

Rapport 2015:5

Varierande väntan på vård

Analys och uppföljning av
den nationella vårdgarantin



► vårdanalys



Citera gärna ur Vårdanalys rapporter,
men ange alltid källa.

Rapporten finns även publicerad
på www.vardanalys.se

Beställning av Vårdanalys tryckta rapporter:
registrator@vardanalys.se
Box 6070, 102 31 Stockholm

© Myndigheten för vårdanalys

Grafisk Design och produktion: Les Creatives Sthlm

Omslagsbild: istock/Getty Images

Tryck: TMG Sthlm, Stockholm 2015

ISBN: 978-91-87213-43-4

Varierande väntan på vård

Analys och uppföljning av
den nationella vårdgarantin

Beslut

Beslut om denna rapport har fattats av Myndigheten för vårdanalys styrelse. Utredaren Åsa Ljungvall har varit föredragande. I den slutliga handläggningen har analyschefen Christofer Montell deltagit.

Stockholm 2015-05-28
Myndigheten för vårdanalys

Anders Anell
Styrelseordförande

Karin Tengvald
Vice styrelseordförande

Mef Nilbert
Styrelseledamot

Eva Fernvall
Styrelseledamot

Fredrik Lennartsson
Myndighetschef

Åsa Ljungvall
Föredragande

Förord

Bristande tillgänglighet med långa väntetider har varit ett återkommande problem i svensk hälso- och sjukvård och står i kontrast till de över lag goda medicinska resultaten. En viktig reform i arbetet mot ökad tillgänglighet och kortare väntetider har varit införandet av den så kallade vårdgarantin. Den anger hur länge du som längst ska behöva vänta på att komma i kontakt med vården och få den vård som du behöver via fyra fastställda hållpunkter i vårdkedjan: kontakt med primärvården, läkarbesök i primärvården, nybesök hos specialist och påbörjad behandling. Återbesök, utredning och undersökning är exempel på delar som inte ingår.

Myndigheten för vårdanalys (Vårdanalys) har på uppdrag av regeringen följt upp vårdgarantin. Vid sidan av en uppföljning av vårdgarantins efterlevnad ingår också en analys av vad som påverkar hur väl vårdgarantins tidsgränser hålls, en belysning av eventuella undanträngningseffekter samt en analys av vilken information som ges till patienter om vårdgarantin och vilka förutsättningar detta ger för jämlik vård. Den här rapporten presenterar våra resultat och slutsatser. Vår förhoppning är att den ska tjäna som underlag för det fortsatta arbetet för förbättrad tillgänglighet och kortare väntetider till planerad vård.

Arbetet har letts av utredaren Åsa Ljungvall. I projektgruppen har även Rickard Lunnerdal och Nils Janlöv ingått. Under arbetets gång har vi haft regelbunden kontakt med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) (Harald Grönqvist, Martin Midböe och Hélène Ellström) och Socialstyrelsen (Marianne Hanning, Rocio Winnersjö, Sevim Barbasso Helmers och Christina Carlsson). SKL administrerar och utvecklar den nationella väntetidsdatabasen som ligger till grund för uppföljningen av vårdgarantin i den här rapporten, och samordnar också projekt som syftar till förbättrad tillgänglighet och kortare väntetider i vården. Socialstyrelsen

har lång erfarenhet inom området, exempelvis genom tidigare uppföljningar av vårdgarantin. Socialstyrelsen har också andra pågående projekt inom tillgänglighetsområdet. Dessa möten har inneburit värdefulla diskussioner och utbyten för vårt arbete. Gruppen har också fått möjlighet att läsa och lämna synpunkter på ett tidigare utkast av rapporten. Som en del av vår kvalitetssäkring har dessutom Roger Molin på SKL läst ett utkast av rapporten och lämnat synpunkter. Professor Tor Iversen på Oslo universitet har läst och lämnat kommentarer på ett utkast av den kvantitativa analysen som presenteras i bilaga 4.

Avslutningsvis vill vi rikta ett varmt tack till alla de personer som deltagit i de intervjuer som utgjort en del av arbetet med den här rapporten. Era bidrag har varit mycket värdefulla!

Stockholm i juni 2015

Fredrik Lennartsson
Myndighetschef

Sammanfattning

Långa väntetider i vården har varit ett långvarigt problem i Sverige. Bristande tillgänglighet och långa väntetider är en av de vanligaste orsakerna till klagomål på sjukvården. En rad undersökningar visar också att svenska patienter upplever sjukvården som mindre tillgänglig än patienter i andra jämförbara länder. Det finns även tecken på att kortare väntetider hänger ihop med ett högre förtroende för sjukvården, vilket gör att väntetider också är en viktig fråga för hälso- och sjukvårdens samlade legitimitet hos befolkningen.

Att förbättra tillgängligheten har varit ett uttryckligt mål för hälso- och sjukvårdspolitiken under lång tid. Den så kallade vårdgarantin är sedan 2010 lagstadgad och ställer krav på vården att tillhandahålla vissa delar av vårdkedjan inom givna tidsgränser. Vårdgarantin anger att patienter ska komma i kontakt med primärvården samma dag och att ett besök hos primärvårdsläkare ska, vid behov, fås inom sju dagar. Besök hos specialisläkare ska fås inom 90 dagar från att en remiss skrivs, och behandling ska påbörjas inom 90 dagar från att beslut om behandling tas.

Myndigheten för vårdanalys (Vårdanalys) har haft i uppdrag av regeringen att göra en fördjupad analys av tillgänglighet i hälso- och sjukvården (S2014/8929/SAM). Uppdraget består av fyra frågeställningar:

1. Att följa upp i vilken utsträckning som tidsgränserna i den nationella vårdgarantin följs.
2. Att analysera varför långa väntetider uppstår och vilka centrala utmaningar och hinder det finns för att uppnå rimliga väntetider för patienter i hela landet.
3. Att belysa eventuella undanträngningseffekter i den specialiserade vården till följd av vårdgarantin.

4. Att beskriva vårdgivarnas och vårdpersonalens information till patienter om vårdgarantin och analysera om informationen skapar förutsättningar för en jämlik och jämställd vård.

Den här rapporten redovisar resultat och slutsatser från arbetet. I enlighet med formuleringarna i uppdraget fokuserar rapporten på vårdgarantin. Det är dock viktigt att ha i åtanke att den så kallade kömiljarden, som under 2009-2014 utgjort en prestationsbaserad ersättning med implicit syfte att stödja vårdgarantin, även har påverkat verksamheterna.

RESULTAT OCH SLUTSATSER

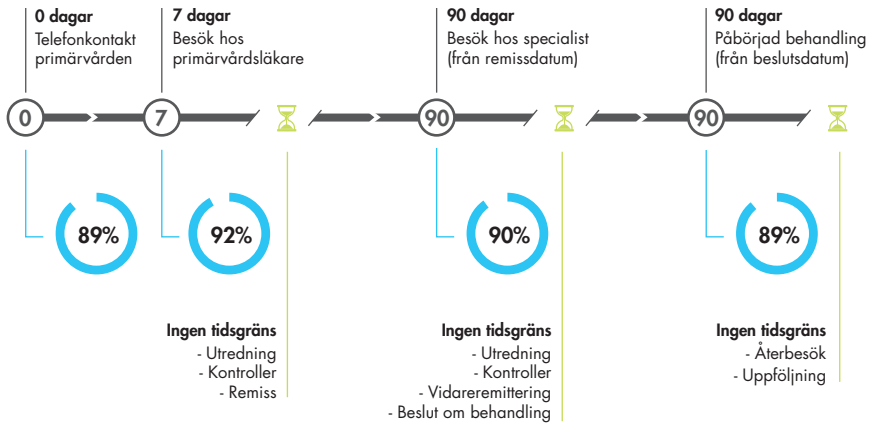
- ▶ *Vårdgarantin följs för omkring 90 procent av patienterna, men det finns betydande skillnader mellan och inom landsting samt vårdområden*

Vi har följt upp i vilken utsträckning som tidsgränserna i vårdgarantin hålls. Informationen kommer från den så kallade väntetidsdatabasen, en databas som administreras av Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och dit landstingen rapporterar hur många patienter som fått vård inom olika tidsgränser. Resultaten sammanfattas i följande punkter:

Omkring 90 procent av patienterna fick vård inom vårdgarantins gränser under 2014: 89 procent av patienterna kom i kontakt med primärvården på telefon samma dag de ringde. 92 procent fick träffa en läkare i primärvården inom sju dagar. 90 procent av patienterna fick träffa en specialistläkare inom 90 dagar och 89 procent fick en operation inom 90 dagar.

Vissa tecken på försämrad tillgänglighet som behöver fortsätta att följas: Infriandet av vårdgarantin under 2014 är i nivå med de senaste två årens utfall, men utvecklingen uppvisar en liten negativ trend, som även ser ut att fortsätta under början av 2015. Vi observerar även att antalet som väntar på nybesök hos specialist eller operation har ökat de senaste åren, medan antalet genomförda besök och operationer inte har ökat i samma takt. Dessa trender kan vara tecken på försämrad tillgänglighet, vilket gör det särskilt angeläget att fortsätta följa utvecklingen.

Andel patienter som fått vård inom vårdgarantins tidsgränser 2014.



Stor variation mellan landsting: Andelen patienter som fick läkarbesök inom sju dagar i primärvården varierade mellan 80 och 97 procent bland landstingen. På liknande sätt skilde sig andelen som fick besök hos specialistläkare inom 90 dagar mellan 81 och 98 procent, och andelen som fick operation inom 90 dagar varierade mellan 75 och 98 procent. Även inom enskilda vårdområden finns det stora skillnader mellan landsting. Exempelvis varierade medianväntetiden för ett nybesök hos specialist inom hjärtsjukvården mellan 27 och 70 dagar för män och mellan 27 och 78 dagar för kvinnor.

Stor variation mellan vårdområden i specialistvården: Medan 99 procent av patienterna inom hematologi och cancersjukvård fick ett besök hos specialist inom 90 dagar, var motsvarande siffra inom allergisjukvården 73 procent. Vad gäller väntetider till operation fick 95 procent av patienterna inom thoraxkirurgi en operation inom 90 dagar, medan 70 procent av patienterna som väntade på plastikkirurgi fick operation inom 90 dagar. De medicinska konsekvenserna av att vårdgarantins tidsgränser inte hålls kan dock skilja sig mellan olika vårdområden.

Stor variation mellan enskilda kliniker i specialistvården: Även om andelen patienter som får vård inom vårdgarantins tidsgränser på nationell nivå är omkring 90 procent, finns det många verksamheter där andelen är avsevärt lägre. För nybesök hos specialist klarar den sämsta procenten av verksamheterna vårdgarantins tidsgräns för mindre än 40

procent av patienterna, och de sämsta tio procenten av verksamheterna infriar tidsgränserna för mindre än 75 procent av patienterna. Vad gäller operation, infriar den sämsta procenten av verksamheterna vårdgarantin för upp till 35 procent av patienterna, och för de sämsta tio procenten är motsvarande siffra 67 procent.

Stor variation över året: Sannolikheten att få vård i specialistvården inom vårdgarantins gränser varierar betydligt över året. Jämfört med övriga patienter har patienter som fått nybesök hos specialist eller en operation efter sommar- eller jul- och nyårsledigheterna oftare väntat mer än 90 dagar. Hur snabbt man får vård beror alltså på när på året man behöver den.

Generellt sett ser vi inga betydande skillnader i väntetider mellan män och kvinnor, även om det finns verksamheter där även denna aspekt kan behöva ses över.

- ▶ *Väntetiderna kan kortas genom effektivare användning av tillgängliga resurser såsom bättre arbetssätt och mer ändamålsenlig personalförsörjning*

Vi har analyserat vad som förklarar skillnaderna mellan landsting i hur väl vårdgarantins tidsgränser hålls i specialistvården. Både kvantitativ (statistik) och kvalitativ (intervjuer) metodik har använts. Den kvantitativa analysen visar att uppfyllelsen av vårdgarantin är högre vid a) högre produktivitet (när läkare genomför fler besök och operationer per år och när fler operationer görs per vårdplats); b) när landstingen köper mer vård från andra landsting; och c) när det finns fler läkare och vårdplatser. Exempelvis visar analysen att om läkare i specialistvården i snitt skulle genomföra ett ytterligare mottagningsbesök per arbetsdag skulle infriandet av vårdgarantin för besök hos specialist kunna öka med nära fem procentenheter. Om ett landsting skulle köpa vård för motsvarande ytterligare två procentenheter av de totala kostnaderna för den somatiska specialiserade vården, skulle vårdgarantins efterlevnad kunna öka med omkring fyra procentenheter, både vad gäller besök hos specialist och operation.

Den kvalitativa analysen pekar i samma riktning då potentialen i förändrade arbetssätt ofta lyfts fram som viktig för att förbättra väntetids-situationen. Men på några ställen framkommer också bemanningsproblem som ett hinder i arbetet med väntetider.

Att vårdgarantin följs i varierande utsträckning bland verksamheterna har alltså flera förklaringar, men kan generellt kopplas till hur mycket personal som finns och till hur personalen används. Vi menar därför att det finns stora möjligheter att uppnå kortare väntetider inom de ramar som ges av dagens strukturer och totala ekonomiska resurser.

► *Vårdgarantin är möjlig att förena med medicinska prioriteringar och behöver inte leda till undanträngning*

Ända sedan vårdgarantin infördes har det funnits en diskussion om att den leder till undanträngning, det vill säga att patienter med mindre medicinska behov prioriteras före patienter med större behov. Att vårdgarantin leder till undanträngning är exempelvis en utbredd uppfattning i enkätsvar bland verksamma i vården. På grund av metodologiska svårigheter och brist på data ger dock de kvantitativa studier som belyst undanträngning inga tydliga svar på huruvida det förekommer.

Undanträngning kan ske på flera olika sätt. Vi har använt en kvalitativ ansats för att öka förståelsen om undanträngning inom specialistvården till följd av vårdgarantin. Som utgångspunkt har vi identifierat punkter i hanteringen av remisser och väntelistor där det finns risk för undanträngning. Därefter har vi intervjuat läkare som bedömer inkommande remisser och personer som bokar in och kallar patienter till besök eller operation. Vi har således endast berört de typer av undanträngning som kan ske i den här hanteringen, men det finns även andra typer av undanträngning. Undersökningen har genomförts i fem landsting och inom två områden, neurologi och ortopedi.

Vår samlade bedömning är att professionerna i stor utsträckning förmår att balansera vårdgarantin och medicinska prioriteringar. Vårdgarantin behöver alltså inte medföra undanträngning utan är möjlig att förena med medicinska prioriteringar. Men i intervjuerna framkommer också exempel på undanträngning, exempelvis i prioriteringen mellan ny- och återbesök samt vid prioritering av patienter som närmar sig vårdgarantins tidsgränser. Det är vårdens ansvar att se till att undanträngning inte sker, och att arbeta parallellt med väntetider och medicinska prioriteringar är en viktig ledarskapsfråga.

► *Landstingen ger i många fall otillräcklig information och bristande stöd till patienter som inte får vård inom vårdgarantins gränser*

Landstingen har ett stort ansvar för att informera patienter om vårdgarantin. Om landstinget inte kan erbjuda patienten vård inom vård-



garantins tidsgränser ska patienten informeras om detta och erbjudas vård hos annan vårdgivare. Landstingen är också skyldiga att täcka kostnader som uppstår i samband med att patienter väljer att nyttja denna möjlighet.

Vi har kartlagt vilken information och vilket stöd landstingen ger till patienter vad gäller vårdgarantin inom specialistvården. Den generella informationen om vårdgarantin som landstingen tillhandahåller allmänheten via sina webbplatser är funktionell och lättillgänglig. I de fall patienter riskerar att inte få vård inom vårdgarantins tidsgränser ges däremot i många fall ingen ytterligare eller individuellt anpassad information. Ett stort ansvar läggs därför på patienten själv att kontakta vården för att få mer detaljerad information och patientens eget agerande påverkar möjligheten att byta vårdgivare. Vilken information och vilket stöd som ges varierar dock både mellan och inom landsting.

Att patientens förmåga till egna initiativ spelar stor roll utgör ett problem ur jämlikhetsperspektiv. Initiativförmåga ska inte vara en faktor som påverkar vilken vård en patient får. Men risken är stor att vissa befolkningsgrupper kommer att vara mer benägna än andra att söka information och själva kontakta vården, för att sedan, ifall de vill, nyttja möjligheten att byta vårdgivare och därmed få vård snabbare. Patienter som inte själva tar detta initiativ kommer i stället gå miste om möjligheten till snabbare vård på annat ställe, och får stå kvar i kön i det egna landstinget.

► *Det är viktigt att följa väntetiderna ur ett patientperspektiv och inte begränsa tillgänglighetsarbetet till vårdgarantins hållpunkter*

Vårdgarantin gör nedslag vid fyra specifika punkter i vårdkedjan, vilket innebär att alla delar av en patients vårdkontakter inte omfattas. Diagnostisering, utredning, undersökningar och återbesök är exempel på delar som inte ingår. En avgränsad uppföljning av hur väl vårdgarantins tidsgränser hålls säger inte heller något om kvaliteten på den vård som ges eller hur vårdprocessen har fungerat för patienten. Dessa aspekter är naturligtvis också väsentliga för patienten, och de påverkar den totala väntetiden och vårdens sammantagna tillgänglighet.

Det är väsentligt med en vårdgaranti som sätter en tidsgräns för när patienten ska få vård. Men det är också viktigt att tillgänglighetsarbetet inte avgränsas till vårdgarantins tidsgränser, utan det bör även se till andra aspekter som är betydelsefulla för den patientupplevda tillgängligheten.

- ▶ *Vårdgarantin fyller en viktig funktion, men behöver kompletteras med andra insatser för patienter med svårare och flera sjukdomar*
Vårdgarantin vänder sig till en bred grupp av patienter; alla ska få vård inom de gränser som vårdgarantin anger och gränserna är desamma oavsett diagnos och svårighetsgrad. Tidsgränserna är således inte kopplade till medicinska behov, vilket gör att exempelvis 90 dagars väntan i specialistvården är en alldeles för lång väntan för vissa patienter medan en rimlig väntan ur ett medicinskt perspektiv i andra fall.

Till följd av sin breda ansats riktar sig vårdgarantin i första hand till patienter med relativt sett mindre medicinska behov och den utgör en viktig grund för den offentligt finansierade vårdens legitimitet. Vårdgarantin har dessutom fyllt ett viktigt syfte genom att verka som ett förändringstryck på sjukvården. Vårdgarantin är dock i sin nuvarande form inte en heltäckande tillgänglighetsreform. Som beskrivs ovan behöver tillgänglighetsarbetet inkludera ytterligare aspekter i tillägg till vad som idag ingår i vårdgarantin. Därtill behövs andra reformer för att förbättra tillgängligheten, särskilt vad gäller mål om förbättrad samordning, kontinuitet och kortare väntetider för patienter med svårare eller flera och komplexa sjukdomar.

REKOMMENDATIONER

Utifrån rapportens resultat och slutsatser lämnar Vårdanalys följande rekommendationer inför det fortsatta arbetet med att korta vårdens väntetider.

- ▶ *Regeringen bör vidta ytterligare och riktade åtgärder där vårdgarantins efterlevnad är särskilt bristfällig*

Det finns flera verksamheter där vårdgarantins uppfyllelse är betydligt lägre än rikssnittet. Vid sidan av ett fortsatt brett förbättringsarbete bör regeringen vidta ytterligare åtgärder som riktar sig särskilt till dessa verksamheter.

- ▶ *Regeringen bör se över hur vårdgarantin eller andra styrmedel kan utvecklas för att bredda och fördjupa tillgänglighetsarbetet*

Det är viktigt att inte låta det fortsatta tillgänglighetsarbetet enbart kretsa kring vårdgarantin i sin nuvarande form, med fyra nedslag i en lång vårdkedja och med samma tidsgränser oavsett diagnos och svårighetsgrad. Det fortsatta tillgänglighetsarbetet behöver inkludera fler delar av vårdkedjan, omfatta samordnings- och kontinuitetsaspekter



och kompletteras med insatser för patienter med större och mer komplexa behov.

▶ *Regeringen bör i samverkan med landstingen utveckla en nationell standard för information kring vårdgarantin*

För att alla patienter ska ha möjlighet att använda sig av information och få stöd i bytet av vårdgivare i de fall landstingen inte kan erbjuda vård inom vårdgarantins tidsgränser, är det av stor betydelse att informationen är lättillgänglig och anpassad efter patientens förutsättningar. Landstingen har ett stort och tydligt ansvar för att ge sådan information. Vi menar att patienter och landsting skulle ha nytta av att det finns en nationell standard för hur informationen ska se ut.

▶ *Regeringen bör säkerställa fortsatt uppföljning av väntetider och vårdgarantins uppfyllelse*

Även om tillgänglighetsarbetet behöver breddas är väntetider och hur väl vårdgarantins tidsgränser uppfylls en fortsatt angelägen fråga som inte får glömmas bort i ett bredare tillgänglighetsarbete. Återkommande uppföljning av väntetider och vårdgarantins uppfyllelse kan bidra till fortsatt fokus på detta viktiga förbättringsarbete.

▶ *Regeringen bör säkerställa att ändamålsenlig väntetidsstatistik finns tillgänglig*

Utvecklandet av väntetidsdatabasen har varit en viktig förutsättning för att kunna följa upp hur väl vårdgarantins tidsgränser hålls. Det är angeläget att säkerställa fortsatt tillgång till information om väntetider i vården. Men väntetidsdatabasen behöver också utvecklas på flera punkter, bland annat vad gäller kunskap om täckningsgrad, insamling av detaljerad data och metoderna för insamling av data för primärvården. Detta är viktigt för en bredare och bättre uppföljning av väntetidssituationen.

▶ *Landstingen behöver fortsätta och påskynda arbetet med att hitta nya och effektiva arbetssätt, särskilt vad gäller läkarnas tidsanvändning*

Vi menar att förbättrade arbetssätt och bättre utnyttjande av tillgängliga resurser är en viktig faktor i arbetet med att korta väntetider, och att stora förbättringar kan göras inom rådande strukturer. Detta är en uppgift som varje landsting och verksamhet måste arbeta med. Arbetet måste ske på flera nivåer, från landstingsledning till verksamhetsnära nivå.

► *Landstingen behöver hitta sätt att säkerställa tillgången till personal, både säsongsmässigt och på längre sikt*

I vissa verksamheter är bemanningsproblem ett hinder för arbetet med väntetider. Därtill är väntetiderna generellt betydligt längre vissa delar av året till följd av personalens frånvaro. Verksamheten bör i större utsträckning planeras efter patienternas vårdbehov. Men landstingen behöver också hitta sätt att säkerställa tillgången på personal på längre sikt så att det skapas förutsättningar för att planera verksamheten och klara vårdgarantins tidsgränser.

► *Landstingen bör i ökad utsträckning genomföra medicinska revisioner kring eventuell förekomst av undanträngningseffekter*

Som komplement till landstingens olika former av administrativ uppföljning av väntetider och vårdgaranti, menar vi att landstingen i större utsträckning även borde göra medicinska revisioner som följer upp de medicinska prioriteringarna. Vid sidan av att sätta ljuset på hur medicinska prioriteringar görs och följs, skulle dessa kunna fungera som ett värdefullt stöd i arbetet inom den egna verksamheten.

Innehåll

1 Inledning	21
1.1 Analys och uppföljning av den nationella vårdgarantin	21
1.2 Väntetider är en del av ett bredare tillgänglighetsbegrepp	21
1.3 Väntetider är en angelägen fråga för patienterna	22
1.4 Vårdgaranti, kömiljard och tillgänglighetsmiljard är verktyg för att minska väntetider	23
1.5 Vårdanalys analyserar vårdgarantin och väntetider utifrån fyra frågeställningar	28
1.6 Vårdanalys rapport tar avstamp i tidigare uppföljningar av vårdgarantin	29
1.7 Rapportens disposition.....	30
2 Uppföljning av vårdgarantin	33
2.1 Redovisning av infriandet av vårdgarantins fyra mätpunkter	33
2.2 Antalet väntande patienter ökar.....	60
2.3 Den patientupplevda tillgängligheten är sämre än resultaten baserade på väntetidsdatabasen	64
3 Förklaringar till skillnader i vårdgarantins uppfyllelse.....	71
3.1 Kvantitativ analys för att undersöka vad som förklarar skillnader i uppfyllelsen av vårdgarantin	71
3.2 Kvalitativa analysen pekar på att förändrade arbetssätt gör skillnad, men på vissa ställen är personalbrist ett hinder.....	76
3.3 Flera beröringspunkter mellan kvantitativa och kvalitativa analysen och med andra rapporter	81

4 Undanträngning	87
4.1 Undanträngning handlar om avsteg från medicinska prioriteringar.....	87
4.2 Det finns flera typer av undanträngning.....	92
4.3 Kvantitativa studier om undanträngning ger inga entydiga svar.....	96
4.4 Verksamma inom vården menar att vårdgarantin och kömiljarden leder till undanträngning.....	98
4.5 Undanträngning i praktiken – från remiss till besök.....	99
5 Information om vårdgarantin till patienter	115
5.1 Patienter rapporterar liten kännedom om vårdgarantin.....	115
5.2 Landsting och vårdgivare har stort ansvar för att informera om vårdgarantin och hjälpa patienter att byta vårdgivare.....	116
5.3 Varierande men i många fall bristfällig och otillräckligt anpassad information.....	118
5.4 Bättre information och stöd till enskilda patienter skulle öka förutsättningarna för jämlik och jämställd vård.....	129
6 Slutsatser	135
6.1 Sammantagna slutsatser.....	135
6.2 Rekommendationer inför det fortsatta arbetet med kortare väntetider i vården.....	141
7 Referenser	151
Bilagor	157
Bilaga 1 - Infriande av vårdgarantin på landstingsnivå 2012-2014.....	157
Bilaga 2 - Patient Rörlighet.....	160
Bilaga 3 - Landsting som rapporterar in detaljerad data till väntetidsdatabasen.....	162
Bilaga 4 - Kvantitativ analys av förklaringar till skillnader i vårdgarantins uppfyllelse.....	163
Bilaga 5 - Förteckning över intervjupersoner.....	180

Inledning

I det här kapitlet introduceras Myndigheten för vårdanalys (Vårdanalys) regeringsuppdrag och de frågeställningar som studeras i rapporten. Därutöver ges en kort bakgrund om tillgänglighet och väntetider. Vårdgarantin, liksom den tidigare kömiljarden och den nya tillgänglighets- och samordningsmiljarden, beskrivs.

