	21	21	19			
	Piteå	Piteå sjukhus	25	26	24			
	Sunderby	Sunderby sjukhus	44	45	39			
Skåne	Helsingborg	Helsingborgs lasarett				67	69	58
	Kristianstad	Kristianstads sjukhus				81	84	68
	Lund	Universitetssjukhuset i Lund				70	72	60
	Malmö	Universitetssjukhuset MAS				84	85	78
	Ystad	Ystads lasarett				47	48	45
	Ängelholm	Ängelholms sjukhus				39	40	38
Stockholm	Capio S:t Göran	S:t Görans sjukhus	26	28	19	30	32	21
	Danderyd	Danderyds sjukhus				54	57	45
	Karolinska Hud-dinge	Huddinge sjukhus				75	78	57
	Karolinska Solna	Karolinska sjukhuset				65	65	65
	Norrtälje	Norrtälje sjukhus				40	40	35
	Södersjukhuset	Södersjukhuset	79	81	71	97	100	82
	Södertälje	Södertälje sjukhus				59	60	50
Sörmland	Eskilstuna	Mälarsjukhuset						
	Katrineholm	Kullbergska sjukhuset						
	Nyköping	Nyköpings lasarett						
Uppsala	Enköping	Enköpings lasarett	48	47	55	55	55	57
	Uppsala	Akademiska sjukhuset	80	80	80	83	84	79
Värmland	Arvika	Arvika sjukhus	35	35	35	34	34	34
	Karlstad	Karlstads sjukhus	61	61	59	58	59	56
	Torsby	Torsby sjukhus	43	44	41	39	39	38
Västerbotten	Lycksele	Lycksele lasarett[60]				35	37	31
	Skellefteå	Skellefteå lasarett				38	40	31
	Umeå	Norrlands Universitets-sjukhus	40	41	33	41	42	32
Västernorr-land	Sollefteå	Sollefteå sjukhus	49	50	45	44	45	40
	Sundsvall	Sundsvalls sjukhus	61	63	52	63	65	53
	Örnsköldsvik	Örnsköldsviks sjukhus						
Västmanland	Västerås	Västerås lasarett	44	45	38	42	43	39
	Köping[61]	Köpings lasarett				29	28	29
Västra Götaland	Alingsås	Alingsås lasarett	68	69	60	67	68	62
	Borås	Södra Älvsborgs sjukhus	68	71	54	64	68	48
	Kungälv	Kungälvs sjukhus	98	98	98	91	91	92
	Lidköping	Skaraborgs sjukhus[62]	64	66	56	63	65	54
	Skövde							

[60] Saknar rapportering för februari 2017.

[61] Köping rapporterar in som ”akutmottagning med två eller fler somatiska specialiteter som är samlokaliserade” (= akutverksamhetsvariabel 1) och ingår därför i denna mätning.

[62] Lidköping och Skövde rapporteras sammanhållet som Skaraborgs sjukhus från och med 2016.

Landsting/ region	Stad	Sjukhus/ akutmottagning	Juli 2015–juni 2016			Juni 2016–maj 2017		
			Totalt (19+)	19–79 år	80+	Totalt (19+)	19–79 år	80+
	Mölndal	Sahlgrenska universi-tets-sjukhuset[63]	100	103	83	103	108	86
	Sahlgrenska							
	Östra							
	Trollhättan	NU-sjukvården	75	76	70	79	81	74
Örebro	Karlskoga	Karlskoga lasarett	60	61	54	60	62	54
	Lindesberg	Lindesbergs lasarett	45	45	47	43	43	45
	Örebro	Universitetssjukhuset i Örebro	61	62	57	58	59	53
Östergötland	Linköping	Universitetssjukhuset i Linköping	54	57	41	61	64	46
	Motala	Motala lasarett	50	51	44	48	48	45
	Norrköping	Vrinnevisjukhuset	73	75	66	71	71	67

Tabell 15. Tid till läkarbedömning för riket (minuter)

Patientregisterdata för senaste perioden juni 2016–maj 2017 utan akutmottagning-arna som exkluderades i föregående mätperiod (juli 2015–juni 2016) på grund av kvalitetsbrist. Se faktaruta i bilaga 1 för förklaring av de statistiska måtten.

TTL	Ålder	N	P90	Kvartil 3	Median	Kvartil 1	P10
Riket	19–79	865 658	224	127	61	28	12
Riket	80+	194 244	202	112	53	23	9
Riket	19+	1 059 902	220	124	60	27	12

[1]Hallands sjukhus, Östersunds sjukhus, Universitetssjukhuset MAS, Universitetssjukhuset i Lund, Skellefteå lasarett, Kullbergska sjukhuset, Lycksele lasarett, Danderyds sjukhus, Örnsköldsviks sjukhus, Nyköpings lasarett, Karolinska sjukhuset (Solna), Södertälje sjukhus, Huddinge sjukhus, Norrtälje sjukhus, Mälarsjukhuset, Blekingesjukhuset, Ängelholms sjukhus, Köpings lasarett, Kristianstads sjukhus, Ystads lasarett, Helsingborgs lasarett.
Även akutmottagningarna i Norrbotten (Gällivare, Kalix, Kiruna, Piteå, Sunderby) är exkluderade eftersom de inte ingår i denna mätning för TTL (se kvalitetsbrist i bilaga 1).

[63] Mölndal, Sahlgrenska och Östra sjukhuset rapporteras sammanhållet som Sahlgrenska universitetssjukhuset från och med 2016.