1.1 ANALYS OCH UPPFÖLJNING AV DEN NATIONELLA VÅRDGARANTIN

Vårdanalys har fått i uppdrag av regeringen att göra en fördjupad analys av tillgängligheten i hälso- och sjukvården (S2014/8929/SAM). Uppdraget består av att göra en uppföljning av väntetider och i vilken utsträckning som den nationella vårdgarantin uppnås. Väntetiderna ska redovisas och analyseras uppdelat på kön där så är möjligt.

Vidare ska Vårdanalys belysa eventuella undanträngningseffekter i den specialiserade vården till följd av vårdgarantin. Uppdraget består därutöver i att beskriva vårdgivarnas och vårdpersonalens information till patienter om vårdgarantin samt analysera om informationen skapar förutsättningar för en jämlik och jämställd vård. Avslutningsvis ingår även att analysera varför långa väntetider uppstår och vilka centrala utmaningar och hinder det finns för att uppnå rimliga väntetider för patienter i hela landet.

Den här rapporten redovisar resultaten och slutsatserna från arbetet.

1.2 VÄNTETIDER ÄR EN DEL AV ETT BREDARE TILLGÄNGLIGHETSBEGREPP

Tillgänglighet inom hälso- och sjukvården är ett brett begrepp som omfattar många aspekter. I den här rapporten ligger huvudfokus på väntetider som



är ett av flera element i det bredare tillgänglighetsbegreppet. I ett ramverk skapat av Levesque och medförfattare (2013), och som Vårdanalys (2014a) bearbetat och översatt, konceptualiseras begreppet tillgänglighet utifrån fem parametrar som listas i figur 1: *förtroende och legitimitet, kunskap och information, ändamålsenlighet, kostnader och fysisk tillgänglighet*.

Den här rapporten handlar i första hand om den *fysiska tillgängligheten*, där väntetider placeras i ramverket. Men även inom den fysiska tillgängligheten finns ytterligare aspekter utöver väntetider som rapporten inte tar upp. Samtidigt berör rapporten fler parametrar än den fysiska tillgängligheten, men dessa är i samtliga fall tydligt kopplade till väntetider. Exempelvis analyserar vi i kapitel 5 *kunskap och information* om vårdgarantin. Väntetider och den fysiska tillgängligheten har också med *förtroende och legitimitet* att göra eftersom långa väntetider riskerar att försämra medborgarnas och patienternas syn på vården.

Figur 1. Tillgänglighetsbegreppet utifrån fem parametrar.



Källa: Vårdanalys (2014a). Bearbetad utifrån Levesque och medförfattare (2013).

1.3 VÄNTETIDER ÄR EN ANGELÄGEN FRÅGA FÖR PATIENTERNA

Väntetider är en viktig fråga för patienterna. I en patientenkät från 2014 framkommer att dålig tillgänglighet eller lång väntetid är den vanligaste orsaken till att patienter vill framföra synpunkter eller klagomål på vården (Vårdanalys 2015). I en internationell jämförelse visar det sig att svenska patienter upplever tillgängligheten till hälso- och sjukvården som sämre än patienter i andra jämförbara länder (Vårdanalys 2014b). Vidare visar Vårdanalys (2014a) att en hög uppfyllelse av vårdgarantin vad gäller läkarbesök i primärvården samvarierar med ett högt förtroende för primärvården, vilket gör att väntetidsfrågan också är viktig för hälso- och sjukvårdens samlade legitimitet hos befolkningen. Sett ur ett patient- och medborgarperspektiv är därför väntetider en mycket angelägen fråga.

I första hand är det just patienterna som riskerar att drabbas negativt och tvingas genomgå onödigt lidande av långa väntetider. Lidandet är i många fall både fysiskt och psykiskt eftersom det kan vara mentalt påfrestande att vänta på behandling. Sammantaget leder detta till försämrad livskvalitet under väntetiden. Dessutom finns en risk att patienter är mindre produktiva medan de väntar på behandling och kanske inte kan utföra sitt jobb på ett tillfredsställande sätt, vilket också leder till ökade samhällskostnader. En ytterligare faktor är att långa väntetider riskerar att försämra patientens hälsa ytterligare, vilket både är negativt för patienten själv och kan leda till ökade kostnader för vården och samhället i stort. En sådan situation kan uppstå om en mer omfattande och kostsam behandling behövs sättas in på grund av försämrat hälsoläge under väntetiden eller om patienten tvingas söka vård akut. Dessutom riskerar vårdpersonalens arbetsmiljö att försämrats och vårdens kostnader att stiga i takt med att väntetider blir längre, eftersom mer resurser och tid då krävs för att administrera köerna.

Trots att långa väntetider har många negativa konsekvenser finns det ändå en poäng med att vissa väntetider tillåts förekomma i vården. En orsak till att viss väntetid i en del fall kan vara positiv är att patienter kan behöva en tid för att ställa in sig och förbereda sig på att ett ingrepp ska genomföras eller en behandling inledas, samt att det kan finnas medicinska orsaker till att större ingrepp inte genast kan utföras. Vissa väntetider kan också behövas för att kunna planera verksamheten och säkerställa ett jämnt inflöde av patienter. Dessutom kan möjligheten att kalla patienter på en väntelista hjälpa till att balansera behovet av att erbjuda akutsjukvård med behovet av planerad vård.

1.4 VÅRDGARANTI, KÖMILJARD OCH TILLGÄNGLIGHETSMILJARD ÄR VERKTYG FÖR ATT MINSKA VÄNTETIDER

Flera varianter av styrningsverktyg har använts i olika länder för att försöka få bukt med långa väntetider. Ett populärt instrument de senaste decennierna har varit att införa olika typer av vårdgarantiner (Siciliani m.fl. 2013). I Sverige infördes en vårdgaranti ursprungligen 1992. Denna har sedan förändrats och utvecklats över tid. I det här avsnittet introduceras i första hand den nationella vårdgarantin som är ett huvudtema för rapporten, men även den tidigare kömiljarden och den nya tillgänglighets- och samordningsmiljarden beskrivs.

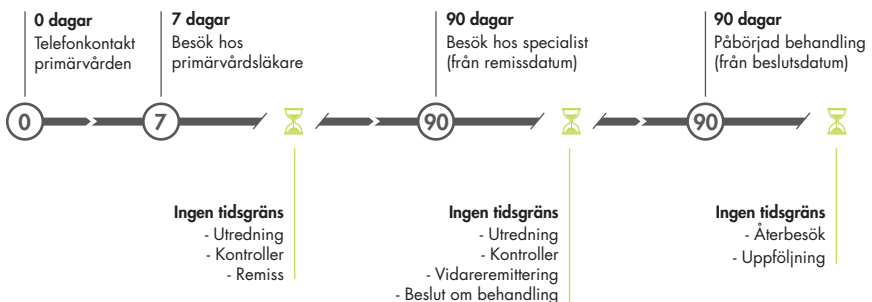


1.4.1 Vårdgarantin ställer krav på vården att tillhandahålla vissa delar av vårdkedjan inom givna tidsramar

Långa väntetider har under en längre period uppfattats som ett problem i svensk hälso- och sjukvård. I ett försök att åtgärda dessa problem infördes en första vårdgaranti 1992 genom en överenskommelse mellan staten och dåvarande landstingsförbundet (Skr. 1990/91:97). Den omfattade ett begränsat antal diagnoser som var särskilt drabbade av långa väntetider. Sedan dess har vårdgarantier i olika former funnits. År 2005 infördes en nationell vårdgaranti som till sitt innehåll i sak motsvarar den nuvarande. Däremot var vårdgarantin fram till 2010 endast en överenskommelse mellan regeringen och landstingen och blev först 2010 ett lagstadgat krav genom bestämmelsen i 3 g § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Vårdgarantins mätpunkter och de nuvarande tidsgränserna illustreras i figur 2 och brukar sammanfattas med tidsgränserna 0-7-90-90. I 3 g § hälso- och sjukvårdslagen anges de fyra vårdgarantigränserna, men utan att bestämma antalet dagar som ska gälla för respektive gräns. I stället specificeras tidsgränserna i 2 § förordningen (2010:349) om vårdgaranti (se textruta).

Vårdgarantin avser enbart planerad vård. Som figur 2 visar gör den nedsteg vid fyra specifika punkter i vårdkedjan. Det innebär att inte alla delar i en patients resa genom vården omfattas av vårdgarantin. Exempelvis börjar vårdgarantins 90 dagar till behandling att räknas från den dag beslut tagits om att behandlingen ska genomföras. Men vårdgarantin reglerar inte hur lång tid det ska ta från att ett första specialistbesök genomförs till att diagnostisering och utredning ska ske och beslut om åtgärd ska tas (se 2 § förordningen om vårdgaranti). Det gör att processen från att primärvården kontaktas till att en behandling i specialistvården inleds kan bli betydligt längre än 187 (0+7+90+90) dagar utan att vårdgarantins gränser har

Figur 2. Nationella vårdgarantins fyra hållpunkter och tidsgränser.



överstigits. På samma sätt inkluderas inte återbesök vare sig i primär- eller specialistvården i vårdgarantin, vilket innebär att det för den här typen av besök inte finns någon övre väntetidsgräns.

Vårdgarantin är utformad på samma sätt för alla patienter. Den är med andra ord varken anpassad till olika förhållanden mellan sjukdomsområden eller skillnader i enskilda patienters behov. Därför kan vårdgarantin ses som en maximal väntetidsgräns som garanterar alla patienter en lägstanivå vad gäller tillgänglighet i form av väntetider. Det innebär att vårdgarantin är mer relevant för vissa vårdområden och vissa patientergrupper än för andra. Inom vårdområden där patienter generellt behöver vård snabbt eller för enskilda patienter som är allvarligt sjuka har vårdgarantin liten betydelse eftersom det

Vårdgarantin i hälso- och sjukvårdslagen och förordningen om vårdgaranti

3 g § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

Landstinget ska erbjuda vårdgaranti åt dem som omfattas av landstingets ansvar enligt 3 eller 3 c §. Vårdgarantin ska innehålla en försäkran om att den enskilde inom viss tid får

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

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om de tidsperioder inom vilka vårdgarantin ska vara uppfylld samt föreskrifter i övrigt om vårdgarantins innehåll. Lag (2014:822).

2 § förordningen om vårdgaranti (2010:349)

Vårdgarantin enligt 3 g § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) ska innehålla en försäkran om att landstingen uppfyller

1. tillgänglighetsgarantin samma dag som den enskilde söker kontakt med primärvården,
2. besöksgarantin inom primärvården inom 7 dagar från det att den enskilde har sökt kontakt med primärvården, om vårdgivaren har bedömt att den enskilde behöver besöka läkare,
3. besöksgarantin inom den specialiserade vården inom 90 dagar från det att remiss har utfärdats eller, om någon remiss inte är nödvändig, från det att den enskilde har sökt kontakt med den specialiserade vården, och
4. behandlingsgarantin inom 90 dagar från det att vårdgivaren har beslutat att den enskilde ska få den aktuella vården.



alltid är det medicinska behovet som avgör ifall vård ska erbjudas snabbare än vårdgarantins tidsgränser (prop. 2009/10:67 s. 40-41).

Flera regioner och landsting (fortsättningsvis benämnt landsting) har infört egna vårdgarantier som går utöver den nationella vårdgarantin genom att sätta upp kortare tidsgränser för när vård ska ges. Som ett exempel har Stockholms läns landsting valt en tidsgräns på fem dagar i stället för sju för läkarbesök i primärvården och en tidsgräns på 30 i stället för 90 dagar för besök i specialistvården. Vårdanalys analyserar i den här rapporten den nationella vårdgarantin och följer inte närmare upp de regionala garantierna.

Vårdgarantier finns även i flera andra länder. I textrutan nedan beskrivs de garantier som finns i Danmark och Norge kortfattat. Danmark har en mer differentierad vårdgaranti med olika tidsgränser för högre och lägre prioriterade patienter. Norges garanti är mer individualiserad där prioriterade patienter får en behandlingsplan med individuellt anpassade tidsgränser.

I Sverige har vårdgivaren en skyldighet att ge patienten individuellt anpassad information om vårdgarantin (3 kap. 2 § och 3 kap. 6 § patientlagen 2014:821 samt prop. 2009/10:67 s. 77). Även ansvarig hälso- och sjukvårdspersonal ska se till att patienten och dennes närstående ges information om vårdgarantin (6 kap. 6 § patientsäkerhetslagen samt prop. 2013/14:106 s. 136). Om landstinget inte inom vårdgarantins tidsgränser kan erbjuda besök

Vårdgarantier i Danmark och Norge

Danmark

I Danmark finns en vårdgaranti i den specialiserade vården. I den ingår en utredningsgaranti som anger att en utredning eller plan för utredning ska erbjudas inom 30 dagar. Därefter gäller för behandling en differentierad vårdgaranti som anger att högt prioriterade patienter ska behandlas inom 30 dagar och lägre prioriterade patienter inom 60 dagar. Dessutom tas för livshotande cancer- och hjärtsjukdomar särskilda planer fram med standardiserade vårdförlopp som anger väntetidsmål för olika delar av vårdkedjan. (Vårdanalys 2014a)

Norge

Den norska vårdgarantin anger att den specialiserade vården inom 30 dagar från mottagen remiss ska besluta om patientens prioritering för behandling enligt nationellt uppsatta kriterier. För prioriterade patienter ska också en behandlingsplan med individuellt anpassade väntetidsgränser tas fram. Väntetiderna beslutas med hjälp av nationella riktlinjer som tagits fram för att hjälpa läkare att avgöra vilken väntetid som är lämplig för den enskilde patienten. För patienter som enligt kriterierna inte bedöms vara prioriterade finns ingen maximal väntetidsgräns till behandling. (Askildsen m.fl. 2013)

i den specialiserade vården eller behandling inom landstingets planerade vård, ska landstinget se till att patienten får vård hos en annan vårdgivare utan extra kostnad för patienten (3 h § hälso- och sjukvårdslagen). I övrigt finns det inga särskilda sanktioner kopplade till ett misslyckande att från landstingens sida leva upp till vårdgarantin.

Sedan 1 januari 2015 finns en lagstadgad möjlighet att välja utförare inom primärvården och den specialiserade öppenvården (till exempel dagkirurgi) i valfritt landsting (9 kap. 1 § patientlagen, 5 § hälso- och sjukvårdslagen samt prop. 2013/14:106 s. 125). För patienter som väljer att söka vård utanför sitt hemlandsting gäller inte vårdgarantin (prop. 2013/14:106 s. 91). Landstingen är alltså inte skyldiga att erbjuda utomlänspatienter vård inom vårdgarantins tidsgränser.

1.4.2 Kömiljarden var en prestationsbaserad ersättning till landstingen baserad på väntetider

År 2009 infördes den så kallade kömiljarden (Regeringskansliet och SKL 2009). Kömiljarden var en prestationsbaserad ersättning som belönade landsting som levde upp till uppsatta väntetidsmål inom planerad specialiserad vård. Hur dessa väntetidsmål såg ut under 2013-2014 presenteras i tabell 1. Det första kravet i tabellen var ett grundläggande krav som måste vara uppfyllt för att någon ersättning överhuvudtaget skulle betalas ut. Ersättningen fördelades sedan mellan de övriga målen och alla landsting som levde upp till ett visst mål fick en andel av medlen. Fördelningen av kömiljarden viktades baserat på landstingens befolkningsstorlek.

Förutom dessa väntetidskrav innehöll kömiljarden några ytterligare krav, inklusive att rapportera till väntetidsdatabasen (som administreras av Sveriges kommuner och landsting (SKL) och som låg till grund för utbetalningarna av kömiljarden). Utbetalningar av kömiljarden baserades på månadsvis uppföljning av väntetider i den planerade specialiserade vården

Tabell 1. Krav på den planerade specialistvården för att få ta del av kömiljarden.

Kömiljardens fördelningskrav 2013-2014

70 procent av patienterna har väntat högst 60 dagar på besök respektive behandling (grundläggande krav)

70 procent av patienterna har genomfört besök inom 60 dagar

70 procent av patienterna har genomgått behandling inom 60 dagar

80 procent av patienterna har genomfört besök inom 60 dagar

80 procent av patienterna har genomgått behandling inom 60 dagar



och var alltså inte kopplad till primärvården. Kömiljarden reglerades via årliga överenskommelser mellan regeringen och landstingen, varav den senaste avsåg 2014 (Regeringskansliet och SKL 2013).

Utbetalningen av 2014 års kömiljard gjordes i början på 2015, men därefter avskaffades kömiljarden i sin prestationsbaserade form. I enlighet med formuleringarna i det regeringsuppdrag som ligger till grund för den här rapporten, fokuserar rapporten på vårdgarantin och inte kömiljarden. Men eftersom kömiljarden har funnits under den period som berörs i rapporten är det viktigt att ha i åtanke att även kömiljarden har påverkat verksamheterna.

1.4.3 Kömiljarden försvinner men en tillgänglighets- och samordningsmiljard införs

En ny överenskommelse mellan regeringen och SKL (Regeringskansliet och SKL 2015) som avser 2015 slöts i april 2015. Överenskommelsen skiljer sig mot den tidigare kömiljarden genom att den inte längre är prestationsbaserad. Den har också ett bredare fokus på tillgänglighet i allmänhet snarare än på väntetider specifikt och inkluderar även samordning och patientcentrering. Totalt nästan en miljard kronor ska fördelas utifrån befolkningsstorlek till åtgärder baserade på aktuella utvecklingsbehov i de enskilda landstingen. För att ta del av medlen måste landstingen presentera handlingsplaner där det bland annat anges vilka åtgärder som kommer att genomföras. Dessutom måste landstingen fortsätta att rapportera till den nationella väntetidsdatabasen för att ta del av medel. 4,8 miljoner kronor avsätts till SKL för att utveckla det nationella stödet för insatser som bidrar till överenskommelsens övergripande mål.

1.5 VÅRDANALYS ANALYSERAR VÅRDGARANTIN OCH VÄNTETIDER UTFRÅN FYRA FRÅGESTÄLLNINGAR

I den här rapporten analyseras vårdgarantin och väntetider utifrån de fyra frågeställningar som framkommer i regeringsuppdraget. Dessa sammanfattas i figur 3 där det också framkommer vilken typ av metod som används för respektive frågeställning. Varje enskild frågeställning behandlas i ett eget kapitel i rapporten. Sammantaget används både kvantitativ och kvalitativ metod. Genom en bred ansats som innehåller resultat baserade på alltifrån intervjuer med vårdpersonal och patientenkäter till regressionsanalys är målsättningen att bidra med ökad kunskap som kan ligga till grund för fortsatt utveckling och styrning av väntetider i hälso- och sjukvården.

Figur 3. Sammanfattning av de metoder som används för att analysera rapportens fyra frågeställningar.



1.6 VÅRDANALYS RAPPORT TAR AVSTAMP I TIDIGARE UPPFÖLJNINGAR AV VÅRDGARANTIN

Ända sedan den första vårdgarantin infördes 1992 har den regelbundet följts upp och utvärderats. Socialstyrelsen har återkommande haft i uppdrag att undersöka effekterna av vårdgarantin och kömiljarden och har genomfört ett antal uppföljningar (se t.ex. Socialstyrelsen 2012, 2013a och 2014). En rad olika frågeställningar har undersökts. Den generella slutsatsen från Socialstyrelsens arbete avseende väntetidsutvecklingen är att vårdgarantireformerna verkar ha minskat väntetiderna i den specialiserade vården som nu har stabiliserats kring en nivå där runt 90 procent får vård inom tidsgränserna. Reformerna verkar inte ha haft någon större effekt på väntetiderna i primärvården, men där får sedan tidigare omkring 90 procent av patienterna vård inom tidsgränserna. Utöver Socialstyrelsens rapporter har också Vårdanalys (2014a) i sin rapport *Låt den rätte komma in* analyserat reformernas effekter på tillgänglighet i hälso- och sjukvården och når där en liknande slutsats som Socialstyrelsen.



Frågeställningen om undanträngning till följd av vårdgarantin har också undersökts tidigare. Redan när de första vårdgarantierna infördes fanns en oro för att undanträngning kunde uppstå och frågan har diskuterats under lång tid. Bland annat fick frågan om undanträngning förnyad uppmärksamhet när vårdgarantin blev en del av hälso- och sjukvårdslagen och när kömiljarden infördes 2009-2010. Framför allt Socialstyrelsen (2013a), men även andra aktörer, har gjort ett antal försök att undersöka frågan om undanträngning. Den sammantagna bilden är att en relativt stor andel verksamma inom vården anser att undanträngning förekommer, men att det på grund av metodsvårigheter är svårt att dra slutsatser om undanträngning i kvantitativa studier.

Även vad gäller landstingens information till patienter om vårdgarantin har framför allt Socialstyrelsen (bl.a. 2011 och 2013a) undersökt frågan i sina tidigare uppföljningar av vårdgarantin. I dessa uppföljningar har det konstaterats att brister och förbättringspotential finns. Detta gör det angeläget att fortsätta följa och undersöka informationsgivningen.

Den av våra frågeställningar som är minst belyst i tidigare studier är den om vad som förklarar skillnader mellan landsting i hur väl vårdgarantin infrias. Socialstyrelsen (2011) har tidigare gjort viss analys av den här typen, men det här är den första undersökningen som använder data som löper över flera år för att undersöka vad som förklarar skillnaderna.

1.7 RAPPORTENS DISPOSITION

Rapporten är uppbyggd kring de fyra frågeställningar som presenteras i avsnitt 1.5 och i figur 3. Kapitel 2 innehåller en uppföljning av vårdgarantin. Kapitel 3 utgår från resultaten i kapitel 2 som bland annat visar att vårdgarantins uppfyllelse i stor utsträckning skiljer sig mellan landsting. Med hjälp av både kvantitativ (statistik) och kvalitativ (intervjuer) metod är syftet att analysera vad som kan förklarar dessa skillnader.

Kapitel 4 belyser eventuella undanträngningseffekter i specialistvården till följd av vårdgarantin. Här redovisas bland annat resultat från den intervjustudie vi har genomfört i syfte att skapa ökad förståelse för vilka bedömningar och avvägningar som görs i hanteringen av remisser, och ifall det finns risk för att vårdgarantin eller kömiljarden leder till felprioriteringar.

Kapitel 5 beskriver vilken information patienter får om vårdgarantin, och en analys görs av om detta främjar en jämställd och jämlik vård.

Kapitel 6 innehåller våra samlade slutsatser och rekommendationer från arbetet.

Uppföljning av vårdgarantin

I det här kapitlet används den nationella väntetidsdatabasen för att redovisa hur stor andel av patienterna som får vård inom vårdgarantins tidsgränser. Kapitlet börjar med en beskrivning av väntetidsdatabasen som sedan följs av en genomgång av vårdgarantins uppfyllelse uppdelad på garantins fyra mätpunkter. I genomgången belyser vi utvecklingen över tid och undersöker bland annat skillnader i vårdgarantins uppfyllelse mellan landsting, vårdområden och verksamheter. Kapitlet avslutas med en jämförelse mellan statistik från väntetidsdatabasen och patientupplevda väntetider från patientenkäter.

2.1 REDOVISNING AV INFRIANDET AV VÅRDGARANTINS FYRA MÄTPUNKTER

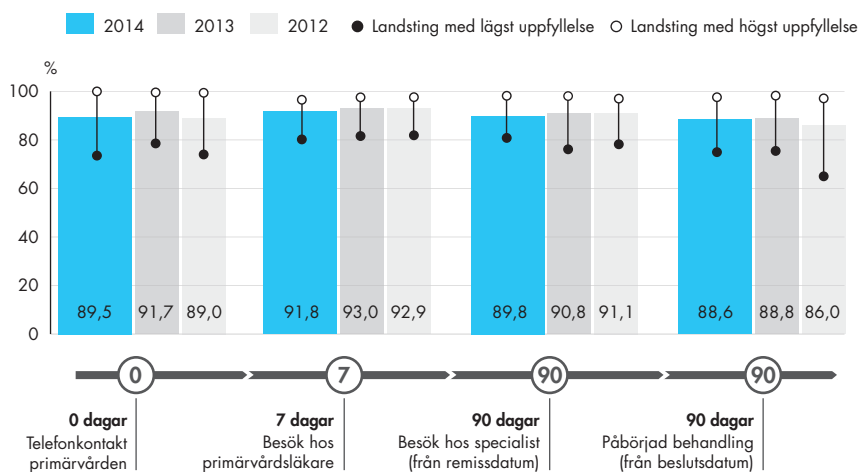
Figur 4 visar den övergripande bilden över i vilken utsträckning patienter enligt SKL:s väntetidsdatabas år 2012, 2013 och 2014 erbjöds vård inom de tidsgränser som vårdgarantin anger. Under 2014 följdes vårdgarantin på nationell nivå för mellan 89 och 92 procent av patienterna, beroende på vilken av vårdgarantins fyra hållpunkter (kontakt med primärvården samma dag, läkarbesök i primärvården inom 7 dagar, läkarbesök i specialistvården inom 90 dagar och påbörjad behandling inom 90 dagar) som avses. Resultaten påvisar inga markanta förändringar jämfört med de senaste två åren då andelarna också legat omkring 90 procent, men indikerar inte heller några särskilda förbättringar.

Vårdgarantin följs i minst utsträckning för operation och i störst utsträckning för besök till läkare i primärvården. Samtidigt finns det stora variationer i hur väl vårdgarantin följs, både mellan och inom landsting och mellan olika vårdområden. I figur 4 visas spridningen mellan landstingen med högst och lägst infriande av vårdgarantin för respektive mätpunkt och år.



För mer utförlig information om vårdgarantins uppfyllelse på landstingsnivå återger bilaga 1 tabeller som visar i vilken utsträckning landstingen levt upp till vårdgarantins tidsgränser under 2012–2014. Det är viktigt att komma ihåg att vårdgarantin bara omfattar utvalda delar av vårdkedjan och att uppföljning av vårdgarantin därför inte ger en heltäckande bild av hur väntetiderna ser ut för vård generellt.

Figur 4. Sammanfattande resultat för infriandet av vårdgarantins fyra områden under år 2012–2014 på nationell nivå.



Källa: Väntetidsdatabasen.

2.1.1 Väntetidsdatabasen har utvecklats för uppföljning av vårdgarantin

För att studera hur väl patienter erbjuds planerad vård inom vårdgarantins tidsgränser använder Vårdanalys den nationella väntetidsdatabasen som administreras av SKL. Databasen är den huvudsakliga källan för att följa upp vårdgarantin och har även legat till grund för utbetalningar av kömiljarden. Väntetidsdatabasen är också den källa som har använts i tidigare uppföljningar av vårdgarantin. I det här avsnittet introducerar vi databasen, och tar upp en del begränsningar med den tillgängliga statistiken. I kapitel 6 återkommer vi till dessa begränsningar och pekar på hur uppföljningen av väntetider i vården behöver förbättras och utvecklas framöver.

Väntetidsdatabasen är uppbyggd utifrån vårdgarantins fyra mätpunkter

Väntetidsdatabasens utformning bygger helt på vårdgarantin och dess tidsgränser. Den mäter telefontillgänglighet, tid till läkarbesök i primärvården, tid till förstabetesök i specialistvården och tid till behandlingsstart i specialistvården. En begränsning är följaktligen att väntetider till andra delar av vårdkedjan inte finns med i databasen.

Den huvudsakliga informationen i väntetidsdatabasen vad gäller specialistvården mäter inte det specifika antalet dagar en patient väntat utan väntetider redovisas endast i intervall (0–30 dagar, 30–60 dagar, 60–90 dagar och så vidare), vilket är en tydlig koppling till både vårdgarantin och kömiljarden. Över tid har dock inrapporteringen utvecklats, och för den planerade specialistvården rapporterar numera femton landsting även på mer detaljerad nivå än tidigare. Den största förändringen är att rapporteringen innehåller information om enskilda besök eller operationer snarare än aggregerad väntetidsstatistik för hela kliniker. Det innebär att det för dessa landsting går att utläsa exakt hur många väntedagar en enskild patient hade (snarare än intervall) samt att det finns information om patientens kön och ålder, vilket möjliggör mer djupgående analyser. Den här typen av detaljerad data finns sedan tidigare tillgänglig för alla landsting när det gäller väntetider till läkarbesök i primärvården.

Eftersom inte alla landsting rapporterar detaljerad data för specialistvården utgår vår uppföljning till stor del, liksom tidigare uppföljningar, från aggregerad data som alltså rapporteras i intervall. För att också belysa antal väntedagar samt köns- och ålderskillnader använder vi den mer detaljerade informationen, som alltså bara inkluderar femton landsting.

Genomförda besök och antalet väntande

Vad gäller tidsgränserna för nybesök hos specialist och behandlingsstart har databasen historiskt i första hand fokuserat på att mäta antalet patienter som vid en viss tidpunkt står på en viss väntelista, det vill säga *antalet väntande*. Hur väl vårdgarantin följs har då mätts som andelen patienter i kön som väntat mindre än 90 dagar. Under senare år har databasen utvecklats till att även mäta väntetiderna till faktiskt *genomförda* besök och behandlingar.

I uppföljningen av vårdgarantin utgår vi i första hand från data på *genomförda* besök och operationer, eftersom vi anser att det är ett mer rättvisande mått för att följa i vilken utsträckning patienter får vård inom vårdgarantins tidsgränser. Information om genomförda besök finns tillgänglig sedan 2012.



Landstingen ansvarar för rapportering till databasen

Landstingen själva är ansvariga för att rapportera sina väntetider till väntetidsdatabasen. Även om landstingen har ett intresse av goda rutiner för rapporteringen, så att de får bra underlag för sitt egna interna arbete, är det ett potentiellt problem för tillförlitligheten i statistikken att det är landstingen själva som tillhandahåller informationen. Det finns inga oberoende externa kontroller av hur insamlingen går till. Eftersom siffror från väntetidsdatabasen publiceras, och eftersom databasen även har använts för utbetalning av ersättning från kömiljarden, finns det en risk att landstingen rapporterar strategiskt i syfte att uppfylla tidsgränserna så bra som möjligt. Det kan exempelvis handla om att ändra kodning från något som ligger inom garantin till något som ligger utanför, eller att helt enkelt rapportera fel siffror. Transparenta rutiner för kvalitetgranskning med externa kontrollinslag skulle öka möjligheten att påvisa brister i rapporteringen och öka tillförlitligheten i informationen.

För primärvården sker rapporteringen två gånger årligen där vårdcentraler under två på förhand givna perioder på våren respektive hösten registrerar andelen telefonsamtal som besvaras och andelen nybesök hos primärvårdsläkare som sker inom sju dagar. Att mätningarna sker under begränsade perioder under året kan också påverka statistikens tillförlitlighet, eftersom variation under året inte fångas och landstingen kan anstränga sig för att ha extra god tillgänglighet under mätperioderna. Stockholm ingår inte i mätningarna av telefontillgänglighet då de gör egna mätningar med en annan metod.

I specialistvården sker rapporteringen i stället en gång i månaden. Vad gäller antalet väntande rapporteras antalet patienter som står på väntelistan den sista dagen i månaden. Vad gäller genomförda besök rapporteras information för hela månaden. Rapportering i specialistvården sker på kliniknivå, vilket innebär att det går att studera väntelistan till ett visst vårdområde eller ingrepp på ett visst sjukhus. I primärvården går det att följa enskilda vårdcentralers väntetider, men inte uppdelat på olika vårdområden eller diagnoser.

Patientvald väntan

I inrapporteringen till väntetidsdatabasen går det att rapportera patienter som "patientvald väntan", det vill säga att patienten själv valt att av någon anledning vänta längre än vårdgarantins gränser eller att avsäga sig vårdgarantin. Det kan exempelvis handla om att patienten vill opereras av en viss läkare eller tackar nej till en erbjuden tid.

Under 2010 utarbetades en enhetlig definition av vad som räknas som "patientvald väntan". Innan dess var det oklart vilka patienter som rapporterades som frivilligt väntande och antalet kunde vara relativt stort, särskilt i vissa landsting. Det fanns tecken på att landstingen tolkade patientvald väntan på olika sätt och möjligheten att klassificera patienter som patientvald väntan misstänks ha använts för att förbättra statistiken. Detta skulle i så fall vara ett exempel på hur landstingen rapporterar strategiskt och visar på vikten av kvalitetssäkring och externa kontroller.

Sedan begreppet definierades tydligare har andelen patienter som registreras som att de själva har valt att vänta längre än 90 dagar sjunkit till 3–4 procent nationellt och legat relativt stabilt under de senaste åren. Men det finns fortfarande relativt stora skillnader mellan landstingen, vilket tyder på att hanteringen och rapporteringen också fortfarande skiljer sig åt. Exempelvis, vad gäller läkarbesök inom sju dagar i primärvården, registrerades två procent av patienterna som patientvalt väntande i Örebro och femton procent i Västerbotten.

Huruvida de patientvalt väntande inkluderas eller inte när andelen patienter som får vård inom vårdgarantins gränser beräknas får en liten påverkan på resultaten. I beräkningarna som ligger till grund för uppföljningen i det här kapitlet har Vårdanalys valt att exkludera de patienter som rapporterats som patientvald väntan (såvida inte något annat framgår). Detta är samma sätt som SKL använder i redovisningen på sin hemsida www.vantetider.se.

Väntetidsdatabasen utvecklas kontinuerligt

Väntetidsdatabasen har kontinuerligt förändrats och utvecklats, vilket försvårar jämförelser över tid. Exempelvis har antalet vårdgivare som rapporterar in till databasen ökat, vilket innebär att en större andel av det totala antalet patienter som vårdas nu täcks in av databasen. Hur stor andel av vårdgivarna som inte rapporterar in till väntetidsdatabasen är dock okänt, men det är i första hand ett antal privata vårdgivare som inte ingår.

Vidare har antalet typer av vårdområden och ingrepp i den specialiserade vården som rapporteras utökats över tid. I nuläget finns information om 26 områden för besök (såsom allergisjukvård, cancersjukvård, neurologi och så vidare). För behandling rapporteras 13 områden (såsom gynekologi, ortopedi, kirurgi och så vidare) med totalt 77 olika behandlingar (såsom grå starr, höftledsprotos, ljumskbräck och så vidare). I princip alla behandlingar som finns med i väntetidsdatabasen avser olika typer av kirurgiska ingrepp, trots att vårdgarantin även gäller för andra typer av behandlingar. Därför skriver

vi fortsättningsvis i kapitlet om vårdgarantins infriande till *operation*, snarare än till *behandling*.

Även riktlinjer för hur rapportering ska ske och antalet verksamheter som rapporterar har förändrats över tid. Alla dessa förändringar gör att databasen har blivit bättre, men de innebär också att jämförelser över tid ska göras med försiktighet. Detta betyder i sin tur att det är vanskligt att uttala sig om väntetiderna har förbättrats eller försämrats från ett år till ett annat. Det är problematiskt eftersom en viktig poäng med databasen just är att följa väntetidernas utveckling. Utifrån tillgänglig information bedömer vi dock att väntetidsdatabasens innehåll och utformning varit relativt stabil mellan 2012 och 2014, vilket är fokus för vår uppföljning i specialistvården.

Ett ytterligare pågående utvecklingsarbete är att väntetidsdatabasen börjat mäta väntetider till återbesök i specialistvården. Kvaliteten på mätningarna är ännu inte tillräckligt hög för att kunna dra slutsatser, men återbesök kommer i framtiden kunna följas genom väntetidsdatabasen.

Väntetider mäts inte ur ett patientperspektiv

All rapportering till väntetidsdatabasen är produktionsbaserad. Det innebär att statistiken mäter väntetiderna till den vård ett visst landsting ger, men tar ingen hänsyn till varifrån patienterna som vårdas kommer eller om en stor andel av patienterna åker till andra landsting för att få vård. När en patient väljer att åka till ett annat landsting för att vårdas (exempelvis för att hemlandstinget inte kan erbjuda vård inom vårdgarantins gränser) tas patienten bort från hemlandstingets väntelista och ingår därmed inte i hemlandstingets statistik. I stället hamnar patienten på det mottagande landstingets väntelista. Väntetidsdatabasen svarar därför inte på hur väl ett visst landsting klarar vårdgarantin för de patienter som tillhör landstinget, utan svarar på hur väl tidsgränserna hålls för de patienter som får vård där.

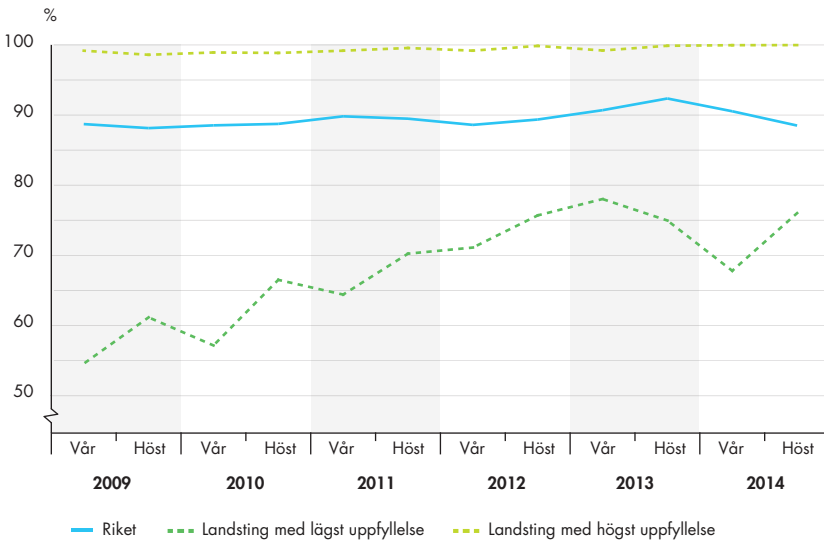
Patienter rör sig dock en del mellan landsting. I bilaga 2 finns en tabell som redovisar patientströmmar mellan landsting för planerad öppen respektive slutenvård. Vad gäller den öppna vården konsumeras den största delen av den producerade vården av patienter som bor i landstinget. Ett undantag är Halland där inte mer än 86 procent av den vård som produceras i Halland konsumeras av hallänningarna. De tre landsting som utför mest vård åt patienter från andra landsting vad gäller den planerade slutenvården är enligt beräkningarna Halland, Sörmland och Uppsala. I dessa landsting konsumeras 62–75 procent av den producerade vården av patienter från respektive landsting. Motsvarande siffra i landsting som Gotland och Västmanland uppgår till 100 procent.

Att patienter rör sig mellan landsting får konsekvenser för tolkningen av informationen i väntetidsdatabasen. Resultaten om hur väl vårdgarantin följs i exempelvis Halland, Sörmland och Uppsala avser vård som till viss del går till patienter från andra landsting. Väntetidsdatabasen mäter således inte hur väl landstingen kan erbjuda vård till sina egna invånare inom vårdgarantins tidsgränser utan snarare hur väl vårdgarantin hålls för de patienter som faktiskt vårdas i landstinget. Hur väl landstinget tillhandahåller vård inom vårdgarantins gränser till de patienter som bor i landstinget går inte att svara på. Detta är möjligt problematiskt eftersom landstinget med dagens hälso- och sjukvårdssystem ansvarar för sjukvården för de patienter som bor i landstinget.

2.1.2 Omkring 90 procent får telefonkontakt med primärvården samma dag

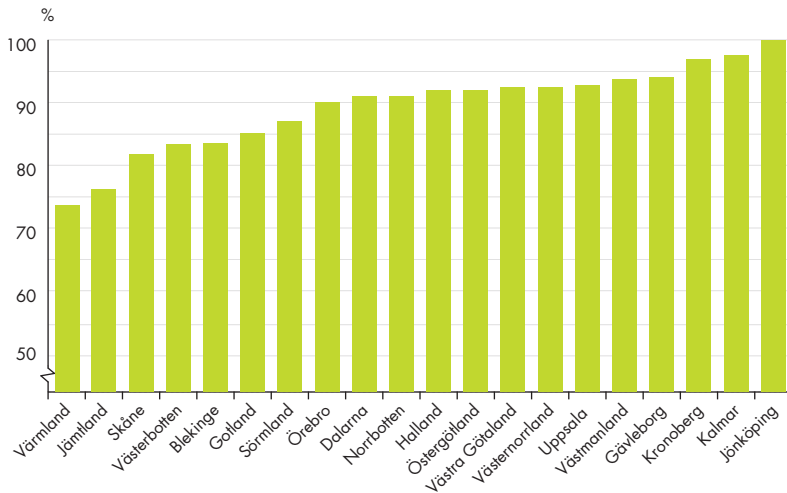
Figur 5 visar hur väl vårdgarantin följs vad gäller telefontillgänglighet i primärvården. Mellan 2009 och 2014 har andelen besvarade telefonsamtal legat relativt stabilt runt knappt 90 procent. Det innebär att omkring nio av tio kommer i kontakt med sin vårdcentral samma dag. Hösten 2013 ses en liten förbättring i andelen besvarade samtal, men under 2014 minskar andelen besvarade samtal igen.

Figur 5. Andel av telefonsamtal till primärvården som besvarades 2009–2014.*



* Stockholm ingår inte i beräkningarna.

Figur 6. Andel av telefonsamtal till primärvården som besvarades. Per landsting 2014.*



* Stockholm ingår inte i beräkningarna.

Även om andelen besvarade samtal på nationell nivå är relativt hög finns det stora skillnader mellan landsting. Detta illustreras både i figur 5, där det landsting med den lägsta respektive högsta andelen besvarade samtal redovisas, och i figur 6 där andelen besvarade samtal redovisas per landsting för 2014. Under mätningarna år 2014 blev 74 procent av telefonsamtalen till primärvården i Värmland besvarade, medan motsvarande siffra i Jönköping var över 99 procent. I sex landsting besvarades 85 procent eller mindre av samtalen. Det innebär att det finns förbättringspotential på flera håll.

Även om det fortfarande finns relativt stora skillnader mellan de landsting med lägst och högst andel besvarade telefonsamtal, visar figur 5 att skillnaderna blivit mindre över tid. Under våren 2009 skiljde det 44 procentenheter mellan det bäst och sämst presterande landstinget, medan motsvarande skillnad under hösten 2014 var 24 procentenheter.

Telefontillgänglighet i primärvården mäts två gånger årligen

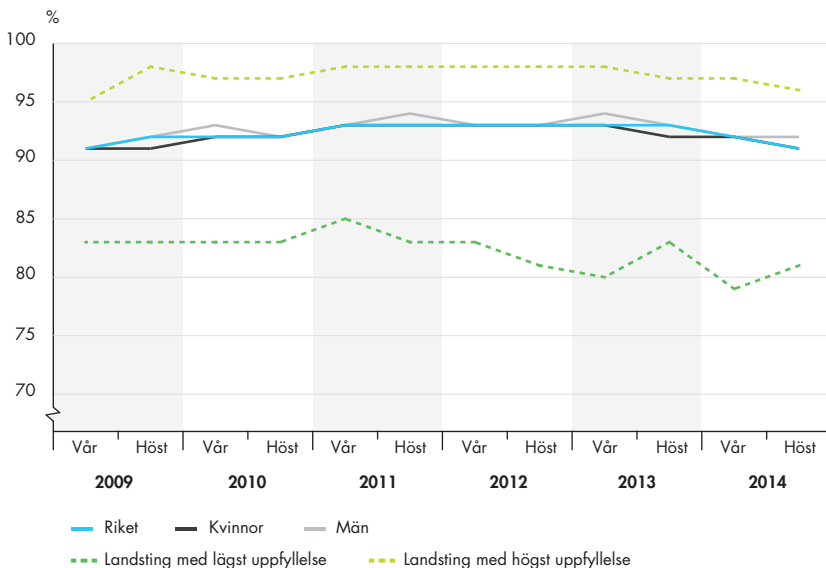
Telefontillgängligheten i primärvården mäts två gånger årligen under mars och oktober månad. Under mätperioden registreras telefonsamtal till vårdcentraler med automatiserade återuppringningsfunktioner eller datoriserade telefonsystem. Alla samtal som handlar om sjukvårdsrådgivning och bokning av tid till läkare ingår i mätningen (SKL 2015a). Stockholms läns landsting ingår inte i redovisningen eftersom de tillämpar en annorlunda mätmetod som gör att statistiken inte är jämförbar med andra landsting.

Att mätningarna enbart genomförs vid två utvalda tillfällen per år kan medföra problem som gör att tillförlitligheten minskar. Exempelvis är det möjligt att vårdcentralerna är extra noga med att svara i telefon under mätveckorna eftersom de känner till när de äger rum. Ett annat problem är att mätningarna endast är ögonblicksbilder under en viss tid på året. Dessa ögonblicksbilder ger inte nödvändigtvis en rättvisande bild över hur tillgängligheten ser ut över hela året eller om det finns vissa tidpunkter där tillgängligheten är sämre. De här faktorerna gör att resultaten från mätningarna om telefontillgänglighet i primärvården bör tolkas med viss försiktighet.

2.1.3 Drygt 90 procent får träffa läkare i primärvården inom en vecka

Vårdgarantins andra tidsgräns i primärvården innebär att patienter ska få träffa en läkare inom sju dagar från att vårdpersonal har bedömt att det behövs. Figur 7 visar andelen som fått läkarbesök inom sju dagar på nationell nivå under 2009–2014. I samtliga mätningar följs vårdgarantins tidgräns i drygt 90 procent av fallen, vilket innebär att mer än nio av tio patienter får träffa en läkare i primärvården inom sju dagar. Sedan mätningen på våren 2013 ses en liten nedåtgående trend. Mellan våren 2013 och hösten 2014 minskar

Figur 7. Andel som fått läkarbesök i primärvården inom sju dagar 2009–2014.

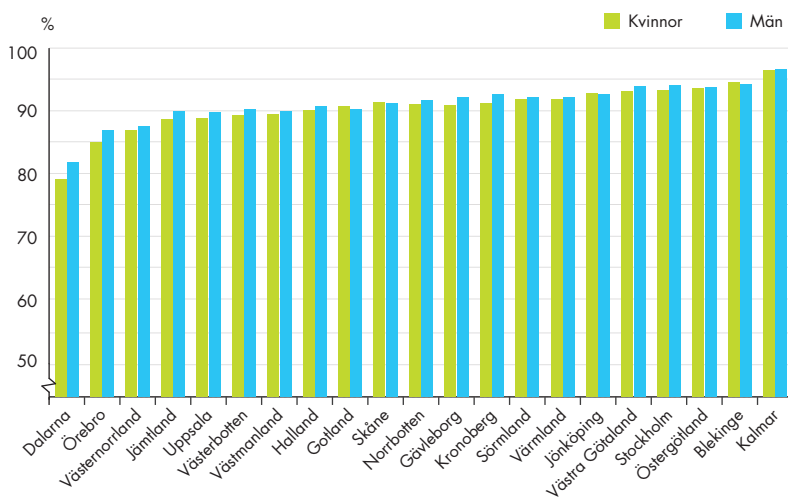


andelen patienter som får träffa en primärvårdsläkare inom sju dagar med två procentenheter, från 93 till 91 procent. Det är ingen anmärkningsvärd förändring i sig, men det är naturligtvis viktigt att fortsätta följa hur trenden utvecklar sig.

Figur 7 visar också att det finns större skillnader mellan landsting än mellan män och kvinnor. Män får i genomsnitt sitt besök inom sju dagar något oftare än kvinnor, men skillnaderna är små. Däremot är skillnaderna större mellan de landsting där vårdgarantin följs i minst och störst utsträckning. Under 2009–2014 fick mer än 95 procent av patienterna vård inom sju dagar i det bäst presterande landstinget, medan motsvarande siffra för det sämst presterande landstinget låg inom spannet 80–85 procent.

Det här mönstret bekräftas av figur 8 där vårdgarantins infriande under 2014 redovisas uppdelat på landsting och kön. Skillnaderna mellan män och kvinnor är i allmänhet små, medan skillnaderna mellan landsting är större (från 80 procent i Dalarna till 97 procent i Kalmar). Skillnaderna mellan män och kvinnor är dock något större i vissa landsting. I Dalarna och Örebro, där vårdgarantin följs i lägst utsträckning, är andelen män som får sitt läkarbesök inom sju dagar 2,7 respektive 1,9 procentenheter högre för män. Utifrån väntetidsdatabasen går det inte svara på vad detta beror på, men en möjlighet är att behoven skiljer sig mellan män och kvinnor och att prioriteringen är hårdare i dessa landsting, eftersom de har svårare att kunna erbjuda alla vård. Andra möjligheter är att män i större utsträckning nyttjar möjligheten att byta vårdgivare, eller att brist på tider helt enkelt ökar risken för särbehandling.

Figur 8. Andel som fått läkarbesök i primärvården inom sju dagar 2014. Per landsting och kön.