Bilaga 5. Resultat fysisk tillgänglighet

Tabell 16. Antal och andel hälso- och vårdcentraler[1] i offentlig och privat regi samt antal apotek i respektive landsting och region

Landsting/ region	Antal mottag-ningar[1]		Andel (%)		Antal mot-tag-ningar/1 000 inv[2]	Antal apotek[2]
	Pri-vat	Offentlig	Pri-vat	Of-fent-lig		
Blekinge	8	13	38	62	0,13	20
Dalarna	5	23	18	82	0,10	40
Gotland	2	4	33	67	0,10	10
Gävleborg	16	28	36	64	0,15	45
Halland	26	24	52	48	0,15	48
Jämtland Härjedalen	4	22	15	85	0,20	27
Jönköping	15	34	31	69	0,14	52
Kalmar	12	27	31	69	0,16	38
Kronoberg	11	21	34	66	0,16	32
Norrbotten	4	27	13	87	0,12	41
Skåne	67	85	44	56	0,11	174
Stockholm	151	74	67	33	0,10	300
Sörmland	9	18	33	67	0,09	36
Uppsala	20	26	43	57	0,12	49
Värmland	10	26	28	72	0,13	46
Västerbot-ten	7	32	18	82	0,15	50
Västernorr-land	12	21	36	64	0,13	42
Västman-land	16	11	59	41	0,10	38
Västra Göt-aland	102	105	49	51	0,12	210
Örebro	4	29	12	88	0,11	42
Östergöt-land	9	33	21	79	0,09	63
Summa	**510**	**683**	**43**	**57**	**0,12**	**1 403**

[1] Vårdcentral, hälsocentral, hälsovårdscentral, husläkarmottagning, distriktsläkarmottagning, familjeläkar-mottagning eller liknande som är tillgängliga vardagar dagtid, någon tid mellan kl. 07.00 och 17.00.

[2] Apotek tillgängliga vardagar dagtid.

Tabell 17. Antal vårdmottagningar som har öppet under dagtid vardagar[1], under kvällstid vardagar[2], under natten[3], och under helgen[4] samt andelen mottagningar som under dagtid på vardagar har drop-in för respektive landsting och region

	Dagtid	Vardagkväll/vecka								
Landsting/region	**5 vardagar/vecka**	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**	**Lö–sö**	**Natt**	**Drop in (%)**	**Digitala besök**
Blekinge	19	2			1		2	1	5	PIDB
Dalarna	27	5	1				2	5	0	DB, DV
Gotland	6						1	1	67	
Gävleborg	44	7			1		7	4	11	
Halland	48	9	3		4	2	9	2	16	PIDB
Jämtland Härjedalen	24	2					2	1	35	DB, DV, Di
Jönköping	46	3	1			1	3	3	2	DB, DV
Kalmar	37	3				2	7	3	18	PIDB
Kronoberg	32	2			1		2	2	0	PIDB
Norrbotten	31	4					5	5	6	Di
Skåne	147	17	3			2	31	5	23	PIDB
Stockholm	223	22	1		1	2	22	7	22	PIDB
Sörmland	27	1	3		7	6	5	3	7	PIDB
Uppsala	43	3		1		1	4	4	59	PIDB
Värmland	32	1					5	3	3	PIDi
Västerbotten	39	1	1				2	3	18	Di
Västernorrland	33	4					4	3	9	PIDB, PIDi
Västmanland	27	2					2	2	7	PIDB
Västra Götaland	203	27	1	1	3	7	37	10	23	PIDB, PIDi
Örebro	33	4				2	4	3	3	PIDB
Östergötland	42	4					4	3	0	DB, DV
Summa	**1 163**	**123**	**14**	**2**	**18**	**25**	**160**	**73**	**18**	

[1] Vårdcentral, hälsocentral, hälsovårdscentral, husläkarmottagning, distriktsläkarmottagning, familjeläkarmottagning eller liknande som är tillgängliga vardagar dagtid, någon tid mellan kl. 07.00 och 17.00.
[2] Vårdcentral, hälsocentral, hälsovårdscentral, husläkarmottagning, distriktsläkarmottagning, familjeläkarmottagning eller liknande, jourmottagningar, jourcentraler, lättakuter, närakuter och akutmottagningar som är tillgängliga vardagar kvällstid, någon tid mellan kl. 17.00 och 24.00. I denna selektion ingår inte akutmottagningar som har öppet även nattetid alla dagar. Akutmottagningarna Hässleholm och Trelleborg i region Skåne samt akutmottagningen Alingsås i Västra Götalandsregionen ingår i denna selektion eftersom de inte har öppet på nattetid, men är tillgängliga vardagar dagtid samt kvällstid.
[3] I denna selektion ingår akutmottagningar som har öppet dygnet runt alla dagar i veckan samt jourmottagningar och jourcentraler som har öppet vardagar nattetid i första hand, och har även öppet nattetid helger. Akutmottagningar som är endast en specialitet ingår inte i denna selektion (t.ex. barnakutmottagningar och gynekologiska akutmottagningar, se även tabell X för liknande exempel).
[4] Vårdcentraler, hälsocentraler, husläkarmottagningar, jourmottagningar, jourcentraler, lättakuter och närakuter som är tillgängliga lördagar eller söndagar oavsett öppettider. I denna selektion ingår akutmottagningar som har öppet även nattetid alla dagar. Akutmottagningarna Hässleholm och Trelleborg i region Skåne samt akutmottagningen Alingsås i Västra Götalandsregionen ingår i denna selektion eftersom de inte har öppet på nattetid, men är tillgängliga lördag–söndag dagtid samt kvällstid.

PI = Planering/Projekt/Pilot, DB = Digitala besök som komplement till fysiska besök inom ordinarie vårdcentral[1], DV = Digital vårdcentral, Di = Distansbesök

Tabell 18. Tidsavstånd enligt tidsavståndklasser[1] till vårdmottagningar vid öppettider under dagtid[2], kvällstid[3], nattetid[4] och helgtid[5], samt andelen av befolkningen som inryms i dessa för respektive landsting och region.