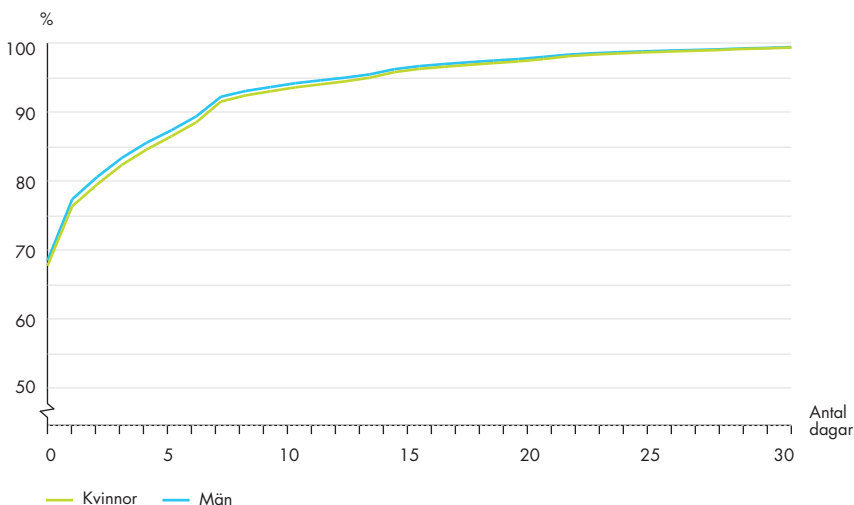
Figur 9 redovisar fördelningen av *antalet väntedagar* till läkarbesök i primärvården. Där framgår att strax under 70 procent får ett besök samma dag. Inom fyra dagar har runt 85 procent fått sitt läkarbesök. Primärvården klarar alltså att erbjuda en stor andel av patienterna ett läkarbesök snabbare än inom sju dagar. Samtidigt finns det också en liten andel patienter som får vänta betydligt längre än vårdgarantins sju dagar. Vad det beror på är svårt att svara på. Delvis kan dessa resultat vara en effekt av problem i inrapporteringen. Men resultaten skulle också kunna bero på att en del patienter av någon anledning hamnar mellan stolarna.

Väntetider till läkarbesök i primärvården mäts två gånger årligen

Mätningarna av andelen som fått ett läkarbesök i primärvården inom sju dagar genomförs årligen under två veckor i mars och oktober. Antal väntedagar, kön och ålder rapporteras för varje patient som bedömts vara i behov av ett första besök för ett nytt hälsoproblem eller för en kraftig försämring av ett tidigare känt hälsoproblem (SKL 2015a). Patienter som själva valt att vänta längre än sju dagar registreras som "patientvald väntan" och har exkluderats i beräkningarna som ligger till grund för resultaten i det här avsnittet.

Liksom för mätningarna av telefontillgängligheten är det ett problem även i dessa mätningar att statistiken endast redovisar ögonblicksbilder snarare än hur väntetidssituationen ser ut över hela året. Primärvården kan även tänkas vara särskilt noga med att erbjuda besök inom sju dagar under mätperioden

Figur 9. Andel patienter som fått läkarbesök i primärvården vid olika antal väntedagar (kumulativ andel), år 2014.



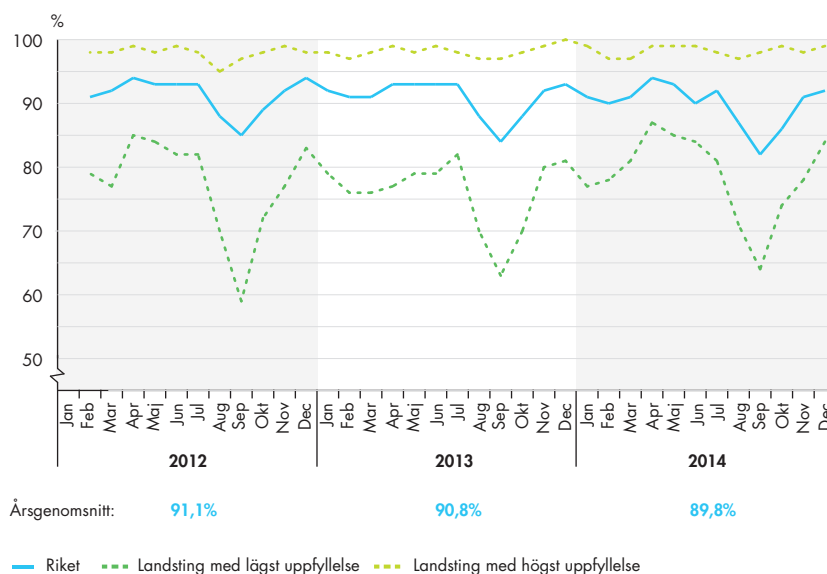
för att de vill få ett bra resultat i mätningarna. De här faktorerna bör hållas i åtanke vid tolkning av resultaten ovan.

2.1.4 Knappt 90 procent får ett läkarbesök i specialistvården inom 90 dagar

Den tredje tidsgränsen i vårdgarantin innebär att patienter ska få träffa en specialtläkare inom 90 dagar från att en remiss till specialistvården skrivits. Figur 10 visar i vilken utsträckning denna tidsgräns hölls för *genomförda* specialistbesök under 2012–2014. Figuren redovisar även resultatet för det sämst respektive bäst presterande landstinget under varje mätperiod.

I genomsnitt hålls tidsgränsen i omkring 90 procent av fallen. Men som figuren visar varierar efterlevnaden mellan olika delar av året. Under september månad genomfördes mindre än 85 procent av specialistbesöken inom 90 dagar, medan motsvarande siffra för december månad ligger på 92–93 procent. Att andelen sjunker under september månad är en konsekvens av att färre besök genomförs under sommaren och att patienter som enligt vårdgarantin borde fått vård i juli och augusti i stället får det i september. På årsbasis sker en liten minskning mellan 2012 och 2014. Skillnaderna mellan åren är inte stora, men den lilla minskning som sker är viktig att

Figur 10. Andel av nybesök hos specialist som genomfördes inom 90 dagar, 2012–2014.

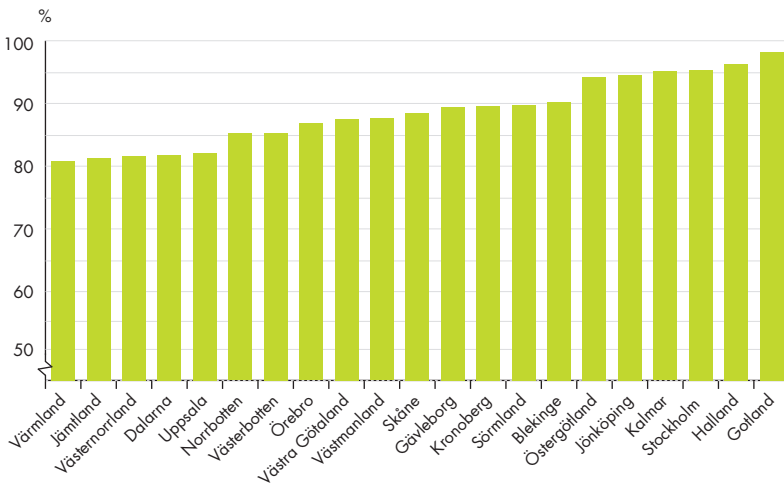


fortsätta följa framöver för att fånga upp en eventuell fortsatt försämring av tillgängligheten.

Stora skillnader mellan landsting, vårdområden och verksamheter

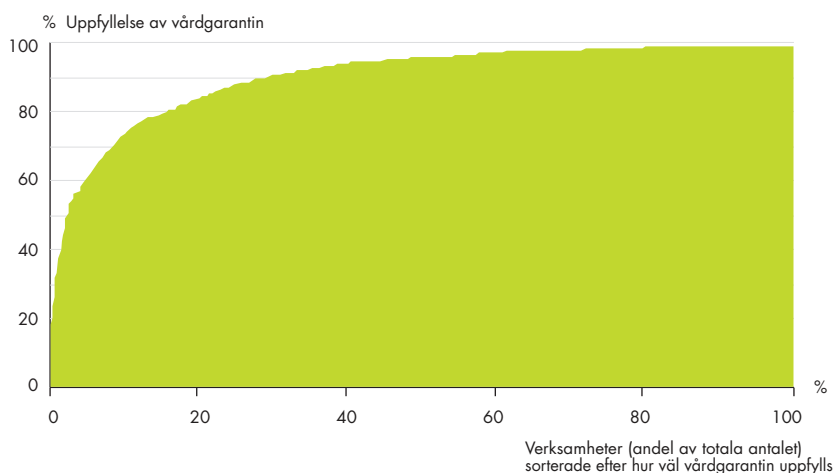
Hur stor andel som får sitt specialistbesök inom vårdgarantins tidsgräns varierar mellan landsting. Det illustreras över tid i figur 10 och specifikt för år 2014 i figur 11. Under 2014 infriades vårdgarantin i 98 procent av fallen i det bäst presterande landstinget, medan det i det sämst presterande landstinget var 81 procent som fick träffa en specialisläkare inom 90 dagar.

Figur 11. Andel av nybesök hos specialist som genomfördes inom 90 dagar. Per landsting 2014.



I figur 12 redovisas hur vårdgarantins uppfyllelse ser ut på verksamhetsnivå i stället för på landstingsnivå. Figuren visar att även om den nationella efterlevnaden ligger runt 90 procent finns det många enskilda verksamheter som har en stor förbättringspotential. Runt 30 procent av verksamheterna i väntetidsdatabasen har ett infriande av vårdgarantin som ligger under 90 procent och cirka 10 procent av verksamheterna lever upp till vårdgarantin i mindre än 75 procent av fallen. Figuren tar dock inte hänsyn till hur många nybesök som görs i varje verksamhet.

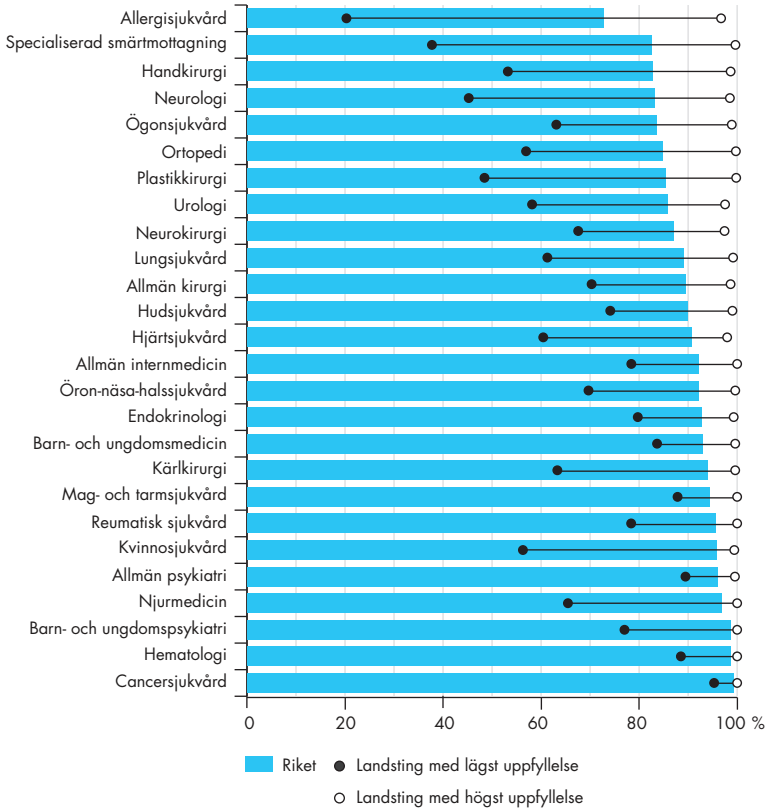
Figur 12. Andel av nybesök hos specialist som genomfördes inom 90 dagar. Per verksamhet 2014. Totalt 1524 verksamheter.



För 2014 har vi också jämfört hur stor andel av patienterna som fick ett läkarbesök i specialistvården inom 90 dagar inom olika specialistområden. Resultatet redovisas i figur 13. På nationell basis infrias vårdgarantin enligt väntetidsdatabasen i störst utsträckning inom cancersjukvården där 99 procent fick ett specialistbesök inom 90 dagar. Motsvarande siffra inom allergisjukvården, som är det område där vårdgarantin uppfylldes i lägst utsträckning, var 73 procent. Det ska noteras igen att figuren endast inkluderar nybesök och inte räknar med återbesök. En hög uppfyllelse av vårdgarantin till nybesök inom vårdområden där återbesök är viktiga (exempelvis allmänpsykiatri och barn- och ungdomspsykiatri) betyder därför inte att tillgängligheten som helhet är god. De medicinska konsekvenserna av att vårdgarantins tidsgränser inte hålls kan även tänkas skilja sig mellan olika vårdområden.

Figuren visar också hur väl vårdgarantin uppfylldes i det sämst respektive bäst presterande landstingen inom varje specialistområde. Noterbart är att det inom samtliga specialistområden var minst ett landsting som uppfyllde vårdgarantin i minst 95 procent av fallen, medan spridningen var stor vad gäller landstingen med sämst resultat. Den lägsta noteringen hade den specialiserade allergisjukvården i Västerbotten där endast 20 procent av nybesöken genomfördes inom 90 dagar.

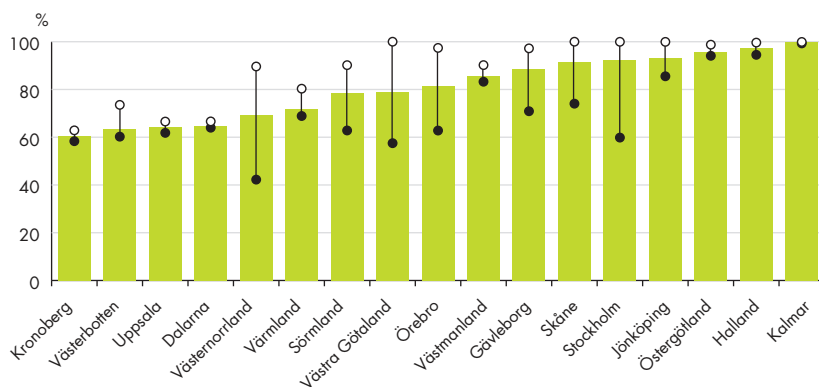
Figur 13. Andel av nybesök hos specialist som genomfördes inom 90 dagar. Per specialistområde 2014. Nationellt genomsnitt samt bästa och sämsta landsting.



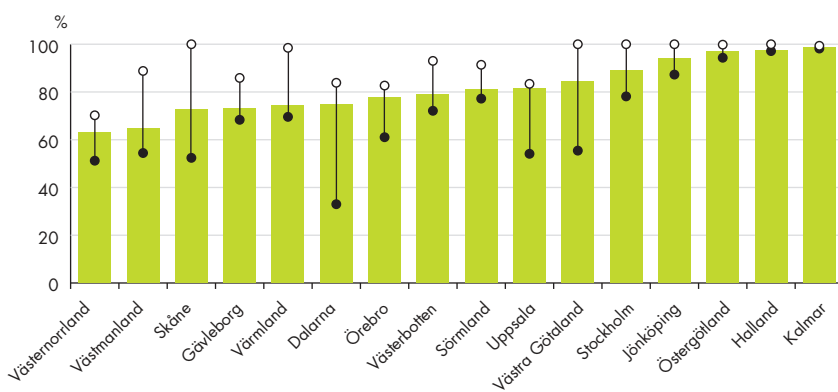
En annan intressant aspekt handlar om skillnader i väntetider mellan olika vårdgivare inom samma landsting. Figur 14 presenterar vårdgarantins efterlevnad inom tre av de största besökskategorierna inom specialistvården per landsting, och markerar dessutom hur väl tidsgränsen följs av den bäst respektive sämst presterande vårdgivaren (offentliga och privata) i varje landsting. I många fall finns det stor spridning inom ett landsting. Av de tre utvalda specialistområdena är spridningen störst inom ögonsjukvården och minst inom allmän kirurgi. Det bör noteras att den här typen av jämförelser inte alltid är rättvisa eftersom vissa mindre kliniker är specialiserade på en eller två diagnoser, medan större universitetsjukhus tar hand om alla typer av diagnoser inom ett specialistområde. Vi bedömer dock ändå att storleken på spridningen inom ett landsting säger något om landstingens förmåga att koordinera patientflöden och hantera köer.

Figur 14. Skillnader mellan vårdgivare inom landsting vad gäller hur väl vårdgarantins tidsgränser följdes för nybesök hos specialist 2014 inom tre vårdområden.*

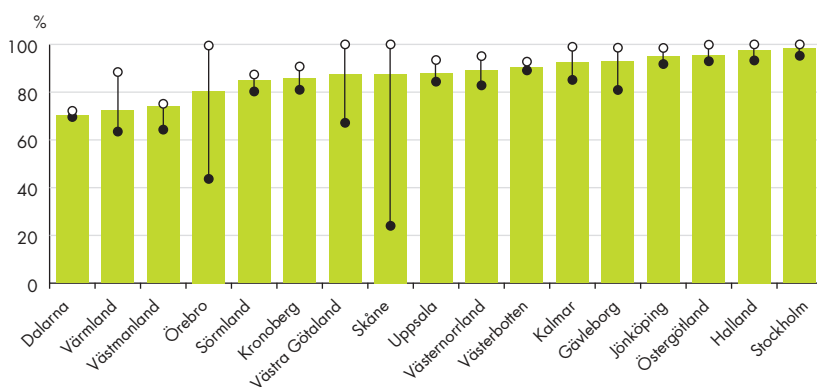
Ortopedi



Ögonsjukvård



Allmän kirurgi



■ Genomsnitt ● Verksamhet med lägst uppfyllelse ○ Verksamhet med högst uppfyllelse

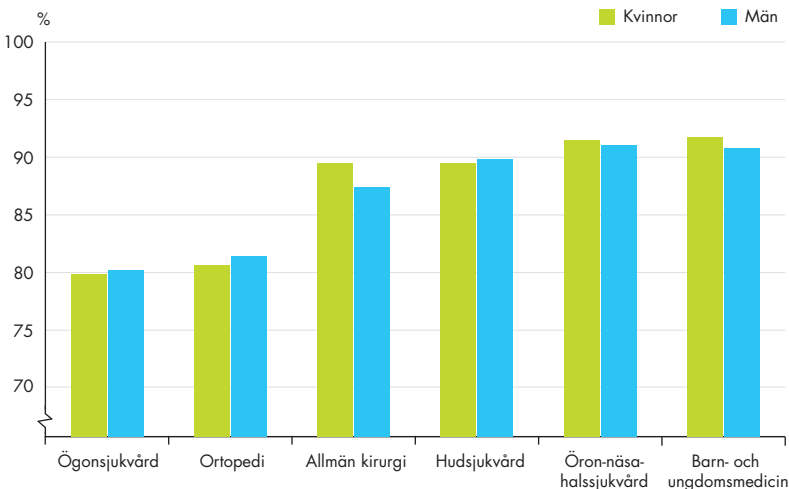
*Landsting där det bara finns en vårdgivare inom det aktuella området har exkluderats.

Små skillnader mellan män och kvinnor

För att analysera om det förekommer könsskillnader i vårdgarantins infriande har vi gjort en fördjupad analys med hjälp av den mer detaljerade informationen som finns i väntetidsdatabasen. Den här statistiken finns tillgänglig för femton landsting. Dessa rapporterar varje genomfört besök, inklusive information om patientens kön och ålder samt antalet väntedagar. För vidare information om vilka landsting som deltar i den detaljerade inrapporteringen hänvisas till bilaga 3. Det bör noteras att observerade skillnader i vårdgarantins uppfyllselse mellan män och kvinnor inte behöver innebära att vården är ojämlik. Könsskillnader kan också vara en konsekvens av skillnader i vårdbehov mellan män och kvinnor som i sin tur leder till skillnader i väntetider. Att avgöra vilka skillnader som beror på brister i vårdens jämlikhet och vilka som beror på skillnader i vårdbehov kräver fördjupade analyser.

Figur 15 visar andelen patienter som fått specialistbesök inom 90 dagar under 2014 uppdelat på kön för de sex största vårdområdena i väntetidsdatabasen. Figuren visar att det generellt är små skillnader mellan män och kvinnor, även om kvinnor något oftare än män får ett specialistbesök i allmän kirurgi inom 90 dagar. Mönstret, att skillnaderna är små mellan män och kvinnor, gäller även för de flesta andra specialistområdena som inte redovisas här, men det finns några undantag. Exempelvis, inom plastikkirurgi fick 91 procent av männen, och 81 procent av kvinnorna, sitt besök inom 90 dagar, vilket är en relativt stor skillnad.

Figur 15. Andel av nybesök hos specialist som genomfördes inom 90 dagar 2014 för sex specialistområden. Baseras på detaljerad data från väntetidsdatabasen för 15 landsting.



Figur 16 visar i stället i vilken utsträckning som vårdgarantin följs för män respektive kvinnor i olika åldrar. Det mest utmärkande resultatet i figuren är att kvinnor i åldrarna 20–59 år i högre utsträckning än män får ett specialistbesök inom 90 dagar. I åldersintervallet 30–39 år är skillnaden fyra procentenheter. De här skillnaderna beror i stor utsträckning på att väntetiderna till vårdområdet kvinnosjukvård är korta och att en stor andel av kvinnornas besök i specialistvården i dessa åldrar sker inom just det området. När kvinnosjukvård tas bort från redovisningen blir skillnaderna mellan män och kvinnor i dessa åldrar mycket mindre, även om kvinnor då fortsatt i något större utsträckning får ett specialistbesök inom 90 dagar.

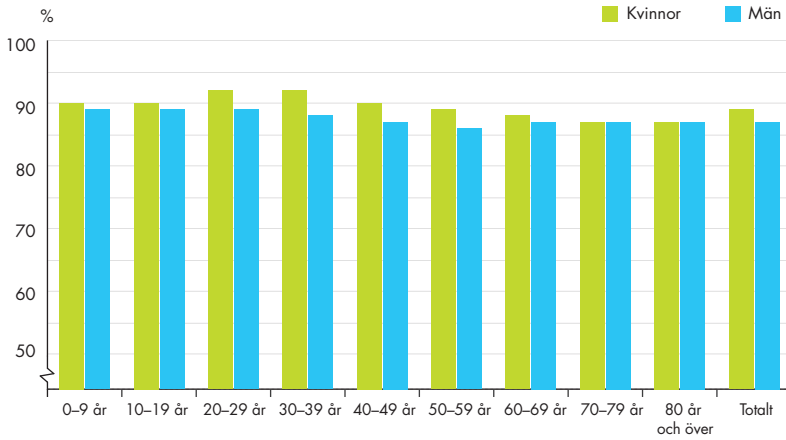
Den mer detaljerade väntetidsstatistiken som femton landsting rapporterar in möjliggör också mer ingående analyser av hur många dagar patienter får vänta snarare än att enbart fokusera på vårdgarantins tidsgräns. I figur 17 framkommer att medianväntetiden för ett läkarbesök i specialistvården enligt väntetidsdatabasen är 29 dagar. En stor andel patienter får alltså ett specialistbesök betydligt snabbare än 90 dagar. Men det är också en liten andel patienter som får vänta betydligt längre än 90 dagar. Liksom för väntetider till läkarbesök i primärvården kan det bero på att inrapporteringen brister, men också på att patienter hamnar mellan stolarna.

I tabell 2 redovisas medianväntetiden i antal dagar för tre utvalda specialistområden i de landsting som rapporterar detaljerad data till väntetidsdatabasen. Det finns skillnader i medianväntetid mellan de tre specialistområdena, men också mellan landsting inom samma specialistområde. Exempelvis är medianväntetiden till ett nybesök för kvinnor inom neurologin 33 dagar i det landsting med kortast väntetid och 123,5 dagar för landstinget med längst väntetid. Även vissa skillnader mellan män och kvinnor inom samma landsting går att observera.

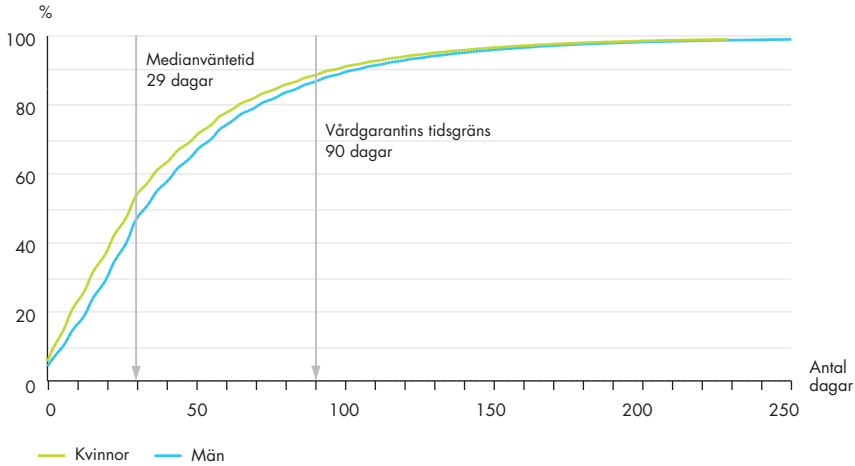
Mätningar sker månadsvis för både antalet väntande och antalet genomförda besök

Mätningen av väntetider till specialistbesök sker månadsvis och sköts av landstingen själva som rapporterar in statistik till SKL och väntetidsdatabasen. Rapportering sker både av antalet väntande på ett specialistbesök och av antalet genomförda specialistbesök. Patienter som själva valt att vänta längre än 90 dagar registreras som ”patientvald väntan” och patienter som av medicinska skäl inte får sitt besök inom 90 dagar registreras som ”medicinskt orsakad väntan”. Både patientvald väntan och medicinsk orsakad väntan exkluderas ur beräkningarna som ligger till grund för figurerna i det här avsnittet.