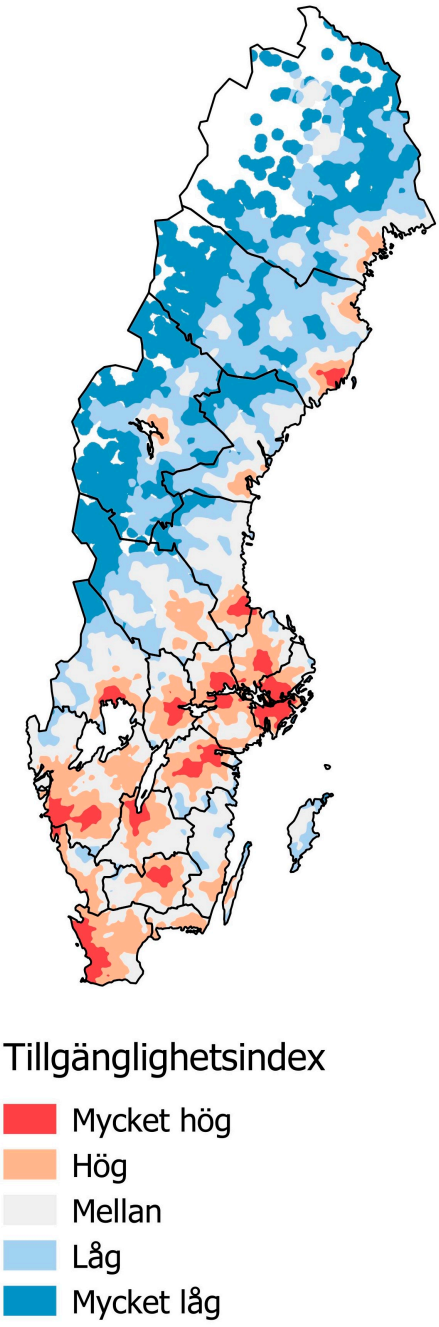
Landsting/region	Öppet-tid	<10 min	10-20 min	20-30 min	30-40 min	>40 min	To-talt	Totalt antal
Riket	Dag	91,7%	7,1%	0,8%	0,2%	0,1%	100%	9 971 239
	Kväll	64,1%	19,0%	9,3%	3,2%	4,4%	100%	9 913 294
	Helg	65,1%	19,3%	9,3%	3,0%	3,3%	100%	9 971 239
	Natt	50,0%	25,9%	13,4%	6,6%	4,1%	100%	9 971 239
Blekinge	Dag	89,5%	10,1%	0,0%	0,0%	0,3%	100%	158 254
	Kväll	46,4%	25,3%	27,2%	0,9%	0,3%	100%	158 254
	Natt	27,6%	16,3%	24,8%	26,4%	4,9%	100%	158 254
	Helg	52,6%	25,9%	20,3%	0,9%	0,3%	100%	158 254
Dalarna	Dag	80,9%	15,0%	3,2%	0,8%	0,1%	100%	284 218
	Kväll	50,9%	20,5%	13,2%	8,2%	7,2%	100%	284 218
	Natt	34,8%	33,3%	13,5%	9,0%	9,3%	100%	284 218
	Helg	50,9%	20,5%	13,2%	8,2%	7,2%	100%	284 218
Gotland	Dag	69,6%	22,9%	5,6%	1,0%	0,8%	100%	57 945
	Kväll	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0%	
	Natt	49,2%	15,2%	11,7%	10,2%	13,8%	100%	57 945
	Helg	50,7%	15,1%	13,3%	9,1%	11,8%	100%	57 945
Gävleborg	Dag	89,2%	9,5%	0,8%	0,4%	0,1%	100%	284 266
	Kväll	64,3%	19,4%	12,3%	3,0%	1,0%	100%	284 266
	Natt	46,5%	23,9%	17,2%	10,7%	1,7%	100%	284 266
	Helg	63,4%	20,3%	12,3%	3,1%	1,0%	100%	284 266
Halland	Dag	92,6%	7,3%	0,1%	0,0%	0,0%	100%	320 019
	Kväll	75,3%	23,8%	0,9%	0,0%	0,0%	100%	320 019
	Natt	36,1%	36,0%	22,6%	4,3%	1,0%	100%	320 019
	Helg	66,0%	30,6%	2,8%	0,6%	0,0%	100%	320 019
Jämtland	Dag	77,0%	14,1%	5,8%	2,2%	0,8%	100%	128 525
	Kväll	40,8%	11,7%	5,4%	7,2%	34,9%	100%	128 525
	Natt	39,8%	11,1%	5,3%	6,6%	37,3%	100%	128 525
	Helg	40,8%	11,7%	5,4%	7,2%	34,9%	100%	128 525
Jönköping	Dag	90,3%	9,3%	0,2%	0,0%	0,2%	100%	352 435
	Kväll	41,1%	23,9%	24,1%	10,2%	0,6%	100%	352 435
	Natt	39,2%	23,9%	23,4%	12,3%	1,3%	100%	352 435
	Helg	39,9%	24,1%	24,2%	10,9%	0,9%	100%	352 435
Kalmar	Dag	85,0%	13,8%	1,2%	0,0%	0,0%	100%	241 930
	Kväll	43,6%	19,2%	21,8%	10,7%	4,7%	100%	241 930