Figur 16. Andel av nybesök hos specialist som genomfördes inom 90 dagar 2014. Per kön och ålder. Baseras på detaljerad data från väntetidsdatabasen för 15 landsting.



Figur 17. Kumulativ andel som fått nybesök hos specialist och antal väntedagar 2014. Baseras på detaljerad data från väntetidsdatabasen för 15 landsting.



Tabell 2. Medianväntetid i antalet dagar till nybesök hos specialist för tre specialistområden. Per kön 2014. Baseras på detaljerad data från väntetidsdatabasen för 14 landsting.*

Landsting	Hjärtsjukvård ^a		Neurologi ^b		Reumatisk sjukvård ^c	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
Dalarna	62	55	54	65	24	20
Gotland	62	56	33	33,5	32	27,5
Gävleborg	46	45	58	59	45	40,5
Halland	63	63	36	36		
Jämtland	46,5	39,5	61	60	44	34
Norrbottnen	77,5	70	91	92	43	42
Stockholm	27	27	29	29	24	24
Sörmland					50	51
Uppsala	42	37	77,5	88	44	41
Värmland	43	44	123,5	107	40	40,5
Västernorrland	57	55	78	79,5	50	46
Västmanland	38	37	54	54	27	24
Västra Götaland	43	43	42	41	40	38
Örebro	34	34	81	71,5	44,5	36

* Även Västerbotten rapporterar numer detaljerad data, men exkluderas från tabellen då det för 2014 endast finns information för november och december.

^a Antalet genomförda besök inom hjärtsjukvården i Västra Götaland och Örebro enligt detaljerad data är betydligt färre jämfört med aggregerad data (73 respektive 38 procent). Den redovisade medianväntetiden baseras alltså endast på en del av alla de besök som enligt aggregerad data är kända. I Stockholm är andelen rapporterade besök inom hjärtsjukvården 86 procent jämfört med informationen i aggregerad data. I Halland är andelen rapporterade besök inom hjärtsjukvården 87 procent jämfört med aggregerad data, men då saknas detaljerad data för januari och februari vilket sannolikt kan förklara skillnaden. I övriga landsting stämmer antalet rapporterade besök överens till 95-100 procent.

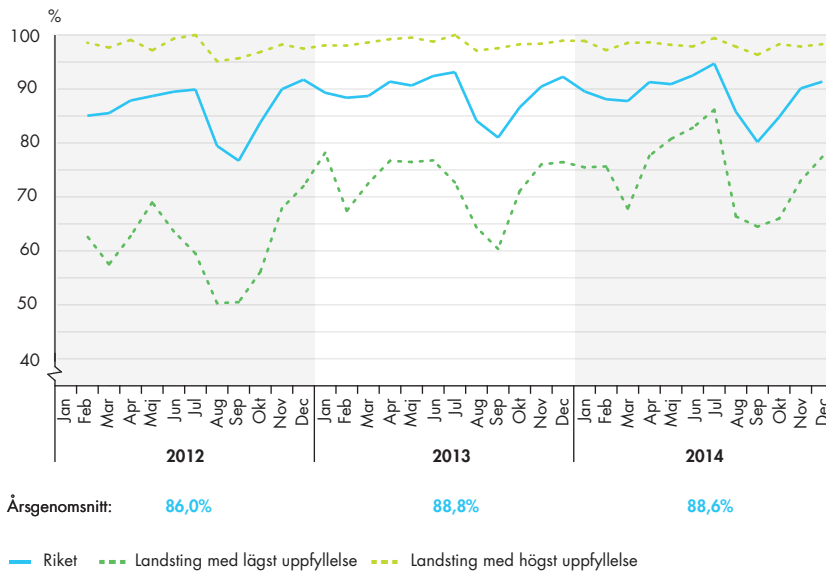
^b I Halland är andelen rapporterade besök inom neurologi 84 procent jämfört med aggregerad data, men då saknas detaljerad data för januari och februari vilket sannolikt kan förklara skillnaden. I Västra Götalandsregionen och Stockholm är andelen 82 respektive 92 procent. I övriga landsting stämmer antalet rapporterade besök överens till 95-100 procent.

^c I Stockholm, Värmland, Västmanland och Örebro är andelen rapporterade besök inom reumatisk sjukvård 89, 90, 92 respektive 91 procent. I övriga landsting stämmer antalet rapporterade besök överens till 95-100 procent.

2.1.5 Omkring 90 procent av operationerna genomförs inom vårdgarantins tidsgräns

Den fjärde och sista av vårdgarantins tidsgränser anger att operation eller annan behandling ska erbjudas inom 90 dagar från att beslut om åtgärd fattats. Figur 18 visar hur väl vårdgarantins tidsgräns vad gäller operation följdes under 2012–2014 på nationell basis samt i det landsting som presterade bäst respektive sämst varje månad. Runt 90 procent får operation inom 90 dagar, med undantag av sommarmånaderna då uppfyllelsen sjunker till som sämst runt 80 procent under september månad. Skillnaden mellan genomsnittet och det landsting med lägst infriande av vårdgarantin har minskat under perioden 2012–2014. På årsbasis ökade vårdgarantins efterlevnad mellan 2012 och 2013, men den minskade marginellt mellan 2013 och 2014.

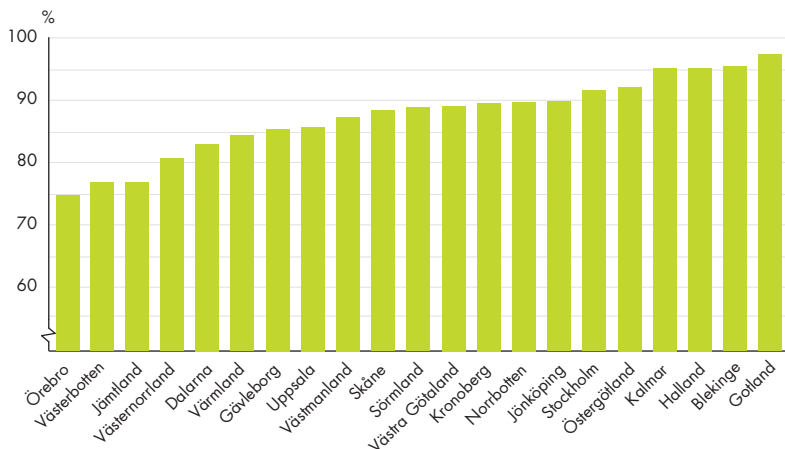
Figur 18. Andel av operationer i specialistvården som genomfördes inom 90 dagar, 2012–2014.



Stora skillnader mellan landsting, vårdområden och vårdgivare

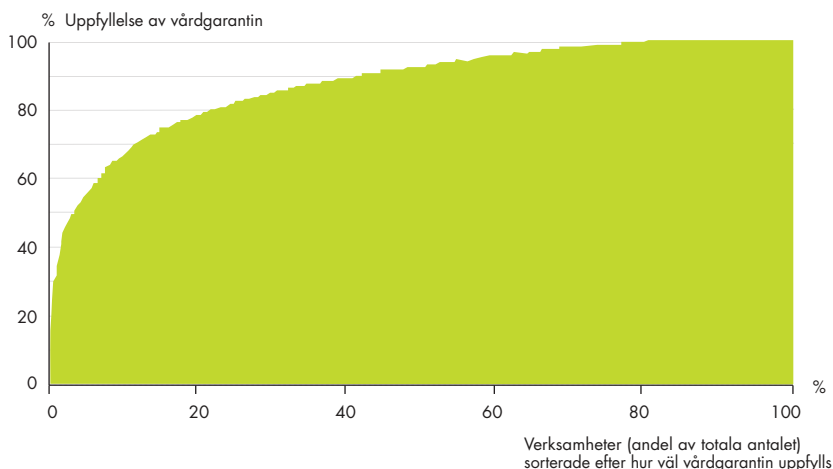
I figur 19 redovisas hur stor andel av operationerna som under 2014 genomfördes inom 90 dagar per landsting. Här finns betydande skillnader. I det bäst presterande landstinget gjordes 98 procent av operationerna inom 90 dagar, medan motsvarande andel för det sämst presenterande landstinget var 75 procent. Spridningen är alltså större för operation än för nybesök hos specialist.

Figur 19. Andel av operationer i specialistvården som genomfördes inom 90 dagar. Per landsting 2014.



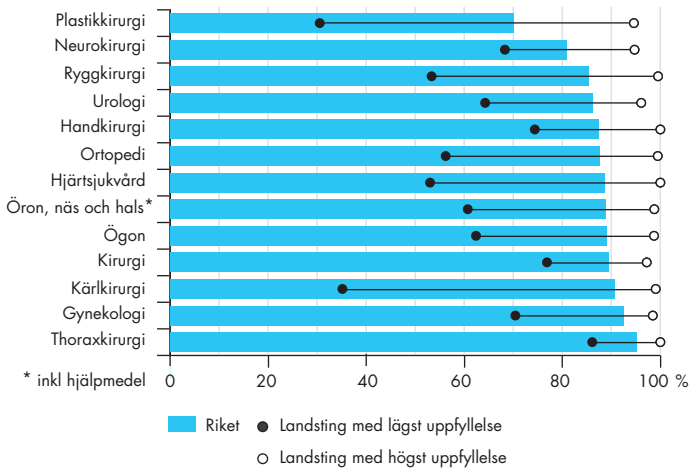
Figur 20 visar hur vårdgarantins uppfyllelse ser ut på verksamhetsnivå. Även här finns stor variation i hur väl enskilda verksamheter klarar att leva upp till vårdgarantins krav. Omkring 40 procent av verksamheterna klarar vårdgarantins tidsgräns för färre än 90 procent av patienterna. För 10 procent av verksamheterna ligger vårdgarantins infriande på 67 procent eller lägre. I figuren tas ingen hänsyn till hur många operationer som genomförs i varje enskild verksamhet.

Figur 20. Andel av operationer i specialistvården som genomfördes inom 90 dagar. Per verksamhet 2014. Totalt 779 verksamheter.



Figur 21 visar hur väl vårdgarantin efterlevdes inom olika specialistområden. Tidsgränsen hölls i störst utsträckning inom thoraxkirurgi där 95 procent fick sin operation inom 90 dagar. Sämst var plastikkirurgi där 70 procent fick sin operation inom 90 dagar. På liknande sätt som till besök i specialistvården finns det inom alla specialistområden något landsting där 95 procent eller fler av operationerna görs inom 90 dagar. Däremot är spridningen stor vad gäller hur väl tidsgränsen hålls i det sämst presterande landstinget inom respektive specialistområde. Inom plastikkirurgi gjordes endast 31 procent av operationerna i Örebro, och 35 procent av operationerna inom kärllkirurgi i Jämtland, inom vårdgarantins tidsgräns. De medicinska konsekvenserna av att vårdgarantins tidsgränser inte hålls kan dock tänkas skilja sig mellan olika vårdområden.

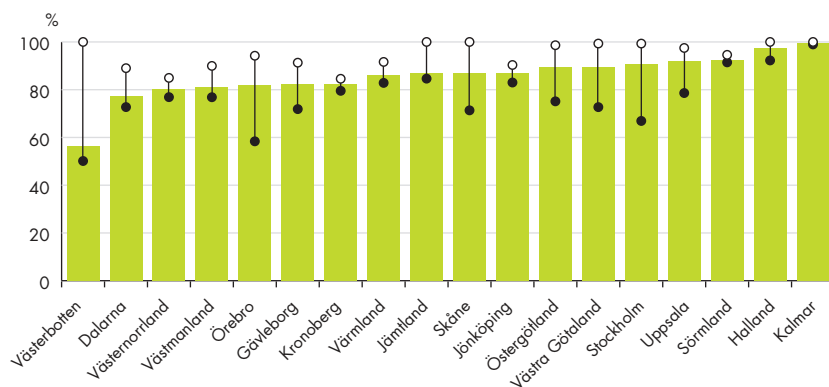
Figur 21. Andel av operationer i specialistvården som genomfördes inom 90 dagar. Per specialistområde 2014. Nationellt genomsnitt samt bästa och sämsta landsting.



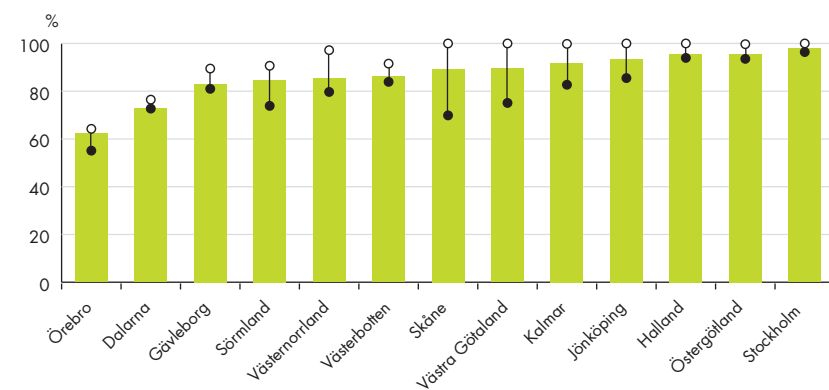
Figur 22 redovisar spridningen i infriandet av vårdgarantin mellan den bäst och sämst presterande vårdgivaren inom enskilda landsting för operationer inom tre specialistområden; ortopedi, ögonsjukvård och kirurgi. Både offentliga och privata utförare ingår. I några fall är skillnaden mellan den bästa och sämsta vårdgivaren relativt stor, även om skillnaderna är mindre än för specialistbesök. Även i det här fallet bör man komma ihåg att vårdgivarna inte nödvändigtvis gör samma typer av ingrepp och därför bör jämföras med viss försiktighet.

Figur 22. Skillnader mellan vårdgivare inom landsting vad gäller hur väl vårdgarantins tidsgränser följdes 2014 för operation inom tre vårdområden.*

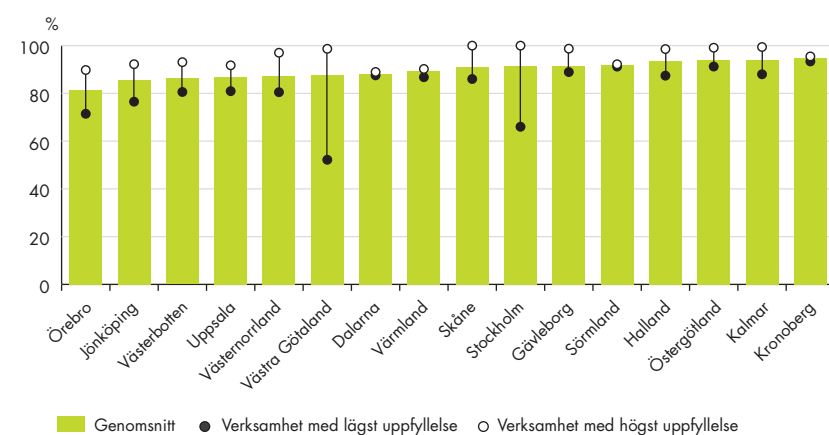
Ortopedi



Ögon



Kirurgi



■ Genomsnitt ● Verksamhet med lägst uppfyllelse ○ Verksamhet med högst uppfyllelse

* Landsting där det bara finns en vårdgivare inom det aktuella området har exkluderats.

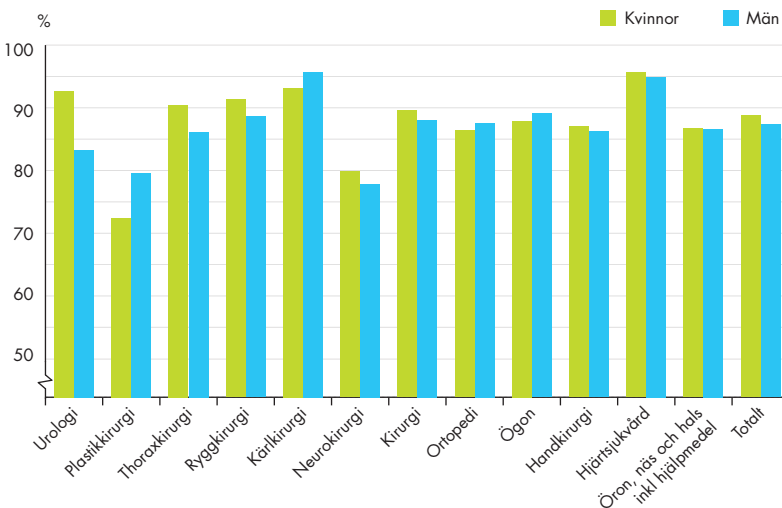
Små skillnader mellan män och kvinnor

I statistiken kan vissa skillnader mellan män och kvinnor i vårdgarantins uppfyllelse för operation observeras, men generellt är skillnaderna små. De observerade skillnaderna mellan män och kvinnor behöver inte innebära att vården är ojämlig eller att diskriminering sker. Skillnaderna kan bero på olika behov för män och kvinnor, vilket då kan resultera i att de genomsnittliga väntetiderna också skiljer sig mellan könen. För att avgöra om skillnader beror på brister i vårdens jämlikhet eller om de kan förklaras av skillnader i vårdbehov kräver fördjupade analyser.

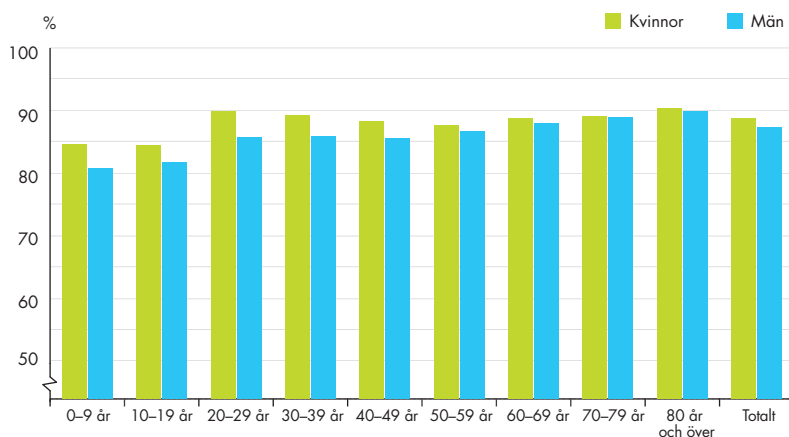
I figur 23 redovisas andelen som fått operation inom 90 dagar under 2014 uppdelat på specialistområden och kön. Generellt är skillnaderna mellan män och kvinnor små, även om det finns en något större skillnad inom områden som urologi och plastikkirurgi. Figuren baseras på den mer detaljerade informationen som fjorton landsting rapporterar om operationer till väntetidsdatabasen. Se bilaga 3 för mer information kring vilka landsting som ingår i den här analysen.

I figur 24 presenteras i stället könsuppdelad statistik för olika åldersgrupper. I åldrarna 0–49 år är uppfyllelsen av vårdgarantin 3–4 procentenheter högre för kvinnor än för män. Dessa skillnader förklaras till största del av specialistområdet gynekologi. En stor andel av de operationer som kvinnor genomgår görs inom gynekologi, och inom gynekologi görs en stor andel av operationerna inom vårdgarantins tidsgräns. Skillnaden mellan pojkar och flickor i åldern 0–9 år kvarstår även när gynekologi bortses från.

Figur 23. Andel av operationer i specialistvården som genomfördes inom 90 dagar 2014. Baseras på detaljerad data från väntetidsdatabasen för 14 landsting.

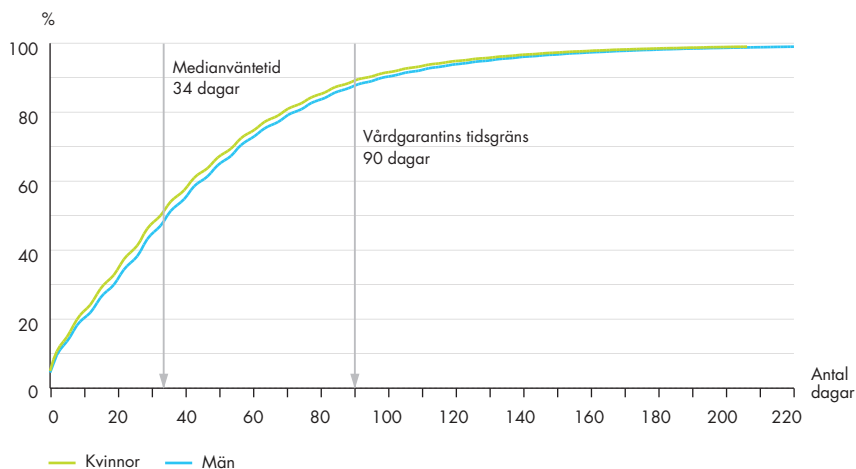


Figur 24. Andel av operationer i specialistvården som genomfördes inom 90 dagar. Per kön och ålder 2014. Baseras på detaljerad data från väntetidsdatabasen för 14 landsting.



På samma sätt som för specialistbesök går det också att redovisa mer detaljerad statistik över antal väntedagar till operation. Figur 25 visar att i de fjorton landsting som rapporterar denna information är medianväntetiden 34 dagar, vilket är fem dagar längre än medianväntetiden till nybesök i specialistvården. Även vad gäller operationer är det en liten andel patienter som får vänta väldigt länge på sin operation. Det kan troligtvis förklaras av att det finns brister i inrapporteringen, men kan också vara ett tecken på att en del patienter får finna sig i att vänta under mycket lång tid.

Figur 25. Kumulativ andel som genomgått operation i specialistvården och antal väntedagar 2014. Baseras på detaljerad data från väntetidsdatabasen för 14 landsting.



I tabell 3 redovisas medianväntetiden i antal dagar för tre utvalda specialistområden. Medianväntetiden skiljer sig mellan de tre specialistområdena, men också mellan landsting inom samma specialistområde. Exempelvis är medianväntetiden för kvinnor i hjärtsjukvården fyra dagar i landstinget med kortast väntetid och 58 dagar för landstinget med längst väntetid. Även en del skillnader mellan män och kvinnor inom samma landsting går att observera.

Tabell 3. Medianväntetid i antalet dagar till operation för tre specialistområden. Per kön 2014. Baseras på detaljerad data från väntetidsdatabasen för 12 landsting.*

Landsting	Hjärtsjukvård ^a		Ryggkirurgi ^b		Ögonsjukvård ^c	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
Dalarna	28	24	62	61	63,5	61
Gotland	6	7	38	41	42	41
Gävleborg	16	17	61,5	51	62	59
Halland	20	21	48	42	28	22
Jämtland			38,5	21	57	50
Norrbottnen	36	28,5	68	42	33	30
Stockholm	36	36	1	20	25	25
Sörmland	21	23	25,5	31,5	43	42
Uppsala	58	48	51	50	56	48
Värmland	4	3	84	51,5	46	48
Västernorrland			63,5	45	34	23
Västmanland	28,5	28	50	49	44	41

* Även Västerbotten rapporterar numer detaljerad data, men exkluderas från tabellen då det för 2014 endast finns information för november och december. Även Västra Götalandsregionen har exkluderats från tabellen, eftersom antalet genomförda ingrepp som redovisas i detaljerad data över lag är betydligt färre jämfört med aggregerad data. För hjärtsjukvård, ryggkirurgi och ögonsjukvård är antalet rapporterade ingrepp 6, 13 respektive 32 procent av antalet som rapporteras i aggregerad data.

^a I Halland är andelen rapporterade ingrepp inom hjärtsjukvården 83 procent jämfört med aggregerad data, men då saknas detaljerad data för januari och februari vilket sannolikt kan förklara skillnaden. I övriga landsting stämmer antalet rapporterade besök överens till 95-100 procent.

^b I Halland är andelen rapporterade ryggkirurgiska ingrepp 83 procent jämfört med aggregerad data, men då saknas detaljerad data för januari och februari vilket sannolikt kan förklara skillnaden. I Uppsala är andelen rapporterade ingrepp 94 procent av antalet enligt aggregerad data. I övriga landsting stämmer antalet rapporterade besök överens till 95-100 procent.

^c I Halland är andelen rapporterade ingrepp inom ögonsjukvården 65 procent jämfört med aggregerad data, men då saknas detaljerad data för januari och februari vilket sannolikt kan förklara en del av skillnaden. I övriga landsting stämmer antalet rapporterade besök överens till 95-100 procent.



Mätningar sker månadsvis för både antalet väntande och antalet genomförda besök

Statistiken för operationer i specialistvården samlas in på samma sätt som statistiken för specialistbesök. Landstingen ansvarar för inrapporteringen till SKL som sker månadsvis. Både patientvald väntan och medicinskt orsakad väntan har exkluderats från beräkningarna som ligger till grund för resultaten som presenteras i det här avsnittet.

2.2 ANTALET VÄNTANDE PATIENTER ÖKAR

Föregående avsnitt redovisade uppfyllelsen av vårdgarantins fyra mätpunkter. Detta gjordes med utgångspunkt i hur stor andel av patienterna som fick vård inom vårdgarantins tidsgränser. I det här avsnittet antar vi ett kompletterande perspektiv och redovisar antalet patienter som väntar på vård. Avsnittet fokuserar på vårdgarantins mätpunkter för besök i specialistvården och för behandling. I stället för att använda information om *genomförda* besök och operationer, handlar det här om *antalet patienter* som väntar på vård, det vill säga på köns storlek. Även detta avsnitt bygger på information från väntetidsdatabasen.

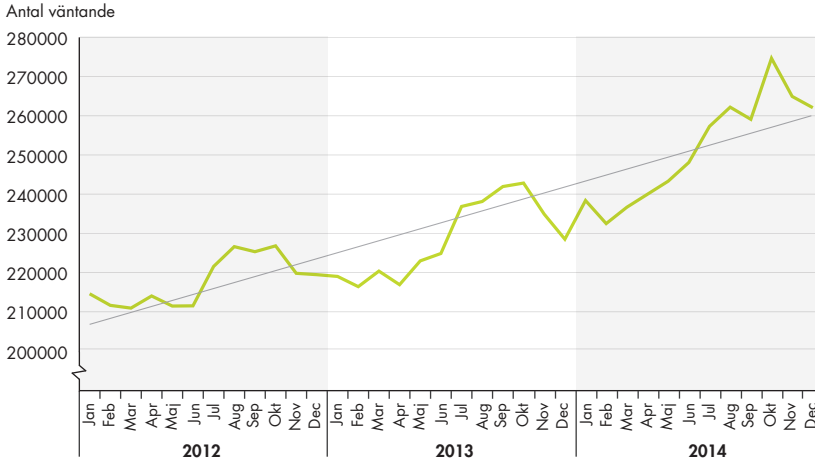
Ur ett väntetidsperspektiv är köns storlek, eller en ökning av antalet patienter som väntar på vård, inte nödvändigtvis ett problem i sig. Det som spelar roll är i stället hur antalet väntande förhåller sig till hur många besök eller operationer som görs. Om mycket vård utförs, kan en kö vara lång samtidigt som väntetiderna är korta.

2.2.1 Kö till nybesök hos specialist och operation

Figur 26 visar antalet väntande till specialistbesök under 2012–2014, och visar på en uppåtgående trend i antalet väntande. I december 2014 var antalet väntande i landet 262 060, vilket är 43 521 (eller 20 procent) fler än i december 2011. Siffrorna inkluderar även de så kallat patientvalt väntande. Men de avser enbart väntande på nybesök i specialistvården, och säger inget om antalet genomförda besök totalt eller om hur många som står på väntelistan till återbesök.

Utifrån tillgänglig information, bedömer vi att det under perioden 2012–2014 inte har skett några markanta förändringar i inrapporteringen till väntetidsdatabasen som kan förklara den uppåtgående trenden. Det totala antalet vårdgivare som rapporterar har inte ökat och de sjukdomsområden som rapporteras är desamma under hela perioden. Det innebär i så fall att

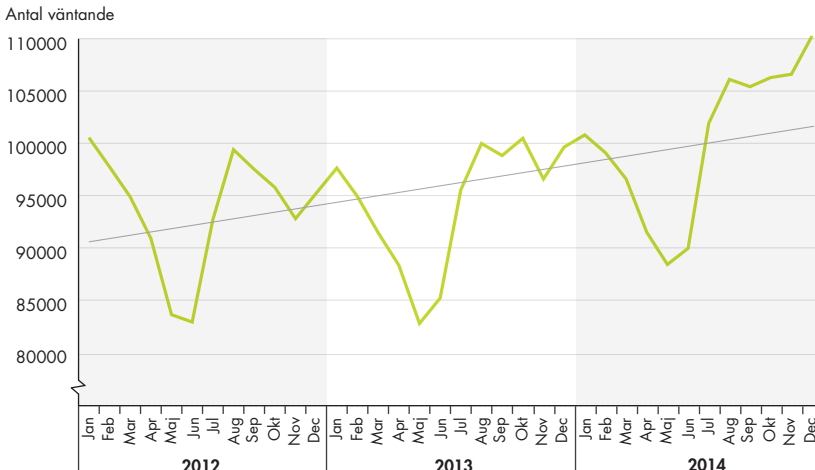
Figur 26. Antal patienter som väntar på nybesök hos specialist 2012–2014. Inklusive patientvald väntan.



den ökning av antalet väntande på besök i specialistvården som ses i figur 26 är en faktisk ökning av kön.

Figur 27 visar på motsvarande sätt hur många patienter som väntar på operation. Här mäts alltså antalet patienter som vid en viss tidpunkt väntar på en operation i den specialiserade vården. I december 2014 uppgick antalet väntande på en operation till 110 493 personer. Mellan december 2011 och december 2014 ökade antalet väntande med omkring 9 000 patienter, vilket

Figur 27. Antal patienter som väntar på operation i specialiserad vård 2012–2014. Inklusive patientvald väntan.



motsvarar nio procent. Även för operation ökar alltså antalet väntande, men ökningen är inte lika markant som för besök.

Figur 27 visar också på en tydlig säsongsvariation i antalet väntande till operation, då dessa ökar markant efter sommarens semestermånader. Den här ökningen hänger sedan kvar ända till nästkommande vår då köerna återigen blir kortare. Samtidigt verkar det som att det framförallt under 2014 finns en viss uppåtgående trend. Under våren 2014 minskade nämligen inte antalet väntande till samma nivå som under de två föregående åren och kön under andra halvan av 2014 var längre än vad den varit tidigare.

Figurerna i det här avsnittet visar den nationella trenden för samtliga vårdområden och ingrepp som ingår i väntetidsdatabasen, och utvecklingen kan naturligtvis skilja sig mellan landsting och vårdområden. Men de uppåtgående trenderna till framförallt specialistbesök pekar på att kön i genomsnitt är växande på sammantagen nationell nivå.

2.2.2 Längre kö till följd av ökat inflöde

Kö uppstår när ett större antal patienter vill ha vård än vad som i stunden kan erbjudas. En förändring i köns storlek kan bero på både långsiktiga och kortsiktiga obalanser mellan inflöde och utflöde. Kortsiktiga förändringar orsakar en snabb ökning av köns storlek som riskerar att hänga kvar under en längre period. Sådana kortsiktiga förändringar kan till exempel bero på att antalet genomförda besök eller operationer minskar under sommaren när vårdpersonal tar semester, eller på säsongsbetonade sjukdomar som leder till ökat inflöde av patienter under en viss period på året. Figur 27 ovan, som visar stora förändringar i antalet som väntar på operation över året, är ett exempel på en kortsiktig påbyggnad av kön. Kortsiktiga obalanser kan ofta åtgärdas genom punktinsatser för att minska antalet väntande eller genom produktionsplanering som anpassar tillgängliga resurser till förväntade variationer i behovet av vård.

Mer långsiktiga obalanser leder i stället till en gradvis ökning av köns storlek. Jämfört med kortsiktiga köförändringar är denna typ av obalans av mer strukturell karaktär och kräver insatser som permanent justerar balansen mellan inflöde och utflöde. Annars kommer kön konstant att växa. De generella uppåtgående trenderna i figur 26 och 27, som visar utvecklingen av antalet väntande på besök hos specialist respektive operation, skulle därför kunna vara tecken på en mer långsiktigt växande kö som inte beror på säsongsvariation eller andra temporära störningar.

Det finns flera möjliga förklaringar till att antalet som väntar på nybesök och operation har ökat. Vårdbehovet och efterfrågan på vård kan ha ökat, vilket skulle innebära ett större inflöde och en ökning av antalet patienter som sätts på väntelistan. Antalet genomförda nybesök och operationer kan ha minskat, vilket skulle innebära en längre kö även om inflödet av nya patienter inte förändras. En kombination av dessa förklaringar är naturligtvis också möjlig; inflödet av nya patienter kan ha ökat och utflödet kan ha minskat.

Tabell 4 redogör för det totala antalet *genomförda* nybesök i specialistvården och visar en ökning mellan 2012 och 2014 på drygt sex procent. Procentuellt sett har alltså antalet genomförda nybesök ökat mindre än antalet väntande som under samma period ökade med ca 20 procent (se figur 26). Det tyder på att det finns ett ökat inflöde av patienter som till viss del hanterats genom en ökad produktion och till viss del har fått konsekvensen att ett större antal patienter väntar på vård.

Tabell 4. Antal genomförda läkarbesök i specialiserad vård 2012–2014.*

	2012	2013	2014
Antal genomförda nybesök i specialiserad vård	1 566 678	1 587 295	1 663 119
Procentuell förändring jämfört med 2012		+1,3 %	+ 6,2 %

* Endast månaderna februari-december redovisas eftersom det saknas statistik för januari 2012.

Källa: Väntetidsdatabasen.

Samtidigt har det här kapitlet visat att uppfyllelsen av vårdgarantin har legat relativt konstant över tid, trots vad som verkar vara ett ökat inflöde av patienter. Det är något av en paradox eftersom en ökad köstorlek, samtidigt som vårdgarantins infriande är konstant, intuitivt borde innebära att ökningen i kön matchats med en motsvarande ökning i utflödet (det vill säga produktion, antal genomförda besök eller operationer). Under vissa förutsättningar är det dock möjligt att se en utveckling som leder till längre köer samtidigt som väntetiderna minskar (Siciliani 2008). En annan möjlig förklaring är att förändringar i hur väl vårdgarantin infrias så att säga ”släpar efter”, och att förändringar i vårdgarantins efterlevnad kommer att bli synliga framöver ifall dessa trender fortsätter. Även om andelen patienter som får vård inom vårdgarantins tidsgränser ligger relativt konstant kring 90 procent för 2012–2014 ses en liten nedåtgående trend. För specialistbesök minskar vårdgarantins infriande från 91,1 till 89,8 procent. Det är ingen stor

förändring men kan vara tecken på en försämring. Sammantaget blir det viktigt att följa den fortsatta utvecklingen av köns storlek och landstingens produktion, och i vilken utsträckning landstingen uppfyller vårdgarantin för allt fler patienter som står i kö.

2.3 DEN PATIENTUPPLEVDA TILLGÄNGLIGHETEN ÄR SÄMRE ÄN RESULTATEN BASERADE PÅ VÄNTETIDSDATABASEN

I det här kapitlet har vi följt upp hur väl vårdgarantins tidsgränser hålls med hjälp av SKL:s väntetidsdatabas. Den övergripande bilden är att 89–92 procent av patienterna får vård inom vårdgarantins gränser (se figur 4), även om det finns stora variationer mellan landsting och vårdområden. När patienter och medborgare i stället tillfrågas om i vilken utsträckning de upplever att vårdgarantins krav uppfylls, blir bilden mer negativ (Vårdanalys 2015). I det här avsnittet diskuterar vi först möjliga förklaringar till att resultaten skiljer sig mellan undersökningsformer, för att sedan kortfattat redovisa resultat från Nationell Patientenkät där patienter tillfrågats om väntetider. Även om det kan finnas många förklaringar till att patientenkäterna och väntetidsdatabasen ger olika resultat är det anmärkningsvärt att de patientupplevda väntetiderna konsekvent är sämre än de som rapporteras i väntetidsdatabasen.

2.3.1 Flera möjliga förklaringar till att resultaten skiljer sig mellan olika typer av undersökningar

Det finns flera möjliga förklaringar till att den samlade bilden av svaren som framkommer i patient- och befolkningsundersökningar om tillgänglighet och väntetider ger en mer negativ bild än när uppföljningar görs genom väntetidsdatabasen. I det här avsnittet sammanställs några sådana möjliga förklaringar. Skillnaderna i resultaten som observeras mellan olika undersökningar kan exempelvis bero på att väntetidsdatabasen och patientundersökningarna mäter olika saker, på mätfel i de olika undersökningarna så att resultaten inte stämmer överens med vad som avses att mätas, eller på att resultaten representerar olika grupper.

Flera patientenkäter fångar bredare tillgänglighet än väntetidsdatabasen

Väntetidsdatabasen fokuserar specifikt på att mäta hur väl vårdgarantins fyra hållpunkter efterlevs. Det innebär att en relativt liten och specifik del av tillgängligheten i vården fångas av mätningarna. När patienter tillfrågas om deras upplevda tillgänglighet fångas ofta ett betydligt bredare

tillgänglighetsbegrepp. Exempelvis är det möjligt att upplevda väntetider till andra delar av vårdkedjan än vad väntetidsdatabasen mäter inkluderas i många av enkätsvaren. I dessa fall är det svårt att direkt jämföra resultat från väntetidsdatabasen och patientenkäter, eftersom de mäter olika saker. Att de mäter olika saker kan då också vara en förklaring till att resultaten skiljer sig åt.

Svårigheter att minnas väntetider och bristande förtroende för vården

Även när frågorna i patientenkäterna specifikt avser vårdgarantins tidsgränser finns det risk att andra aspekter reflekteras i svaren. Det kan exempelvis vara svårt att i efterhand komma ihåg hur länge man fått vänta på vård. Kjellsson och medförfattare (2014) jämför i detta avseende självrapporterad (från enkät) och administrativ (från patientregistret) information om sjukhusinläggningar i Region Skåne 2008. De finner att diskrepansen mellan enkätsvaren och den administrativa informationen är större när perioden som patienten ombeds att ta hänsyn till är längre, och det kan handla om både under- och överrapportering.

Självupplevda väntetider kan också påverkas av exempelvis det allmänna förtroendet för, och förväntningarna på, hälso- och sjukvården. Fredriksson och medförfattare (2014) undersöker sambandet mellan befolkningens uppfattning om väntetider i landstinget (genom telefonintervjuer) och hur mycket media skriver om vårdgarantin och kömiljarden. De finner att en större andel av befolkningen anger att landstinget lever upp till vårdgarantins tidsgränser ganska eller mycket dåligt när det skrivs mer om vårdgarantin och kömiljarden i media. Resultatet gäller även när hänsyn tas till hur väntetiderna i landstinget faktiskt ser ut. Om media ger en negativ bild av tidsgränserna finns det alltså risk för att befolkningen uppfattar väntetiderna som sämre än vad de i verkligheten är.

Minnesfel och påverkan av andra faktorer kan således göra att enkätsvar inte till fullo avspeglar verklighetens väntetider. På liknande sätt kan det naturligtvis finnas fel i rapporteringen till väntetidsdatabasen som också innebär att resultaten inte avspeglar de faktiska väntetiderna. Det skulle exempelvis kunna handla om att det saknas information från ett betydande antal vårdgivare eller vårdområden (se avsnitt 2.1.1 och kapitel 6).

Skillnader och problem i urval och representativitet

Enkäter och väntetidsdatabasen kan också tänkas vara olika representativa, eller representera olika grupper. Exempelvis inkluderar väntetidsdatabasen väntetider för alla åldrar, medan det oftast enbart ingår vuxna i patient- och



befolkningsundersökningarna. En annan aspekt är att väntetidsdatabasen strävar mot att vara en totalundersökning där data från alla vårdgivare samlas in, även om ett antal privata vårdgivare i dag inte ingår och det finns brister i täckningsgrad. Det innebär att befolkningsgrupper som ofta besöker vården står för en relativt stor andel av de observationer som finns i väntetidsdatabasen (även om databasen inte mäter återbesök). Patientundersökningarna å andra sidan är stickprov som ofta inte blir representativa för befolkningen i stort på grund av vanligt förekommande brister i svarsfrekvens och inte heller speglar vilka det är som faktiskt besöker vården.

2.3.2 Patienter uppfattar att de ofta får vänta längre än vårdgarantins tidsgränser

I det här avsnittet presenterar vi resultat från Nationell Patientenkät där patienter har tillfrågats om väntetider och huruvida vårdgarantins tidsgränser har hållits. I samband med resultaten diskuteras också jämförbarheten med resultaten från väntetidsdatabasen. Även andra patientundersökningar som vi inte närmare redogör för här pekar på liknande resultat som Nationell Patientenkät, bland annat två webbenkäter som Vårdanalys har genomfört (Vårdanalys 2014a, 2015).

Nationell Patientenkät är en återkommande enkät om patientupplevd kvalitet

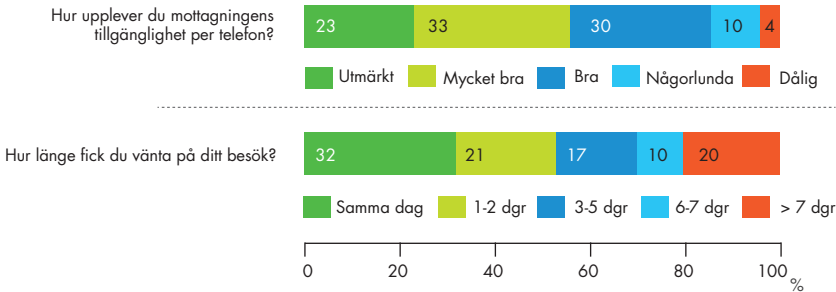
Nationell Patientenkät är återkommande enkätundersökningar som görs bland patienter i syfte att samla in information om patienters erfarenheter av och synpunkter på hälso- och sjukvården. Alla landsting och regioner deltar i arbetet som samordnas av SKL.

Figur 28 redovisar resultat från de frågor som rör vårdgarantins tidsgränser i 2013 års version av Nationell Patientenkät för primärvården och i 2014 års version av enkäten som rör den slutna specialiserade vården. 85 procent uppger att telefontillgängligheten i primärvården är bra, mycket bra eller utmärkt. 79 procent fick komma på besök hos läkare i primärvården inom sju dagar.

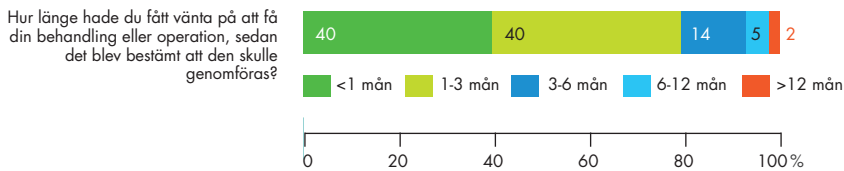
Vad gäller telefontillgängligheten finns det ingen tidsgräns som anger vad som är utmärkt, mycket bra eller bra, vilket gör det svårt att jämföra med resultaten baserade på väntetidsdatabasen där andelen besvarade samtal på nationell nivå uppgick till 89 procent. Att 85 procent i enkäten uppger att de tycker att telefontillgängligheten är åtminstone bra säger i och för sig ingenting om huruvida man kommer fram på telefon samma dag, eftersom

Figur 28. Patienters syn på tillgängligheten till primärvård och specialiserad sluten sjukhusvård enligt Nationell Patientenkät.*

Primärvård



Specialistvård



* För 2013 års undersökning i primärvården skickades drygt 265 000 enkäter till ett slumpmässigt urval av patienter som gjort ett läkarbesök på den deltagande värdenheten under september månad 2013. Svarsfrekvens: 52,7 procent. För 2014 års undersökning i den specialiserade slutenvården skickades omkring 75 000 enkäter ut till patienter som legat inne och blivit utskrivna från en avdelning som deltog i undersökningen i mars-april 2014. Svarsfrekvens: 64,6 procent.

Källa: Nationell Patientenkät för primärvården 2013 och Nationell Patientenkät för specialiserad sluten sjukhusvård 2014 (SKL 2015b).

man kan tycka att tillgängligheten är bra ändå. Men för telefontillgängligheten är överensstämmelsen mellan resultaten från väntetidsdatabasen och vad patienter uppfattar som bra tillgänglighet enligt Nationell Patientenkät skaplig, åtminstone på nationell nivå. Ett annat mönster kan naturligtvis återfinnas för enskilda landsting eller grupper i befolkningen.

Vad gäller tidsgränsen att besök till läkare i primärvården ska fås inom sju dagar är det enklare att jämföra resultaten från Nationell Patientenkät med resultaten enligt väntetidsdatabasen, eftersom patienterna i enkäten svarar på hur länge de fick vänta på läkarbesök. Medan 20 procent uppger att de fick vänta längre än sju dagar i enkäten, är det enligt väntetidsdatabasen bara åtta procent som inte får besök inom tidsgränsen – en betydande skillnad. En del av skillnaden kan sannolikt förklaras av att de mätningar som görs i primärvården inom ramen för väntetidsdatabasen sker under ett fåtal veckor under året som dessutom är kända av vårdgivarna på förhand.

Denna metod innebär en påtaglig risk för att vårdgarantins efterlevnad överskattas i väntetidsdatabasen, även om det är svårt att veta med hur mycket. Samma risk för överskattning finns även för telefontillgängligheten där mätperioderna också är kända på förhand.

Vad gäller specialistvården består Nationell Patientenkät av en enkät till specialiserad öppenvård och en till specialiserad slutenvård. För specialiserad öppenvård ställs frågan ifall patienten fick en mottagningstid så snart han eller hon önskande – detta är det närmsta man kommer en fråga om väntetiden. 88 procent anger att de fick det eller inte hade några särskilda önskemål, medan övriga 12 procent svarar ”nej”. Denna fråga ger naturligtvis en bild av just huruvida vården lever upp till patienternas önskemål om besökstider, vilket kan vara av intresse i sig självt, men går inte att koppla till i vilken utsträckning som besöket blir av inom vårdgarantins 90 dagar.

Den nedre delen av figur 28 redovisar resultat från Nationell Patientenkät för den specialiserade slutenvården där patienterna har fått svara på hur länge de hade fått vänta på att få sin behandling eller operation, sedan det blev bestämt att den skulle genomföras. 79 procent anger att de fick sin operation eller behandling inom vårdgarantins 90 dagar.

Enligt väntetidsdatabasen fick 89 procent av patienterna sin operation inom 90 dagar under 2014, det vill säga en större andel än enligt enkätresultatet. Väntetidsdatabasen inkluderar dock endast operation, och inte andra behandlingar, medan Nationell Patientenkät inte skiljer på operation och behandling. Detta är en faktor som skulle kunna förklara en del av skillnaden ifall väntetiden till andra åtgärder än de som mäts i väntetidsdatabasen är längre. Vidare, i väntetidsdatabasen går det inte separera operationer som gjorts inom slutenvården och öppenvården, medan patientenkäten i detta fall enbart berör slutenvården. Detta skulle också kunna förklara en del av skillnaden ifall väntetiden till operationer inom öppenvården är kortare än inom slutenvården. Andra möjliga förklaringar är att patienter minns fel om sin väntetid eller att väntetidsdatabasens sätt att registrera inte stämmer överens med relevanta mätpunkter för patienten eller med patientens upplevelser. Det skulle exempelvis kunna handla om hur patientvald väntan hanteras i väntetidsdatabasen, men att detta eventuellt inte beaktas i enkäten. Det skulle också kunna handla om att patienten har en annan uppfattning om när ett beslut om behandling har tagits än vad som används i vårdens administrativa system.

Förklaringar till skillnader i vårdgarantins uppfyllelse

Att det skiljer sig mellan olika landsting i vilken utsträckning vårdgarantins väntetidskrav infrias, såsom redovisas i kapitel 2, är ingen nyhet. I det här kapitlet gör vi en fördjupad analys av skillnaderna och närmar oss den svåra, och tidigare tämligen obelysta, frågan om vad som kan förklara skillnaderna. I detta syfte har vi genomfört både en kvantitativ och en kvalitativ analys.

I den kvantitativa analysen har vi undersökt statistiska samband mellan landstingens infriande av vårdgarantin och bland annat befolkningsstruktur, antal läkare och vårdplatser, antal besök som utförs per läkare och storleken på de ekonomiska resurserna som läggs på sjukvården. Analysen presenteras i sin helhet i bilaga 4, medan det här kapitlet fokuserar på huvudresultaten från analysen. Den kvalitativa analysen baseras på en intervjustudie.

Den sammantagna slutsatsen är att förbättrade arbetsätt, högre produktivitet och tillräckliga personella resurser är viktiga faktorer för att klara vårdgarantins krav och för att korta väntetiderna.

3.1 KVANTITATIV ANALYS FÖR ATT UNDERSÖKA VAD SOM FÖRKLARAR SKILLNADER I UPPFYLLELSEN AV VÅRDGARANTIN

I det här avsnittet presenterar vi huvudresultaten från en kvantitativ analys där vi har undersökt statistiska samband mellan landstingens uppfyllelse av vårdgarantin och faktorer som teoretiskt sett kan tänkas påverka väntetider och vårdgarantins infriande. Den första delen presenterar de variabler som har ingått i analysen. I det andra avsnittet presenteras analysens huvudresultat.



3.1.1 Väntetider beror på faktorer som påverkar inflödet och utflödet av patienter

Förändringar i en kös storlek beror i grunden på en obalans mellan inflöde och utflöde av patienter (Siciliani m.fl. 2013). Vid en viss tidpunkt är det fler patienter som vill ha en viss vårdinsats än vad vården erbjuder, och antalet patienter som strömmar till vården är fler än de som får behandling. Hur väl landstingen klarar att ge vård inom vårdgarantins gränser beror således på faktorer som relaterar till in- och utflödet av patienter. Exempel på relevanta faktorer är befolkningens hälsostatus och vårdbehov, teknologi, tillgängliga resurser (till exempel läkare och vårdplatser) och produktivitet (Siciliani m.fl. 2013).