Landsting/region	Öppet-tid	<10 min	10-20 min	20-30 min	30-40 min	>40 min	To-talt	Totalt antal
	Natt	40,1%	17,0%	18,8%	11,8%	12,3%	100%	241 930
	Helg	54,0%	22,3%	18,0%	4,6%	1,1%	100%	241 930
Kronoberg	Dag	86,6%	12,4%	1,0%	0,0%	0,0%	100%	194 433
	Kväll	44,8%	17,9%	20,7%	15,5%	1,2%	100%	194 433
	Natt	44,7%	17,5%	17,5%	16,4%	3,8%	100%	194 433
	Helg	44,8%	17,7%	19,9%	16,9%	0,7%	100%	194 433
Norrbotten	Dag	81,3%	11,7%	3,5%	2,4%	1,2%	100%	249 938
	Kväll	38,0%	8,8%	11,7%	4,1%	37,4%	100%	249 938
	Natt	38,0%	34,5%	5,5%	6,5%	15,5%	100%	249 938
	Helg	30,1%	8,6%	25,6%	7,9%	27,9%	100%	249 938
Skåne	Dag	97,4%	2,6%	0,0%	0,0%	0,0%	100%	1 321 644
	Kväll	64,3%	25,6%	9,5%	0,6%	0,0%	100%	1 321 644
	Natt	48,5%	27,1%	15,4%	6,9%	2,1%	100%	1 321 644
	Helg	73,8%	19,4%	6,3%	0,4%	0,0%	100%	1 321 644
Stockholm	Dag	97,9%	1,9%	0,1%	0,1%	0,0%	100%	2 258 276
	Kväll	82,2%	14,4%	2,7%	0,5%	0,2%	100%	2 258 276
	Natt	57,6%	33,1%	7,2%	1,7%	0,4%	100%	2 258 276
	Helg	82,3%	14,3%	2,9%	0,3%	0,2%	100%	2 258 276
Södermanland	Dag	85,8%	13,5%	0,7%	0,0%	0,0%	100%	287 685
	Kväll	78,6%	16,4%	5,0%	0,1%	0,0%	100%	287 685
	Natt	53,0%	23,3%	20,6%	3,0%	0,1%	100%	287 685
	Helg	62,8%	21,7%	13,3%	2,3%	0,0%	100%	287 685
Uppsala	Dag	88,7%	10,2%	0,9%	0,2%	0,0%	100%	360 841
	Kväll	62,3%	22,3%	7,8%	4,7%	2,9%	100%	360 841
	Natt	58,3%	22,5%	14,9%	4,1%	0,2%	100%	360 841
	Helg	58,9%	26,5%	11,1%	3,3%	0,2%	100%	360 841
Värmland	Dag	83,9%	13,2%	2,7%	0,2%	0,0%	100%	279 054
	Kväll	32,1%	24,2%	7,6%	4,0%	32,1%	100%	279 054
	Natt	39,7%	24,5%	13,9%	10,2%	11,9%	100%	279 054
	Helg	52,5%	19,1%	12,6%	6,5%	9,3%	100%	279 054
Västerbotten	Dag	84,2%	11,6%	2,7%	0,8%	0,7%	100%	265 620
	Kväll	35,9%	8,3%	7,1%	5,9%	42,8%	100%	265 620
	Natt	54,5%	14,9%	8,8%	6,7%	15,1%	100%	265 620
	Helg	35,9%	8,3%	7,1%	5,9%	42,8%	100%	265 620
Västernorrland	Dag	86,9%	10,1%	2,3%	0,6%	0,1%	100%	245 249
	Kväll	57,5%	19,6%	9,7%	6,9%	6,2%	100%	245 249
	Natt	48,9%	18,4%	8,7%	15,5%	8,4%	100%	245 249

Landsting/region	Öppet-tid	<10 min	10-20 min	20-30 min	30-40 min	>40 min	To-talt	Totalt antal
	Helg	57,5%	19,6%	9,7%	6,9%	6,2%	100%	245 249
Västmanland	Dag	90,8%	8,8%	0,4%	0,0%	0,0%	100%	267 189
	Kväll	55,6%	26,4%	15,5%	2,5%	0,0%	100%	267 189
	Natt	55,6%	26,4%	15,5%	2,5%	0,0%	100%	267 189
	Helg	55,6%	26,4%	15,5%	2,5%	0,0%	100%	267 189
Västra Götaland	Dag	92,3%	7,0%	0,6%	0,1%	0,0%	100%	1 668 067
	Kväll	66,5%	18,8%	11,0%	2,9%	0,8%	100%	1 668 067
	Natt	50,3%	23,2%	14,0%	7,4%	5,1%	100%	1 668 067
	Helg	66,7%	22,5%	8,6%	1,7%	0,5%	100%	1 668 067
Örebro	Dag	90,7%	8,9%	0,4%	0,0%	0,0%	100%	294 547
	Kväll	70,6%	17,0%	8,4%	3,8%	0,3%	100%	294 547
	Natt	57,7%	19,2%	14,6%	5,9%	2,7%	100%	294 547
	Helg	67,4%	18,4%	9,9%	2,2%	2,1%	100%	294 547
Östergötland	Dag	90,5%	8,3%	1,2%	0,1%	0,0%	100%	451 104
	Kväll	63,2%	20,0%	10,2%	4,7%	1,9%	100%	451 104
	Natt	57,2%	20,5%	14,2%	5,8%	2,3%	100%	451 104
	Helg	63,1%	19,9%	11,4%	4,5%	1,1%	100%	451 104