Vi har samlat in information om faktorer som kan tänkas påverka in- och utflödet av patienter. Med hjälp av kvantitativa metoder har vi sedan undersökt ifall det finns något samband med hur väl landstingen lever upp till vårdgarantin vad gäller nybesök och operation inom 90 dagar i den planerade specialistvården. Tabell 5 listar de variabler som har ingått i analysen.

De tre första variablerna, *nettokostnad*, *antal läkare per invånare* och *antal vårdplatser per invånare*, avser att mäta resurser. Nettokostnaden ser till den totala kostnaden som landstinget spenderar på den specialiserade vården per invånare, och är således ett mått på de ekonomiska resurserna. Antalet läkare är i stället en personell resurs.

De kommande tre variablerna - *antal besök per läkare*, *antal operationer per läkare* och *antal operationer per vårdplats* - avser att avspegla vårdens produktivitet och arbetssätt, det vill säga hur de personella (och delvis fysiska) resurserna används. Ett större antal besök eller operationer per läkare kan exempelvis innebära att mer tid har frigjorts för läkaren att ägna åt besök och operationer, medan andra arbetsuppgifter har omfördelats till andra personalgrupper.

De tre nästkommande variablerna handlar om *hur mycket vård landstingen köper och säljer sinsemellan*, men också *hur mycket som köps från privata vårdgivare*. Dessa variabler handlar alltså om hur landstingen har valt att bedriva vården. Att köpa vård från andra landsting, och på så vis i enlighet med vårdgarantin erbjuda patienterna vård på annat ställe, kan vara ett sätt att öka uppfyllelsen av vårdgarantin i det egna landstinget.

De tre sista variablerna - *andelen vuxna som uppger att de har ett bra allmänt hälsotillstånd*, *andelen vårdtunga* och *standardkostnaden* - avser att mäta befolkningsstruktur och vårdbehov. En befolkning med större behov av vård ökar inflödet av patienter till sjukvården, vilket kan innebära längre väntetider och större svårigheter att klara vårdgarantins gränser.

Tabell 5. Variabler som ingår i den kvantitativa analysen.*

Resurser	Nettokostnad per invånare
	Nettokostnad för den specialiserade somatiska sjukvården per invånare, korrigerat för landstingens olika förväntade kostnader för hälso- och sjukvården. Detta innebär att en högre (korrigerad) nettokostnad reflekterar mer resurser utöver vad som är förväntat till följd av olika kostnadsstrukturer.
	Antal läkare per invånare
	Antal läkare som är sysselsatta i landstinget (offentlig och privat regi), exklusive allmänläkare, per invånare.
Produktivitet	Antal vårdplatser per invånare
	Antal disponibla vårdplatser i specialiserad somatisk vård per invånare. Avser antal vårdplatser som genomsnittligt varit tillgängliga under året med hänsyn tagen till neddragningar, semesterstängningar m.m.
	Antal besök per läkare
	Antal besök som gjorts i den specialiserade öppenvården per specialistläkare, exklusive allmänläkare.
Köp och försäljning av vård	Antal operationer per läkare
	Antal operationer som utförts i slutenvården och dagkirurgiska vårdtillfällen i öppenvården per specialistläkare, exklusive allmänläkare.
	Antal operationer per vårdplats
	Antal operationer som utförts i slutenvården och dagkirurgiska vårdtillfällen i öppenvården per disponibel vårdplats.
Vårdbehov	Köp av vård från andra landsting
	Kostnaden för köp av specialiserad somatisk vård från andra landsting som andel av den totala nettokostnaden.
	Försäljning av vård till andra landsting
	Intäkter från försäljning av specialiserad somatisk vård till andra landsting som andel av den totala nettokostnaden.
Vårdbehov	Köp av vård från privata vårdgivare
	Kostnaden för köp av specialiserad somatisk vård från privata vårdgivare som andel av den totala nettokostnaden.
	Andel med bra allmänt hälsotillstånd
	Andelen vuxna (16-84 år) som i en nationell enkät svarat bra eller mycket bra på fråga om hur det allmänna hälsotillståndet bedöms.
Vårdbehov	Andel vårdtunga
	Andel av befolkningen som har någon av nio utvalda vårdtunga diagnoser.
	Standardkostnad
	Landsting med en högre standardkostnad har invånare som förväntas ha ett större vårdbehov. Standardkostnaden för hälso- och sjukvården per invånare avspeglar befolkningsstrukturen i landstinget och beräknas utifrån befolkningens kön, ålder, civilstånd, sysselsättningsstatus, inkomst och boendetyper. Även andelen vårdtunga ingår.

* Se bilaga 4 för mer detaljer kring variablerna, inklusive källor.



I rutan på nästa sida ges en kort presentation av hur analysen genomfördes. Hela analysen, inklusive en närmare presentation av data och metod, återfinns i bilaga 4. Nästa avsnitt presenterar analysens huvudresultat.

3.1.2 Högre uppfyllelse av vårdgarantin när landstingen köper mer vård, har högre produktivitet och mer personal

Huvudresultaten från den kvantitativa analysen kan sammanfattas i fyra punkter:

- Vårdgarantin följs i större utsträckning vid högre produktivitet.
- Vårdgarantin följs i större utsträckning vid större personella, men inte ekonomiska, resurser.
- Vårdgarantin följs i större utsträckning när mer vård köps från andra landsting.
- Inget tyder på att skillnader i befolkningsstruktur och vårdbehov är avgörande för uppfyllelsen av vårdgarantin.

Dessa fyra punkter beskrivs nedan. Se bilaga 4 för en mer detaljerad genomgång av analysen.

Vårdgarantin följs i större utsträckning vid högre produktivitet

Detsammansattagna resultatet gällande de tre variablerna som avser att avspegla produktivitet och arbetssätt (antal besök per läkare, antal operationer per läkare och antal operationer per vårdplats) är att vårdgarantins infriande är högre vid högre produktivitet. Vad gäller hur väl vårdgarantins krav för besök hos specialist följs, visar analysen att uppfyllelsen ökar med antalet besök per läkare. För operation visar analysen att infriandet av vårdgarantin ökar med både fler operationer per vårdplats och per läkare. Ett exempel på resultat från analysen är att om läkare i specialistvården i snitt skulle genomföra ett ytterligare mottagningsbesök per arbetsdag skulle infriandet av vårdgarantin vad gäller besök hos specialist kunna öka med nära fem procentenheter.

Vårdgarantin följs i större utsträckning vid större personella, men inte ekonomiska, resurser

Det sammantagna resultatet vad gäller de tre variabler som avser att avspegla resurser (nettokostnad, antal läkare per invånare och antal vårdplatser per invånare) är att vårdgarantins infriande är högre när det finns mer

Kvantitativ analys av vad som förklarar skillnader i infriandet av vårdgarantin

Vi har undersökt statistiska samband mellan de variabler som listas i tabell 5 och vårdgarantins infriande för nybesök hos specialist respektive operationer. Analysen är gjord på landstingsnivå, men Gotland exkluderas eftersom det saknas information om köp och försäljning av vård därifrån.

Analysen baseras på information från 2010, 2011 och 2012. För år därefter saknas information om flera av de variabler som ingår i analysen, varför analysen inte kan göras på nyare data. Med 20 landstingsobservationer för varje år innebär det 60 observationer totalt.

Information om uppfyllelsen av vårdgarantin baseras på väntetidsdatabasen och är i den här analysen uträknad utifrån hur stor andel som stått i kö kortare än 90 dagar (inte hur stor andel av de som faktiskt fått ett besök eller en operation som fick det inom 90 dagar). Det är först 2012 som väntetidsdatabasen innehåller väntetidsdata baserad på genomförda besök och operationer (se vidare i kapitel 2).

För att undersöka statistiska samband har vi använt regressionsanalys. Vi har dragit nytta av att datamaterialet består av information från en och samma enhet (det vill säga landsting) från flera tillfällen (tre år) och gjort så kallade "fixed-effects"- regressioner. Vi använder också så kallad multivariat analys som innebär att vi inkluderar, eller tar hänsyn till, flera faktorer samtidigt, till skillnad från att enbart se till enkla samband mellan två variabler. Detta är värdefullt för att försöka isolera och beskriva sambandet mellan just de variabler som är i fokus för analysen. Utan den här typen av analys riskerar vi att missa mer komplexa samband. Genom att undersöka multivariata samband finns det därför större möjlighet till en mer fullständig analys.

Det är viktigt att tolka och använda resultaten från analysen med viss försiktighet. De samband vi ser i analysen är korrelationer vilket innebär att det finns ett statistiskt samband mellan de aktuella variablerna, men det är inte nödvändigtvis ett orsakssamband.

Se bilaga 4 för mer detaljer om data, metod och resultat.

personella resurser. Vad gäller uppfyllelsen av vårdgarantin för nybesök hos specialist, ökar den med antalet läkare per invånare; analysen visar att om en ytterligare läkare per 10 000 invånare arbetade i vården skulle infriandet av vårdgarantin öka med nära två procentenheter. För operation ser vi inget samband mellan hur väl vårdgarantin följs och antal läkare, men ett visst samband med antalet vårdplatser; för ett givet antal utförda operationer per vårdplats är vårdgarantins infriande högre när det finns fler vårdplatser per invånare.

Vad gäller vilka ekonomiska resurser landstingen lägger på den specialiserade somatiska vården, i termer av nettokostnaden, visar analysen att vårdgarantins uppfyllelse är *lägre* när nettokostnaden är högre, det vill säga när de totala ekonomiska resurserna är större. Detta resultat gäller både för vårdgarantins tidsgränser till besök och för operation. Det innebär sannolikt inte att mindre resurser i sig *leder till* en högre uppfyllelse av



vårdgarantin, men analysen indikerar att det går att nå högre uppfyllelse av vårdgarantin även med mindre ekonomiska resurser. Det bör alltså finnas utrymme för förbättringar även med givna resurser.

Vårdgarantin följs i större utsträckning när mer vård köps från andra landsting

Infriandet av vårdgarantin är högre när mer vård köps från andra landsting. Detta gäller för vårdgarantins uppfyllelse för både nybesök hos specialist och operation. Exempelvis indikerar den kvantitativa studien att om ett landsting skulle öka andelen köpt vård från andra landsting med en procentenhet skulle vårdgarantins infriande för operationer öka med drygt två procentenheter. Analysen visar däremot inte något samband med försäljning av vård till andra landsting; en större andel försäljning innebär varken högre eller lägre infriande av vårdgarantin. Vi ser inte heller något samband med hur stor andel av den specialiserade somatiska vården som köps från privata vårdgivare.

Inget tyder på att skillnader i befolkningsstruktur och vårdbehov är avgörande för uppfyllelsen av vårdgarantin

Vad gäller de tre variabler som avser att avspegla befolkningsstruktur och vårdbehov (det vill säga andelen med bra allmänt hälsotillstånd, andel vårdtunga och standardkostnaden) visar analysen inga betydande samband med hur väl vårdgarantin följs. Skillnader i vårdbehov verkar alltså inte vara en betydande faktor för förändringar och skillnader i vårdgarantins infriande. I stället verkar det som att de främsta förklaringsfaktorerna återfinns på utbudssidan, det vill säga faktorer som avser hur landstingen bedriver verksamheten.

3.2 KVALITATIVA ANALYSEN PEKAR PÅ ATT FÖRÄNDRADE ARBETSSÄTT GÖR SKILLNAD, MEN PÅ VISSA STÄLLEN ÄR PERSONALBRIST ETT HINDER

Som en del av arbetet med den här rapporten har vi genomfört intervjuer med vad vi kallar "remissbedömare" och "tidsbokare" i fem landsting. Det huvudsakliga syftet med intervjuerna var att beskriva hur processen kring en remiss går till och hur arbetet med väntelistor fungerar (se rutan på nästa sida och kapitel 4 för ytterligare beskrivning av intervjustudien). Men i intervjuerna ställdes också frågor om respondenternas uppfattning om hinder och framgångsfaktorer för att korta väntetider samt om huruvida några särskilda insatser gjorts för att korta väntetiderna i respondenternas egna verksamheter. Det innebär att det här avsnittet i första hand fokuserar

Intervjuer med vårdpersonal om väntetider

Vårdanalys har genomfört 55 semistrukturerade intervjuer med vad vi kallar "remissbedömare" (22 intervjuer) och "tidsbokare" (33 intervjuer) inom neurologi och ortopedi, fördelade på 29 verksamheter i fem landsting (Halland, Skåne, Uppsala, Värmland och Västra Götaland). Med "remissbedömare" avser vi läkare som har som en del av sina arbetsuppgifter att göra medicinska bedömningar av inkommande remisser. Det vi kallar för "tidsbokare" är vårdpersonal med ett administrativt ansvar för att boka in patienter på befintliga tider till besök eller operation. Det huvudsakliga syftet med intervjuerna var att belysa risken för undanträngningseffekter, varför just remissbedömare och tidsbokare ingick i urvalet. Intervjuerna innehöll också frågor om hinder och framgångsfaktorer för att korta väntetider. Bilaga 5 innehåller en lista över samtliga som ingått i intervjustudien, och intervjustudien beskrivs mer utförligt i avsnitt 4.4.1.

Resultaten från intervjustudien reflekterar de enskilda respondenternas uppfattningar, kunskap och arbetsituation. Därmed hade resultaten inte nödvändigtvis varit desamma om vi exempelvis valt att intervjua andra personalkategorier eller inkluderat andra landsting i studien.

på hinder och framgångsfaktorer på verksamhetsnivå, men vi går inte närmare in på utmaningar inom andra organisatoriska nivåer. Exempelvis diskuteras inte hur strukturella förändringar på systemnivå kan förbättra väntetidssituationen och tillgängligheten i stort.

Den övergripande slutsatsen från intervjuerna gällande dessa frågor är att förändrade arbetsätt gör skillnad för köer och väntetider, och att det går att arbeta med förändringar inom de strukturer och ramar som finns idag. På några ställen ges dock en bild av återkommande och ihållande brist på personella resurser som gör att situationen upplevs som mycket svårlöst. Huvudresultaten från intervjuerna kan sammanfattas i följande fem punkter som presenteras vidare nedan:

- Potentialen i förändrade arbetsätt lyfts ofta fram som viktig för att förbättra väntetidssituationen.
- Bemanningsproblem framkommer som ett hinder i arbetet med väntetider.
- En välfungerande primärvård betonas på några håll som viktig för framgångsrikt arbete med tillgänglighet i specialistvården.
- Långa väntetider leder ofta till merarbete och ännu längre väntetider.
- På många ställen görs punktsatser för att korta väntetider.



Potentialen i förändrade arbetssätt lyfts ofta fram som viktig för att förbättra väntetidssituationen

De "tidsbokare" som vi har intervjuat arbetar dagligen med väntelistorna och med att boka in och kalla patienter för besök eller operation. Flera av de intervjuade beskriver förbättrade arbetssätt och rutiner, såsom framförhållning, kontinuitet, regelbunden genomgång av väntelistor och sammanhållet arbete med väntelistor, som viktiga inslag för att åstadkomma kortare köer. En av de intervjuade uttrycker att det egentligen handlar om rätt små förändringar, men att de gör stor skillnad.

Ett vanligt exempel på en rutin som bidrar till bättre kontroll över väntetidssituationen är att regelbundet gå igenom väntelistorna och säkerställa att de som står på listan är aktuella för vård. I några intervjuer lyfts vikten av ett sammanhållet arbete med väntelistorna fram, det vill säga att någon har ett tydligt ansvar för hanteringen. På ställen där det kommer många remisser kan det handla om att ha koordinatörer som ansvarar för att sköta inkommande remisser, i stället för att arbetet fördelas på många olika personer.

Framförhållning i schemalaggingen och kontinuitet, eller ett jämt flöde, är något som tidsbokarna menar är värdefullt för arbetet med väntelistor och väntetider. Med framförhållning i schemalaggingen vet tidsbokarna tidigare vilka och hur många läkare som finns tillgängliga på mottagningen eller operation en viss dag eller vecka, och kan boka in besök eller operationer och kalla patienter tidigare. Att dessutom ha kontinuitet, så att det exempelvis finns utrymme för regelbunden och förutsägbar mottagningsverksamhet, är en kompletterande faktor som lyfts fram. En viktig framgångsfaktor verkar vara förmågan att i första hand kunna planera verksamheten efter hur inflödet av patienter ser ut snarare än efter personalens önskemål om ledighet. En tidsbokare på en mindre mottagning säger exempelvis att det ibland kan gå ett par veckor utan att det finns någon läkare på mottagningen och att sådan ojämnheter i bemanning leder till att det byggs upp onödiga väntetider som kan vara svåra att jobba ner.

För en välfungerande tidsbokning och kontinuitet i mottagningen av patienter krävs välfungerande planering och schemalagging också i andra delar av verksamheten. Något som bidrar till sämre kontinuitet i mottagningsverksamheten är att det är vanligt att den verksamheten inte upprätthålls i den omfattning som behövs eller planerades från början. Detta beror på att mottagningen bemannas sist. Om exempelvis någon som är schemalagd på en vårdavdelning är frånvarande, eller om det saknas personal där, är det mottagningen som blir lidande då övriga aktiviteter inte kan lämnas obemannade. På så vis kan mottagningen sägas fungera som

ett dragspel – om allt fungerar som planerat och bemanningen är tillräcklig finns det utrymme för mottagningsverksamhet, men när något gör att övriga aktiviteter behöver planeras om, dras mottagningen in. Besökstiderna blir alltså färre än vad som först var planerat, vilket naturligen gör det svårare att erbjuda patienter vård inom tidsgränserna. Detta beskrivs på flera ställen som ett hinder i arbetet med köerna. På några ställen verkar problemet uppstå oftare och grundar sig troligen i hur väl bemannad verksamheten är. På liknande sätt finns det exempel på hur tidsbokare med kort varsel får veta när det finns mottagningstider tillgängliga att boka in patienter på – för det är först när övriga aktiviteter är bemannade som det står klart vilket utrymme det finns för mottagningsverksamhet.

En annan åtgärd som några intervjupersoner lyfter fram som en framgångsfaktor för att frigöra resurser är att sjuksköterskor tar över vissa arbetsuppgifter som tidigare gjorts av läkare. Inom neurologin kan det exempelvis handla om att sjuksköterskor som specialiserat sig på diagnoser som MS eller Parkinson, i nära samarbete med en specialisläkare, sköter vissa återbesök och svarar för den kontinuerliga patientuppföljningen. Sådana förändringar behöver dock ske på ett genomtänkt sätt och en intervjuperson påpekar att en grundförutsättning för att införa den här typen av arbetssätt är att sjuksköterskebemanningen är tillräcklig. Ett par intervjuade remissbedömare tar också upp att det finns ett behov av fler medicinska sekreterare som då skulle kunna ta över vissa uppgifter av mer administrativ karaktär som läkare gör i dag.

Bemanningsproblemet framkommer som ett hinder i arbetet med väntetider

I många av intervjuerna berörs bemanningsituationen och personalbrist framkommer som ett hinder i arbetet med väntetider. På vissa ställen är problemen mer långsiktiga än på andra.

På några ställen betonas grundläggande personalbrist som en väsentlig orsak till långa väntetider. Detta gäller särskilt inom neurologi, där de intervjuade menar att det saknas neurologer, men även annan personal. Respondenterna pekar på svårigheter med att få tillräckligt med sökande till utannonserade tjänster och att få personal att stanna. Det handlar alltså främst om personella resurser, snarare än ekonomiska (även om flera av dem som vi har intervjuat betonar att de inte är insatta i verksamhetens övergripande ekonomi). Intervjuerna ger också något exempel inom ortopedi där personalbrist upplevs som ett stort hinder i arbetet. I det här fallet rör det sig om brist på sjuksköterskor, snarare än ortopedier, vilket gör att vårdplatser



får hållas stängda och att operationer därmed får ställas in. Operationssalar kan stå bemannade, men utan patienter, för att det inte finns någonstans att lägga patienterna efter operationen. Det kan alltså handla om problem som uppstår på andra ställen än på den egna avdelningen.

I intervjuerna beskrivs också bemanningsproblemen av mer kortsiktig karaktär. Flera av tidsbokarna nämner särskilt att sommaren och andra storhelger är problematiska; under sommarmånaderna görs betydligt färre planerade operationer (om några alls) vilket naturligen gör att väntetiderna ökar. Det kan också handla om att personal försvinner från verksamheten en kortare eller längre tid, och inte ersätts av någon annan, vilket genast gör att väntetiderna blir längre. Det framstår som att marginalerna i många verksamheter är mycket små och att även temporära bortfall kan få stora konsekvenser för väntetiderna.

Utifrån intervjuerna går det inte svara på ifall det handlar om verklig brist på personal, eller om väntetidsproblemen går att lösa även med den personalstyrka som finns. Flera av de intervjuade, som lyfter fram bemanning som ett problem, menar att det troligen också finns möjlighet att förbättra situationen med de resurser som finns tillhands. De ser således inte mer resurser som den enda lösningen. Men givet de strukturer och arbetsätt som råder i nuläget framstår bemanningsproblem i alla fall som ett problem för de patienter som finns på väntelistorna.

En välfungerande primärvård betonas på några håll som viktig för framgångsrikt arbete med tillgänglighet i specialistvården

Några av de intervjuade berättar att det är viktigt med ett välfungerande samspel med primärvården för att specialistvården ska fungera bra. Om primärvården är underbemannad och förlitar sig på temporära hyrläkare märks detta ofta i remissflödet; remisserna blir fler och ofta sämre skrivna. Bristande kontinuitet och bemanning i primärvården gör också att det efter insatser i specialistvården blir svårt att slussa tillbaka patienter till primärvården för återbesök och eftervård. En icke välfungerande primärvård gör på så vis att trycket ökar på specialistvården, vilket i sin tur gör att väntetiderna blir längre. Ett gott samarbete mellan specialistvård och primärvård gör i stället att en ändamålsenlig balans i arbetsfördelningen mellan vårdnivåerna enklare kan nås och specialistvården kan då erbjuda snabbare vård till grupperna med störst behov. En remissbedömare säger att många lindriga fall med fördel kan tas omhand av primärvården och att ju oftare det görs, desto enklare blir det att klara väntetidsgränserna i vårdgarantin för de patienter som faktiskt kommer till specialistvården.

Långa väntetider leder ofta till merarbete och ännu längre väntetider

Intervjuerna visar att långa väntetider ofta leder till merarbete, och därmed minskar effektiviteten och leder till ännu längre väntetider. Många patienter som har väntat länge på att få vård gör att många ringer eller att en ny medicinsk bedömning behöver göras. Resurser går alltså åt till att besvara telefonsamtal och göra nya bedömningar av patienter som väntat länge, något som skulle kunna undvikas om väntetiden var kortare. Likaså kräver ett hårt tryck på de tider som finns tillgängliga ständiga avvägningar och omprioriteringar, vilket också tar energi och resurser.

På många ställen görs punktinsatser för att korta väntetider

I många av intervjuerna ges exempel på punktinsatser som har gjorts för att korta väntetider. Det handlar exempelvis om att temporärt ha extra besöksmottagningar vid vissa tillfällen (fredagar och lördagar utnyttjas extra och så vidare). Det kan också handla om att skapa utrymme för mer ”knivtid”. Med detta avses att aktiviteten i operationssalarna förlängs så att fler operationer hinns med. Ett annat exempel är att någon överläkare agerar konsult eller handledare för flera mer juniora läkare som då hinner ta emot fler patienter än om överläkaren skulle träffa samtliga patienter själv.

Den här typen av insatser framstår som vanliga, och de intervjuade menar att de gör stor skillnad för väntetiderna – vid dessa tillfällen hinner man med att ”beta av” kön. Även Socialstyrelsen (2012) har i tidigare uppföljningar av vårdgarantin gett liknande exempel, vilket pekar på att den här typen av insatser har pågått en längre tid. Insatserna är värdefulla för att snabbt korta väntetider, men effekterna är temporära ifall det råder en underliggande obalans mellan in- och utflödet av patienter.

3.3 FLERA BERÖRINGSPUNKTER MELLAN KVANTITATIVA OCH KVALITATIVA ANALYSEN OCH MED ANDRA RAPPORTER

Från resultaten i intervjuerna och den kvantitativa analysen växer en gemensam bild fram kring vilka faktorer som framstår som viktiga förklaringar till de stora observerade skillnaderna i väntetider och därmed i förmågan att leva upp till vårdgarantin. Den första slutsatsen vi drar är att förmågan att öka produktiviteten och förbättra arbetsätt har stor potential att korta väntetider. En del verksamheter verkar ha arbetat länge med dessa frågor och nått goda resultat, medan många andra inte kommit särskilt långt. Den andra slutsatsen är att tillgången på läkare och annan vårdpersonal har en viktig påverkan på väntetider. Det är inte i första hand



ekonomiska resurser som är huvudproblemet, utan framförallt personalbrist. Bemanningsproblem verkar dock inte vara ett generellt bekymmer, utan det är snarare isolerat till enskilda specialistområden, sjukhus eller delar av landet.