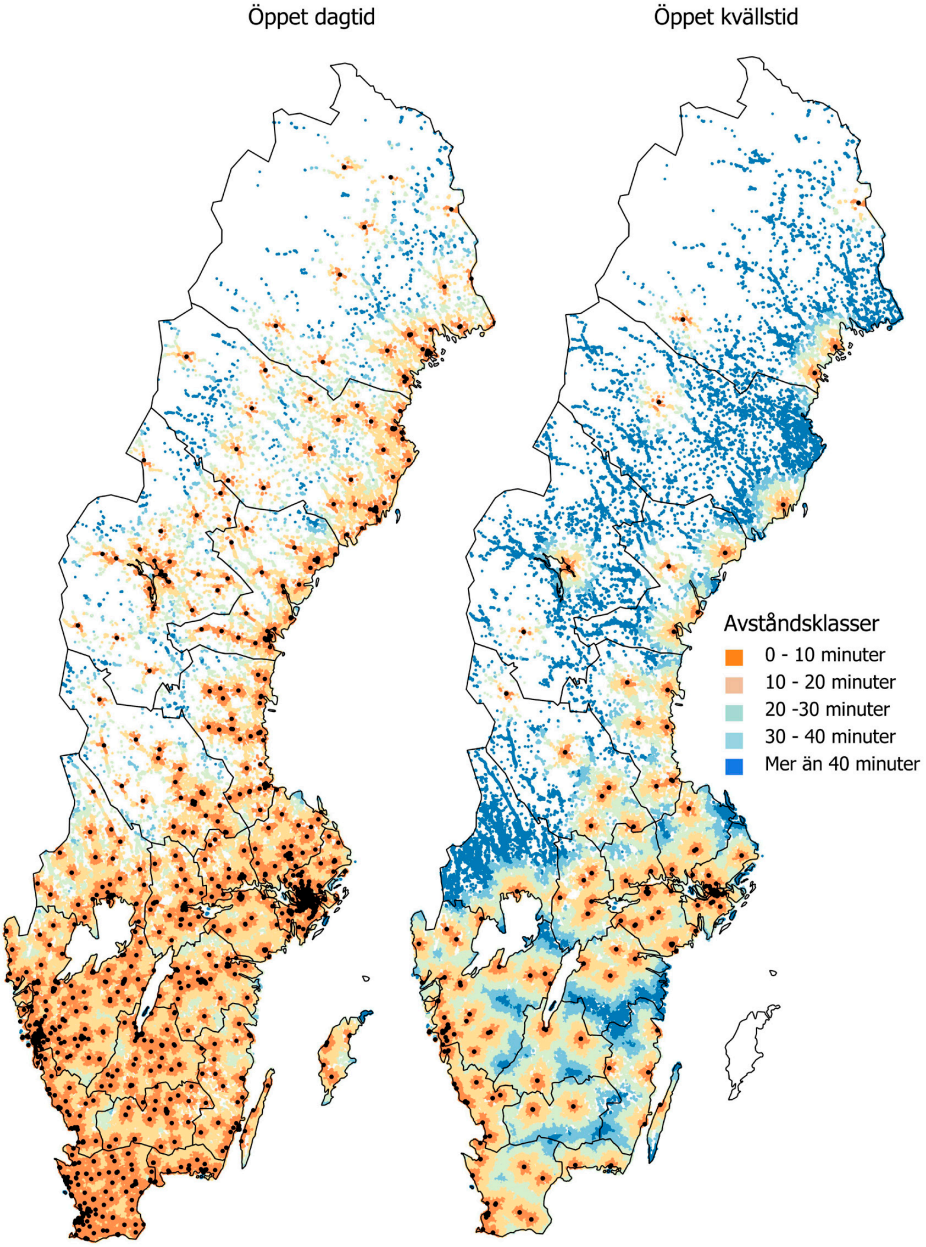
1 Metodbeskrivning för tidsavståndsberäkning finns i bilaga 1.
2 Vårdcentral, hälsocentral, hälsovårdscentral, husläkarmottagning, distriktsläkarmottagning, familjeläkarmottagning eller liknande som är tillgängliga vardagar dagtid, någon tid mellan kl 07.00 och 17.00.
3 Vårdcentral, hälsocentral, hälsovårdscentral, husläkarmottagning, distriktsläkarmottagning, familjeläkarmottagning eller liknande, jourmottagningar, jourcentraler, lättakuter, närakuter och akutmottagningar som är tillgängliga vardagar kvällstid, någon tid mellan kl. 17.00 och 24.00. I denna selektion ingår inte akutmottagningar som har öppet även nattetid alla dagar. Akutmottagningarna Hässleholm och Trelleborg i region Skåne, samt akutmottagningen Alingsås i Västra Götalandsregionen ingår i denna selektion eftersom de inte har öppet på nattetid, men är tillgängliga vardagar dagtid samt kvällstid.
4 I denna selektion ingår akutmottagningar som har öppet dygnet runt alla dagar i veckan, samt jourmottagningar och jourcentraler som har öppet vardagar nattetid i första hand, och har även öppet nattetid helger. Akutmottagningar som är endast en specialitet ingår inte i denna selektion (t.ex. barnakutmottagningar, gynekologiska akutmottagningar, etc., se även tabell 4 för liknande exempel).
5 Vårdcentraler, hälsocentraler, husläkarmottagningar, jourmottagningar, jourcentraler, lättakuter och närakuter som är tillgängliga lördagar eller söndagar oavsett öppettider. I denna selektion ingår akutmottagningar som har öppet även nattetid alla dagar. Akutmottagningarna Hässleholm och Trelleborg i region Skåne, samt akutmottagningen Alingsås i Västra Götalandsregionen ingår i denna selektion eftersom de inte har öppet på nattetid, men är tillgängliga lördag-söndag dagtid samt kvällstid.

Figur 15 b Tillgänglighetsindex. Landstingen och regionerna utifrån tillgänglighetsindex enligt tätbebyggt eller glesbebyggt område.
Se metodbeskrivning figur 24b.



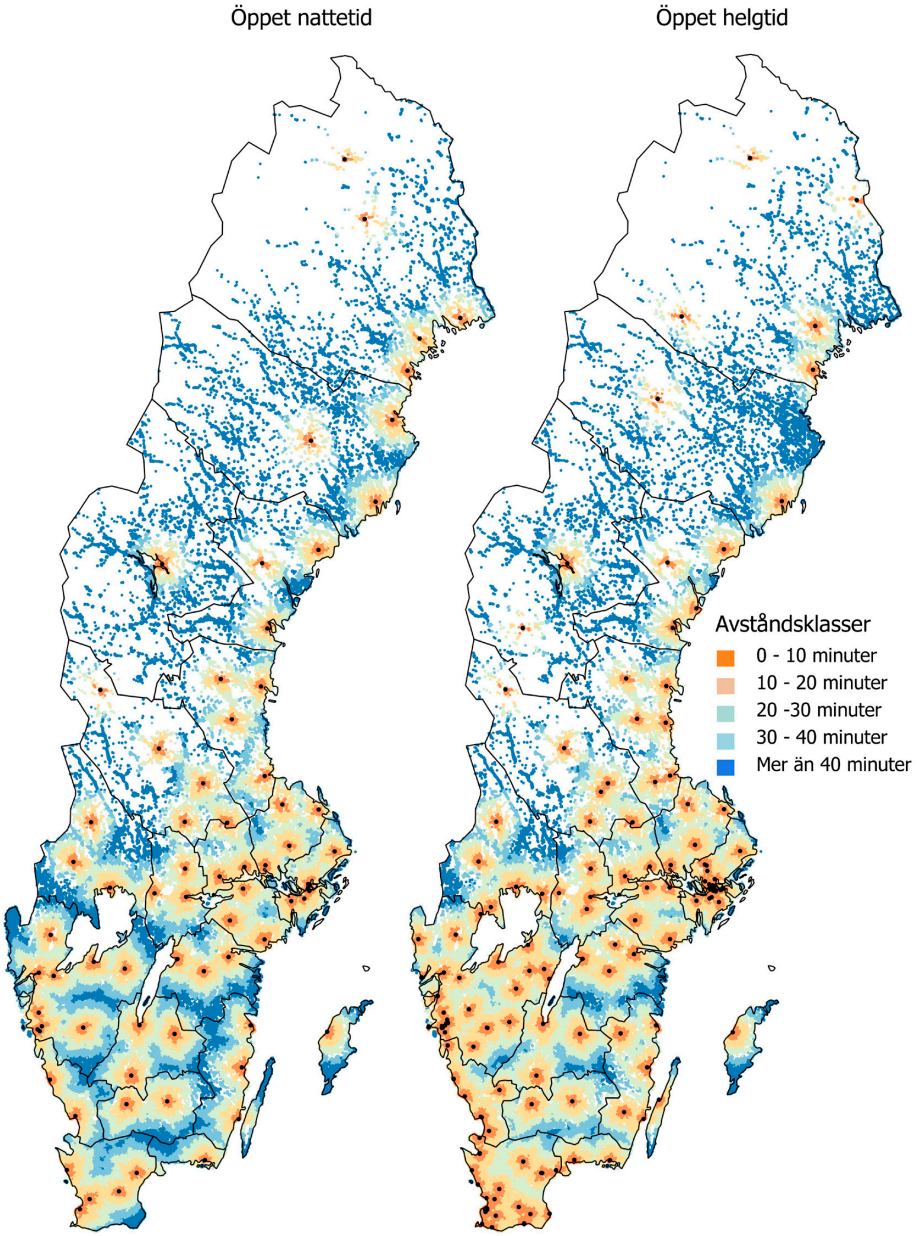
Källa: Tillväxtverket.

Figur 15c Illustration av tidavstånd till vårdmottagningar under dagtid och kvällstid.



Källa: Grunddata av Socialstyrelsen, bildbearbetning av Tillväxtverket.

Figur 15d Illustration av tidavstånd till vårdmottagningar under nattetid och helgtid.



Källa: Grunddata av Socialstyrelsen, bildbearbetning av Tillväxtverket.

Bilaga 6. Enkätfrågor den nationella patientenkäten

Tabell 19. Delfrågor och dimensioner primärvården.

Tillgänglig-het	Kontinuitet och koordi-nering	Information och kunskap	Respekt och bemötande	Delaktighet och involvering	Helhetsin-tryck	Emotion-ellt stöd
Fick du besöka hälso-/vårdcentralen inom rimlig tid?	Anser du att personalen på hälso-/vårdcentralen samordnar dina kontakter med vården i den utsträckning du behöver?	Fick du tillräckligt med information om: Behandlingen Medicinering och eventuella biverkningar Varningssignaler att vara uppmärksam på beträffande din sjukdom/ditt hälsotillstånd eller din medicinering/behandling?	Kände du dig bemött med respekt och värdighet oavsett: kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning eller ålder?	Diskuterade du och läkaren vad du själv kan göra för att förbättra din hälsa?	Anser du att ditt aktuella behov av vård blivit tillgodosett?	Om du kände obehag beträffande/om din sjukdom/ditt hälsotillstånd eller din medicinering/behandling bemöttes du med medkänsla och omsorg?
Fick du möjlighet att ställa de frågor du önskade?	Fick du träffa den läkare du ville träffa?	Förklarade läkaren medicineringen/behandlingen på ett sätt som du förstod?	Bemötte läkaren dig med medkänsla och omsorg?	Gav läkaren din familj/vårdnadshavare eller närstående den information de önskade?	Skulle du rekommendera hälso-/vårdcentralen till vänner och bekanta?	Hade du möjlighet att vid behov få känslomässigt stöd från läkaren?
Om din familj/närstående ville prata med en läkare, hade de då möjlighet att göra det?	Får du träffa samma läkare vid dina besök på hälso-/vårdcentralen?	Om du ställde frågor till personalen, fick du svar som du förstod?	Om du ställde frågor till personalen, svarade personalen med medkänsla och engagemang?	Gjorde läkaren dig delaktig i besluten beträffande din vård/behandling?	Upplevde du att atmosfären på hälso-/vårdcentralen var bra?	
Var det enkelt att ta sig till hälso-/vårdcentralen?	Om du vid besöket pratade med flera i personalen, var de samstämmiga i kommunikationen?	Under besöket, informerade personalen dig om eventuella förseningar?	Om personalen pratade med varandra om dig, kände du dig delaktig i samtalet?	Hade du önskat att du blivit mer delaktig i besluten beträffande din vård/behandling?		
Är du nöjd med de sätt du kan komma i kontakt med hälso-/vårdcentralen på (t.ex. 1177 Vårdguiden, telefon, e-tjänster, hemsida eller annat)?	Upplevde du att personalen samarbetade väl?					

Tabell 20. Delfrågor och dimensioner specialiserad öppenvård.

Till-gäng-lighet	Kontinuitet och koordi-nering	Information och kunskap	Respekt och bemö-tande	Delaktig-het och involve-ring	Helhetsin-tryck	Emotion-ellt stöd
Fick du besöka mottag-ningen/e nheten inom rim-lig tid?	Anser du att personalen på mottag-ningen/en-heten sam-ordnade dina kontakter med vården i den utsträck-ning du behö-ver?	Fick du tillräckligt med information om: Vård/Behandling Hur din sjukdom/ditt hälsotillstånd kan komma att påverka din vardag? Medicinering och eventuella biverk-ningar Varningssignaler att vara uppmärksam på beträffande din sjukdom/ditt hälsotill-stånd eller din medi-cinering/behand-ling? Vart du skulle vända dig om du behövde hjälp eller hade ytter-ligare frågor efter besöket?	Kände du dig bemött med respekt och värdighet oavsett: kön, könsöverskri-dande identi-tet eller ut-tryck, etnisk tillhörighet, re-ligion eller an-nan trosupp-fattning, funktionsned-sättning, sexu-ell läggning eller ålder?	Gav vård-personalen din fa-milj/vård-nadshavare eller närstå-ende den information de öns-kade?	Anser du att ditt aktuella behov av vård blivit tillgodosett?	Om du kände obe-hag beträf-fande/om din sjuk-dom/ditt hälsotill-stånd eller din medici-nering/be-handling bemöttes du med medkänsla och om-sorg?
Fick du möjlighet att ställa de frågor du öns-kade?	Frågade vård-personalen dig om vilka läkemedel du använder?	Förklarade läkaren medicineringen/be-handlingen på ett sätt som du förstod?	Bemötte läka-ren dig med medkänsla och omsorg?	Gjorde vårdperso-nalen dig delaktig i besluten beträffande din vård/be-handling?	Hur upp-levde du besöket som helhet?	Hade du möjlighet att vid be-hov få känslomäss-igt stöd från vårdperso-nalen?
Om din fa-milj/när-stående ville prata med nå-gon i vårdper-sonalen, hade de då möjlig-het att göra det?	Om du under vistelsen pra-tade med flera i perso-nalen, var de samstämmiga i kommunikat-ionen?	Om du ställde frågor till personalen, fick du svar som du för-stod?	Om du ställde frågor till per-sonalen, sva-rade persona-len med medkänsla och engage-mang?	Hade du önskat att du blivit mer delaktig u besluten beträffande din vård/be-handling?	Skulle du re-kommen-dera mot-tagningen/ enheten till någon an-nan i din si-tuation?	Om du vid besöket kände smärta, fick du snabbt hjälp med smärtlind-ring?
	Upplevde du att persona-len samarbe-tade väl?	Under besöket, infor-merade personalen dig om eventuella förseningar?	Om persona-len pratade med varandra om dig, kände du dig delaktig i sam-talet?	Tog vård-personalen hänsyn till dina egna erfaren-heter av din sjuk-dom/ditt hälsotill-stånd?	Upplevde du att at-mosfären på mottag-ningen/en-heten var bra?	
		Om det inför eller un-der besöket gjordes några provtag-ningar/undersök-ningar, förklarade vårdpersonalen re-sultaten på ett sätt som du förstod?	Om studenter var närva-rande vid din behand-ling/undersök-ning, hade du fått möjlighet att godkänna det i förväg?			

Tabell 21. Delfrågor och dimensioner specialiserad slutenvård.

Tillgänglighet	Kontinuitet och koordinering	Information och kunskap	Respekt och bemötande	Delaktighet och involvering	Helhetstryck	Emotionellt stöd
Fick du möjlighet att ställa de frågor du önskade?	Anser du att personalen på vårdavdelningen samordnade dina kontakter med vården i den utsträckning du behöver?	Fick du tillräckligt med information om: Vård/Behandling Medicinering och eventuella biverkningar Varningssignaler att vara uppmärksam på beträffande din sjukdom/ditt hälsotillstånd eller din medicinering/behandling? Vart du skulle vända dig om du behövde hjälp eller hade ytterligare frågor efter besöket?	Fick du tillräckligt med avskildhet när du och personalen pratade om din sjukdom/ditt hälsotillstånd eller din vård/behandling?	Gav vårdpersonalen din familj/vårdnadshavare eller närstående den information de önskade?	Anser du att ditt aktuella behov av vård blivit tillgodosett?	Hade du möjlighet att vid behov få känslomässigt stöd från vårdpersonalen?
Om din familj/närstående ville prata med någon i vårdpersonalen, hade de då möjlighet att göra det?	Om du under vistelsen pratade med flera i personalen, var de samstämmiga i kommunikationen?	Förklarade läkaren medicineringen/behandlingen på ett sätt som du förstod?	Kände du dig bemött med respekt och värdighet oavsett: kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning eller ålder?	Gjorde vårdpersonalen dig delaktig i besluten beträffande din vård/behandling?	Hur upplevde du vistelsen som helhet?	Om du kände obehag beträffande/om din sjukdom/ditt hälsotillstånd eller din medicinering/behandling bemöttes du med medkänsla och omsorg?
	Frågade vårdpersonalen dig om vilka läkemedel du använder?	Om du genomgick ett kirurgiskt ingrepp, diskuterade vårdpersonalen dina tobaks-/alkoholvanor med dig inför operationen?	Om du ställde frågor till personalen, svarade personalen med medkänsla och engagemang?	Hade du önskat att du blivit mer delaktig i besluten beträffande din vård/behandling?	Skulle du rekommendera vårdavdelningen till någon annan i din situation?	Om du vid besöket kände smärta, fick du snabbt hjälp med smärtlindring?
	Upplevde du att personalen samarbetade väl?	Blev du informerad om hur dina provtagningar, undersökningar eller behandlingar skulle genomföras?	Om personalen pratade med varandra om dig, kände du dig delaktig i samtalet?	Tog vårdpersonalen hänsyn till dina egna erfarenheter av din sjukdom/ditt hälsotillstånd?	Upplevde du att atmosfären på mottagningen/enheten var bra?	Kände du dig trygg under din vistelse på vårdavdelningen?
		Om det inför eller under besöket gjordes några provtagningar/undersökningar, förklarade vårdpersonalen resultaten på ett sätt som du förstod?	Om studenter var närvarande vid din behandling/undersökning, hade du fått möjlighet att godkänna det i förväg?	Tog personalen hänsyn till dina hem-/familjeförhållanden när din utskrivning planerades?	Upplevde du att det var rent på vårdavdelningen?	
		Om du ställde frågor till personalen, fick du svar som du förstod?	Bemötte läkaren dig med medkänsla och omsorg?			
		Under besöket, informerade personalen dig om eventuella förseningar?	Kände du förtroende för den vårdpersonal du träffade?			

Tabell 22. Delfrågor och dimensioner akutmottagningar.

Tillgänglighet	Kontinuitet och koordinering	Information och kunskap	Respekt och bemötande	Delaktighet och involvering	Helhetsintryck	Emotionellt stöd
23. Fick du möjlighet att ställa de frågor du önskade?	9. Om du vid besöket pratade med flera i vårdpersonalen, var de samstämmiga i kommunikationen?	11. Om du ställde frågor till vårdpersonalen, fick du svar som du förstod?	10. Om du ställde frågor till vårdpersonalen, svarade de med medkänsla och engagemang?	6. Tog läkaren hänsyn till dina egna erfarenheter av din sjukdom/ditt hälsotillstånd?	32. Anser du att ditt aktuella behov av vård/behandling har blivit tillgodosett?	27. Om du vid besöket kände smärta, fick du snabbt hjälp med smärtlindring?
30. Om din familj/närstående ville prata med en läkare, hade de då möjlighet att göra det?	31. Upplevde du att vårdpersonalen samarbetade väl?	20. Fick du tillräckligt med information om medicineringen och eventuella biverkningar?	13. Kände du dig bemött med respekt och värdighet oavsett: kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning eller ålder?	14. Gjorde läkaren dig delaktig i besluten beträffande din vård/behandling?	33. Skulle du rekommendera akutmottagningen till någon i din situation?	24. Om du kände obehag beträffande din sjukdom/ditt hälsotillstånd eller din medicinering/behandling bemöttes du med medkänsla och omsorg?
2. Bedömde vårdpersonalen ditt hälsotillstånd när du kom till akutmottagningen?	7. Frågade läkaren dig om vilka läkemedel du använder?	18, Fick du tillräckligt med information om din vård/behandling?	12. Om vårdpersonalen pratade med varandra om dig, kände du dig delaktig i samtalet?	29. Gav vårdpersonalen din familj/närstående den information de önskade?	34. Kände du dig väl omhändertagen och trygg när du var på akutmottagningen?	25. Hade du möjlighet att vid behov få känslomässigt stöd från vårdpersonalen (t.ex. om du kände oro, rädsla, ångest eller motsvarande)?
		21. Fick du tillräckligt med information om varningssignaler att vara uppmärksam på beträffande din sjukdom/ditt hälsotillstånd eller din medicinering/behandling?	3. Hur blev du bemött av vårdpersonalen som tog emot dig vid ankomsten/receptionen?	15. Är du delaktig i besluten beträffande din vård/behandling i den utsträckning du önskar?	35. Upplevde du att det var rent på akutmottagningen?	
		4. Fick du information om i vilken turordning vårdpersonalen tog hand om (prioriterade) patienterna?	8. Bemötte vårdpersonalen dig med medkänsla och omsorg?		38. Blev du nöjd med besöket som helhet på akutmottagningen?	
		16. Fick du tillräckligt med information om väntetider under ditt besök?	26. Fick du tillräckligt med avskildhet när du och vårdpersonalen pratade om ditt tillstånd eller behandling?			
		17. Fick du tillräckligt med information om din sjukdom/ditt hälsotillstånd?				
		22. Förklarade läkaren medicineringen/behandlingen på ett sätt som du förstod?				
		28. Om det gjordes några provtagningar/undersökningar (t.ex. blodprov eller röntgen), förklarade läkaren resultaten på ett sätt som du förstod?				
		19. Fick du tillräckligt med information om vart du skulle vända dig om du behövde hjälp eller hade ytterligare frågor efter besöket?				

Bilaga 7. Egenavgifter i hälso- och sjukvården

Patientavgifter i primärvården

En patient betalar under en tolvmånadersperiod högst 1 100 kronor för öppen hälso- och sjukvård. Region Örebro län har som enda landsting ett lägre belopp på 900 kronor. Öppenvården är avgiftsfri för personer som är 85 år eller äldre sedan den 1 januari 2017. Nästan samtliga landsting har även avgiftsfri öppenvård för barn och unga under 20 år. För övriga befolkningen gäller en avgift för besök till primärvårdsläkare på 0–300 kronor per besök. Sörmland är det enda landsting som inte tar ut någon avgift för sina patienter medan Region Jämtland Härjedalen har högst avgift med 300 kronor. Medianen i riket är 200 kronor. Det förekommer vissa undantag från ordinarie avgifter: i t.ex. Jönköping är primärvårdsbesök hos läkare avgiftsfria om det är via en remiss från specialistläkare och i Västra Götaland kostar besöket 300 istället för 100 kronor om det genomförs på annan än den ”valda” vård- och hälsocentralen [68].

Patientavgifter i öppenvården

Högkostnadsskyddet gäller i både den specialiserade öppenvården och primärvården. Patientavgiften till specialistläkare i öppenvården beror på om besöket är efter remiss eller inte. För besök till specialist utan remiss är medianskostnaden 300 kronor. Variationen mellan landstingen och regionerna är 200–400 kronor. Det finns fyra landsting och regioner som har olika avgifter beroende på vilken specialitet patienten besöker. Besök hos en specialistläkare efter remiss kostar 0–400 kronor med en median på 150 kronor. Jönköping och Norrbotten tar inte ut någon avgift för besök efter remiss medan Sörmland som har avgiftsfria besök till primärvårdsläkare tar 400 kronor för besök hos specialist [68].

Patientavgifter i slutenvården

I alla landsting och regioner utom Örebro kostar det 100 kronor per dag att vara inlagd i slutenvården om man är över 20 år. I Örebro kostar det 80 kronor för personer 25 år och äldre. I alla landsting och regioner är det kostnadsfritt för barn och unga under 18 år. Vissa landsting och regioner har även särskilda regler om maxtaxa samt lägre avgift beroende på årsinkomst (Blekinge och Kronoberg) [68].

Patientavgifter i akutsjukvården

Avgiften för ett besök till någon av landets akutmottagningar är 200–420 kronor beroende på landsting och region. Medianen i riket är 320 kronor. Ett besök i primärvården under jourtid är generellt billigare och kostar 100–400 kronor med en median på 200 kronor per besök [68].