3.3.1 Effektiva arbetsätt och god personalförsörjning är förutsättningar för korta väntetider

Den kvantitativa analysen visar på samband mellan produktivitetmått, såsom antalet besök eller operationer per läkare, och vårdgarantins uppfyllelse. Det tyder på att landsting som mer aktivt jobbar på ett sätt som gör att tid frigörs för att träffa och behandla patienter också uppnår högre uppfyllelse av vårdgarantin. Den här bilden bekräftas i stor utsträckning av de genomförda intervjuerna med vårdpersonal på så vis att verksamheter som tagit ett samlat grepp kring arbetsätt och organisation också verkar bättre rustade för att klara vårdgarantins krav. Det här sker sannolikt genom att struktur och planering frigör tid för att träffa och behandla patienter, vilket ökar produktiviteten och därmed också den totala produktionen. En del verksamheter vi besökt har ägnat sig åt den här typen av arbete under lång tid medan många andra har en stor förbättringspotential på denna punkt. Sammantaget är bilden från den kvantitativa analysen och från intervjuerna därför att det spelar roll för väntetider hur resurser utnyttjas och att förbättringar på det här området kan få stora positiva effekter.

Både den kvantitativa och kvalitativa analysen indikerar också att resurstillgång har betydelse för att kunna leva upp till vårdgarantins krav. I de fall resursbrist lyfts fram i intervjuerna handlar det i flera fall om vakanser, svårigheter att få tillräckligt med sökande till utannonserade tjänster och att få personal att stanna. Det som framhålls avser således främst personella och inte ekonomiska resurser – ett resultat som stämmer överens med vad den kvantitativa analysen visar. I denna finner vi inget samband mellan uppfyllelse av vårdgarantin och totala ekonomiska resurser i termer av korrigerad nettokostnad för den somatiska vården, men väl ett positivt samband mellan efterlevanden av vårdgarantin för besök hos specialist och antal läkare per invånare.

Från intervjuerna framstår det dock som att svårigheter med personalförsörjning inte är något generellt problem som belastar alla delar av vården. Det är snarare särskilda specialistområden eller enskilda sjukhus i vissa delar av landet som har svårt att attrahera personal, och där personalbrist blir ett betydande hinder för att korta väntetider. Det tyder på att problemet

i varje fall delvis också handlar om hur personalresurserna fördelas mellan olika enheter snarare än det absoluta antalet läkare och sjuksköterskor.

3.3.2 Andra rapporter ser också stor förbättringspotential i utveckling av arbetssätt och organisation

Det finns även andra som pekat på potentialen i att förändra organisation och arbetssätt för att skapa ökad produktion och effektivitet, och på så vis nå kortare väntetider. Exempelvis berör utredningen *En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården* i stor utsträckning dessa frågor. I ett diskussions-PM från utredningen diskuteras ett stort antal frågor som har att göra med förändringar av vården som kan leda till ökad effektivitet (SOU S 2013:14). Ett antal rekommendationer till landstingen, verksamheterna och staten tas också upp. Även om PM:et har en bredare ansats finns, särskilt bland rekommendationerna till landstingen och verksamheterna, flera beröringspunkter med våra resultat.

En viktig beröringspunkt med resultatet från det här kapitlet, att landsting med högre uppfyllelse av vårdgarantin har högre produktivitet (i termer av antal besök per läkare, antal operationer per läkare eller antal operationer per vårdplats), är utredningens mål om att öka effektiviteten i resursutnyttjandet, då detta hänger nära samman med såväl produktivitet som effektivitet i vården. Våra resultat från intervjuerna, att det med relativt enkla förändringar i arbetssätt och organisation går att förbättra situationen, är också en uppfattning som i stor utsträckning delas av tankegångarna i diskussions-PM:et. Ett exempel på en relativt basal åtgärd som föreslås, men som kan ha stor inverkan, är att landstingen bör ställa som grundkrav på sina verksamheter att analysera behov och kapacitet över tid som en förutsättning för att börja arbeta med produktionsplanering.

En annan rapport som anknyter till utredningen och resultaten i det här kapitlet är Vårdanalys (2013) rapport *Ur led är tiden*. Den fokuserar specifikt på hur läkares tid och kompetens kan användas mer effektivt och landar i fyra huvudsakliga utvecklingsområden; a) prioritera mellan administrativa krav; b) förbättra IT-stöden; c) utveckla arbetsfördelningen mellan olika yrkesgrupper; och d) optimera bemanningen utifrån patienternas behov. Vi har i våra intervjuer påträffat exempel som relaterar till alla fyra utvecklingsområden, men punkterna c och d har särskilt tagits upp av intervjupersonerna som områden där förbättringar är möjliga eller har genomförts med goda resultat.



I linje med punkt c har vi påträffat flera exempel där sjuksköterskor tagit över en del av läkarnas uppgifter och där förändringarna upplevs som positiva för att de förbättrat väntetidssituationen genom att frigöra läkares tid. Exempelvis har vi besökt flera verksamheter inom neurologin där man jobbar med MS-team i vilka specialiserade sjuksköterskor kan ta ett stort ansvar för uppföljning och för löpande kontakt med patienter. När det gäller punkt d är en vanlig synpunkt från i synnerhet tidsbokare att ojämn bemanning och bristande kontinuitet på mottagningen är ett stort problem för att klara att hålla korta väntetider. Detta problem upplevs ofta som nära kopplat till brister i planering och i vilken utsträckning det finns en vilja och förmåga att anpassa bemanningen till inflödet av patienter.

Undanträngning

I det här kapitlet diskuteras undanträngning till följd av vårdgarantin, en fråga som varit återkommande sedan vårdgarantin infördes. Kapitlet består av fem delar. I den första delen diskuteras vad som menas med undanträngning och den andra delen presenterar olika typer av undanträngning. Därefter sammanfattas resultat från tidigare kvantitativa studier om undanträngning och resultat från undersökningar om vårdpersonals uppfattning om förekomsten av undanträngning presenteras. Den sista delen av kapitlet redogör för en intervjustudie som vi har genomfört i syfte att fördjupa förståelsen kring undanträngning till följd av vårdgarantin. Studien identifierar några punkter i hanteringen av väntelistor där det finns risk för undanträngning och hittar exempel på hantering som kan innebära undanträngning. Men över lag verkar vårdgarantins tidskrav förenas med medicinska prioriteringar. Varken vårdgarantin eller kömiljarden behöver leda till undanträngning.

4.1 UN DANTRÄNGNING HANDLAR OM AVSTEG FRÅN MEDICINSKA PRIORITERINGAR

Undanträngning innebär att medicinska prioriteringar sätts åt sidan. Trots att det tydligt anges i regeringens proposition 2009/10:67 att medicinska bedömningar och prioriteringar inte får påverkas av vårdgarantin och dess krav, fanns sådana farhågor redan innan reformen genomfördes (s. 36–40). I det här avsnittet diskuteras vad undanträngning är.

4.1.1 Undanträngning har diskuterats sedan vårdgarantins införande

Att vårdgarantin riskerar att leda till undanträngning är en fråga som har diskuterats sedan länge. I regeringens proposition 2009/10:67, som ligger till



grund för införandet av vårdgarantin som en del av hälso- och sjukvårdslagen, befarade ett stort antal remissinstanser att vårdgarantin kunde komma att påverka landstingens prioriteringsarbeten och leda till undanträngning (s. 36–37). Detta är en fråga som enligt propositionen har varit återkommande sedan vårdgarantins införande (s. 40).

Med undanträngning avses enligt propositionen situationer ”när lägre prioriterade patienter ges vård före patienter som har högre prioritet (det vill säga ett större medicinskt behov)” (s. 40). Därefter påpekas att vårdgarantin inte reglerar om vård ska ges eller vilken vård som ska ges, och att det är en förutsättning att nödvändiga beslut om vård redan har fattats för att vårdgarantin ska gälla. Det står också att vårdgarantin är beroende av och begränsas av de prioriteringar som görs i hälso- och sjukvården, vilka alltid ska utgå från prioriteringsordningen. Vårdgarantin ska inte påverka den rådande prioriteringsordningen (s. 40–41). Vårdgarantin tar sikte på inom vilka tidsgränser patienten ska erbjudas vård (s. 39), men det är medicinska behov som ska ligga till grund för prioriteringarna mellan patienter med samma sjukdom och mellan patientgrupper med olika sjukdomar (s. 40).

Med undanträngning avses situationer när lägre prioriterade patienter ges vård före patienter som har högre prioritet (det vill säga ett större medicinskt behov).

Prop. 2009/10:67 s. 40.

4.1.2 Målkonflikt mellan att erbjuda vård efter behov och att erbjuda vård till alla inom vårdgarantins tidsgränser

I propositionen 2009/10:67 s. 40-41 är det tydligt att det fortfarande är medicinska behov som ska gälla i prioriteringen av patienter, men samtidigt finns det enligt vårdgarantin en maximal väntetidsgräns som ska uppfyllas. Det kan därmed uppstå en målkonflikt mellan att erbjuda vård efter behov och att erbjuda vård till alla inom vårdgarantins tidsgränser.

En central fråga för hur patienter som väntar på vård ska prioriteras sinsemellan är vilken roll väntetiden ska spela, eller mer generellt, i vilken utsträckning som behoven bland patienter i en högre prioriteringsgrupp ska vara täckta innan resurser läggs på patienter i lägre prioriteringsgrupper. Om det exempelvis skulle finnas tre prioriteringsgrupper, 1, 2 och 3, där 1 innebär hög prioritet, 2 innebär medelhög prioritet och 3 innebär låg prioritet, ska behoven i grupp 1 då vara helt täckta innan de lägre

prioriteringsgrupperna blir aktuella för vård? Patienter i prioriteringsgrupp 3 skulle då i princip få vård först när det inte finns några patienter i prioriteringsgrupp 1 eller 2. 1:or skulle alltid prioriteras före 2:or, och 2:or alltid före 3:or. En möjlig konsekvens av det här resonemanget är att 3:or aldrig får vård, för det skulle alltid finnas patienter som har högre prioritet. Om det här faktiskt sker beror på hur stora de olika prioriteringsgrupperna är. Ifall enbart ett fåtal patienter ges prioritet 1 eller 2 kommer de med prioritet 3 också få vård. (En möjlighet för 3:an att få vård är att tillståndet försämras och att en högre prioritering ges vid en ny medicinsk bedömning.)

Ett annat möjligt arbetssätt är att på ett mer direkt sätt än i beskrivningen ovan länka samman tidsmålet med det rent medicinska behovet, så att även patienter i prioriteringsgrupp 3 rör sig framåt i kön. Detta kan i praktiken ske genom så kallade *medicinska måldatum*. Vid den medicinska bedömningen får varje patient ett måldatum, där detta måldatum är olika långt fram i tiden beroende på prioriteringsgrupp. En patient med hög prioritet kan exempelvis ges ett måldatum som infaller om 14 dagar, och en patient i prioriteringsgrupp 3 får ett måldatum om exempelvis 90 dagar. Vård efter behov ges i det här fallet om båda patienterna får vård vid sitt måldatum och innebär att en patient i prioriteringsgrupp 3 kan få vård vid samma tidpunkt som en patient i prioriteringsgrupp 1, men de har då väntat olika länge. Utifrån vår intervjustudie, som presenteras senare i kapitlet, kan vi konstatera att detta är ett arbetssätt som används i många verksamheter.

I den fortsatta diskussionen om undanträngning använder vi oss av medicinskt måldatum som ett sätt att avspegla behov. Med denna utgångspunkt innebär undanträngning att patienter med medicinskt måldatum längre fram i tiden får vård före patienter med ett medicinskt måldatum närmare i tiden. Om exempelvis patient A har 30 september som medicinskt måldatum och patient B har medicinskt måldatum 30 augusti vore det undanträngning om patient A fick vård före patient B. I måldatumen har prioriteringen mellan patienterna redan tagits hänsyn till; patient B kan exempelvis ha ett måldatum före patient A till följd av en svårare åkomma, trots att de sökte vård samtidigt. Det är alltså inte enbart väntetiden som spelar roll, utan ett måldatum sätts utifrån den medicinska bedömningen och avspeglar det medicinska behovet.

Med utgångspunkt i medicinskt måldatum innebär undanträngning att patienter med medicinskt måldatum längre fram i tiden får vård före patienter med ett medicinskt måldatum närmare i tiden.

Ur ett patient- och medborgarperspektiv menar Vårdanalys att medicinska måldatum är en bra utgångspunkt för att konkretisera vad undanträngning innebär och som fungerar väl i vårdgaranti- och väntetidssammanhang. Det minskar även risken för oändligt långa väntetider för patienter med lägre prioritering. Men det är möjligt att det också finns andra sätt att konkretisera vad undanträngning innebär, och andra sätt kan behövas för andra sammanhang.

Att använda medicinska måldatum som utgångspunkt för analysen om undanträngning kan i praktiken innebära att patienter från lägre prioriteringsgrupper får tillgång till vård innan behoven för högre prioriteringsgrupper är täckta fullt ut. Regeringens proposition 1996/1997:60 ”Prioriteringar inom hälso- och sjukvården” berör frågan om huruvida behoven i högre prioriteringsgrupper ska vara fullt ut täckta innan lägre prioriteringsgrupper blir aktuella. I propositionen läggs riktlinjer för prioriteringar fram utifrån fyra breda prioriteringsgrupper (s. 10). Propositionen handlar om prioriteringar i bredare bemärkelse än just vad gäller nybesök hos specialist och operation, och berör inte vårdgarantin eller väntetider i sig. Men utifrån vad propositionen handlar om, medges tillgänglighet till vården för olika prioriteringsgrupper parallellt. I grupp ett ingår vård av bland annat livshotande akuta sjukdomar, svåra kroniska sjukdomar och sjukdomar som utan behandling leder till varaktigt invalidiserade tillstånd eller för tidig död. Grupp två består av prevention, habilitering och rehabilitering. I grupp tre ingår vård av mindre svåra akuta och kroniska sjukdomar och grupp fyra består av vård av andra skäl än sjukdom eller skada. I diskussionen om behovstäckningen konstateras att ”... det inte är någon praktiskt framkomlig väg att först helt täcka behoven inom en prioriteringsgrupp innan resurser läggs på en lägre prioriteringsgrupp” men också att ”behovstäckningen ska vara högre i högre prioriteringsgrupper och lägre i lägre prioriteringsgrupper” (s. 13).

4.1.3 Vår analys är avgränsad till undanträngning till följd av vårdgarantin

I enlighet med vårt regeringsuppdrag fokuserar analysen i det här kapitlet på undanträngning i specialistvården till följd av vårdgarantin. Det går dock inte att helt bortse från kömiljarden som infördes ungefär samtidigt som vårdgarantin blev en del av hälso- och sjukvårdslagen. Verksamheterna har påverkats av båda reformerna. På grund av likheterna mellan incitamenten i de båda reformerna, är det svårt att avgöra vilka effekter som beror på

vårdgarantin och vad som orsakats av kömiljarden. Därför berörs även kömiljarden i det här kapitlet. Däremot berör vi inte undanträngning som orsakas av andra skäl än vårdgarantin eller kömiljarden. Exempelvis skulle incitament att åsidosätta medicinska prioriteringar kunna uppstå till följd av ersättningssystemen. Det är dock inte en följd av vårdgarantin eller kömiljarden och inkluderas därför inte i analysen.

Analysen fokuserar på undanträngning enligt den definition som ges ovan. Undanträngning är ett komplext begrepp, och även om det enligt proposition 2009/10:67 s. 40 handlar om avsteg från medicinska bedömningar är det inte ovanligt att andra typer av förändringar i prioriteringar av patienter och arbetssätt tolkas som undanträngning. Men förändringar kan också vara ett led i att effektivisera en verksamhet så att den använder resurser till att behandla de patienter som faktiskt har störst behov. Exempelvis kan en följd av vårdgarantin vara att arbetsuppgifter omfördelas, så att exempelvis sjuksköterskor tar en större del av återbesöken, i syfte att frigöra tid för läkaren att träffa fler patienter. Såvida detta inte innebär att några medicinska behov åsidosätts, innebär det inte undanträngning. När undanträngning diskuteras är det därför viktigt att ha definitionen av begreppet i åtanke.

4.1.4 Vårdgarantin kan leda till sämre tillgänglighet för de minst sjuka

En annan prioriteringsförändring som vårdgarantin teoretiskt kan leda till är att patienterna med minst behov inte längre bedöms behöva vård, eller att de hänvisas till en lägre vårdnivå. För att klara vårdgarantins tidsgränser kan vårdgivare välja att höja gränserna (så kallade indikationsgränser) för när en åkomma bedöms vara tillräckligt allvarlig för att den ska leda till vårdinsatser. Var gränsen går för när vård ska erbjudas eller hur arbetsfördelningen mellan primär- och specialistvården ska se ut är dock inte självklart och kan förändras över tid. På ett sätt kan en höjning av gränserna för när vård ska ges ses som en korrekt prioritering som gjorts helt efter patienternas behov. Vården har valt att använda sina begränsade resurser till att prioritera att patienterna med störst behov får vård inom vårdgarantins tidsgränser. Samtidigt påverkas tillgängligheten negativt för de patienter som faller nedanför indikationsgränsen. Det är viktigt att den här typen av prioriteringseffekter som vårdgarantin kan leda till inte glöms bort. I vilken utsträckning det förekommer i praktiken är något som behöver belysas närmare.

Med definitionen av undanträngning i proposition 2009/10:67 s. 40 är den här typen av förändringar i indikationsgränser dock inte undan-

trängning. Enligt definitionen innebär undanträngning att patienter med ett större medicinskt behov trängs undan till förmån för patienter med ett lägre medicinskt behov. I det här fallet är det tvärtom patienterna med lägst medicinskt behov som drabbas genom att inte erbjudas vård. Höjningar i indikationsgränser diskuteras därför inte närmare i fortsättningen av kapitlet.

4.2 DET FINNS FLERA TYPER AV UN DANTRÄNGNING

Undanträngning kan ske på flera olika sätt. I det här avsnittet definierar och diskuterar vi sex typer av undanträngning som teoretiskt (direkt eller indirekt) kan orsakas av vårdgarantin eller kömiljarden. Vi har delat in de olika typerna av undanträngning i tre grupper; a) undanträngning mellan olika delar i vårdkedjan; b) undanträngning inom samma väntelista; och c) undanträngning mellan vård- och specialistområden. De olika typerna av undanträngning listas i tabell 6 och beskrivs närmare nedan.

Tabell 6. Sex typer av undanträngning.

Undanträngning mellan olika delar i vårdkedjan	Undanträngning inom samma väntelista	Undanträngning mellan olika vård- och specialistområden
1. Återbesöksundanträngning	3. Tidsgränsundanträngning	6. Horisontell undanträngning
2. Utredningsundanträngning	4. Individundanträngning	
	5. Utomlänsundanträngning	

4.2.1 Undanträngning mellan olika delar i vårdkedjan

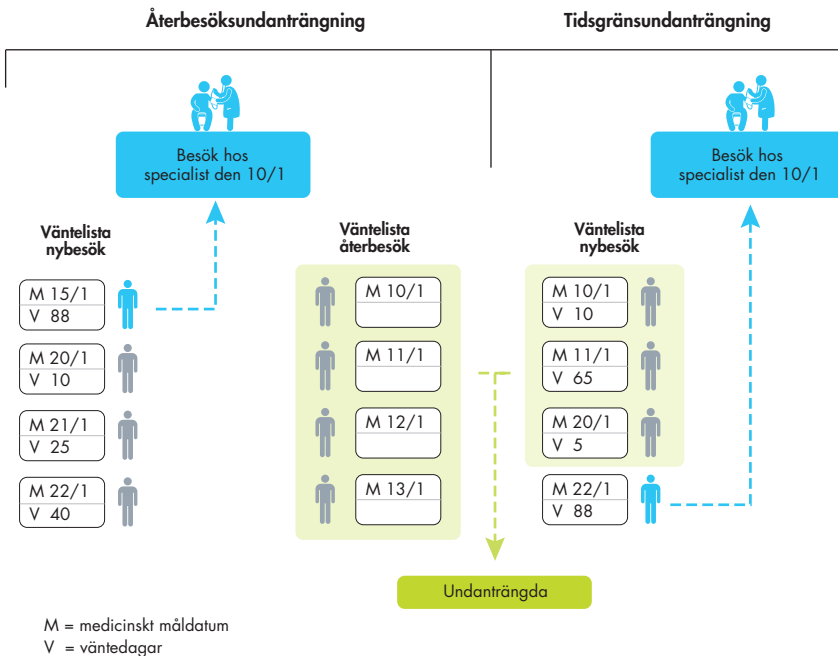
Att vårdgarantin och kömiljarden inte inkluderar alla delar av vårdkedjan utan gör nedsteg vid några utvalda punkter, kan orsaka problem eftersom vårdgivare riskerar att bli särskilt angelägna om att prioritera dessa utvalda punkter samtidigt som andra delar av vårdkedjan riskerar att bortprioriteras (trängas undan).

Två delar av vårdkedjan som riskerar att drabbas av sådan här undanträngning är återbesök och utredningar, som ju inte ingår i vårdgarantin. Socialstyrelsen (t.ex. 2012) har i tidigare rapporter diskuterat risken att både patienter som väntar på utredning och på återbesök trängs undan. Undanträngning mellan olika delar av vårdkedjan berörs också kort i proposition 2009/10:67 s. 32.

Återbesöksundanträngning uppstår om vårdgivare väljer att prioritera nybesök som ingår i vårdgarantin framför återbesök av olika slag (exempelvis för kontroller och uppföljning) som inte ingår i garantin, men som har en högre medicinsk prioritet. Genom att prioritera nybesök kan en högre uppfyllelse av vårdgarantin nås. Den här typen av undanträngning illustreras i den vänstra delen av figur 29. Om prioriteringen av nybesök innebär att en nybesökspatient med mindre medicinska behov (ett måldatum längre fram i tiden) får komma på besök medan återbesökspatienter med ett måldatum närmare i tiden får vänta, har återbesöket blivit undanträngt. Sådan undanträngning kan framför allt drabba patienter med kroniska sjukdomar som är i behov av regelbundna återbesök.

Utredningsundanträngning kan drabba patienter som befinner sig i utredningsfasen mellan nybesök hos specialist och beslut om åtgärd eller behandling. Hur lång tid denna utredningsfas får ta preciseras inte i vårdgarantin, och tiden till behandling börjar räknas först när beslut om behandling har tagits, det vill säga ofta efter att utredningen är klar.

Figur 29. Återbesöksundanträngning och tidsgränsundanträngning. Om medicinska prioriteringar följs ska den patient med tidigast medicinskt måldatum (M) erbjudas den första tillgängliga tiden. I exemplet får patienter med senare medicinskt måldatum, men med ett antal väntedagar (V) som närmar sig vårdgarantins tidsgräns på 90 dagar, företräde. Detta innebär undanträngning.



Därför uppstår incitament att nedprioritera patienter och undersökningar som befinner sig i den här fasen av vårdkedjan. Om patienter som har hög medicinsk prioritet får vänta på utredningen för att vården i stället ska hinna med lägre prioriterade nybesök är det undanträngning. En annan situation som teoretiskt kan uppstå är att vårdgivaren medvetet väntar med att fatta beslut om åtgärd, trots att utredningen är färdig, tills väntetidssituationen för den behandling patienten behöver förbättrats och det med säkerhet kommer att gå att klara vårdgarantin. Detta kan således leda till onödigt långa processer för patienten. Om det innebär att medicinska behov åsidosätts är det undanträngning.

4.2.2 Undanträngning inom samma väntelista

Den första möjliga typen av undanträngning inom en och samma väntelista kallar vi för *tidsgränsundanträngning*. Innebörden är att medicinskt prioriterade patienter trängs undan till förmån för mindre allvarligt sjuka patienter i *samma kö* som närmar sig vårdgarantigränser. Den högra delen av figur 29 illustrerar tidsgränsundanträngning. Genom att ge ett besök till patienter som ligger nära vårdgarantigränsen kan verksamheten få in fler patienter inom vårdgarantins tidsramar och höja infriandet av vårdgarantin. På samma sätt kan patienter som närmar sig kömiljardens väntetidsgräns prioriteras för att öka sannolikheten att få ta del av medel från kömiljarden. Ifall det finns patienter före i kön, som har ett medicinskt måldatum som ligger närmare i tiden men som inte har stått i kön så länge, sätts den medicinska prioriteringen åt sidan och högre prioriterade patienter har trängts undan. Denna typ av undanträngning återfinns även i Socialstyrelsens (2012) genomgång av olika typer av undanträngning och nämns kort i regeringens proposition 2009/10:67 s. 32.

En annan typ av undanträngning som sker inom en och samma väntelista benämner vi *individundanträngning*. I det här fallet handlar det om resursstarka patienter som genom övertalning och ihärdighet får gå före i kön på någon annans bekostnad. Som Socialstyrelsen (2012) poängterar är den här typen av undanträngning ofta inte orsakad av vårdgarantin, utan grundproblemet är svårigheten att stå emot det tryck som enskilda patienter sätter på vården för att få gå före i kön. Men vårdgarantin kan ha en indirekt roll genom att den kan användas som ett medel för att få gå före i kön. Genom möjligheten att åberopa vårdgivarens skyldighet att erbjuda vård inom vårdgarantins tidsgränser kan det bli ännu svårare att stå emot pressen från patienter som försöker ta sig fram i kön.

Den tredje typen av undanträngning inom samma väntelista kallar vi *utomlänsundanträngning* och återfinns också i Socialstyrelsens (2012) genomgång. Med det menas att patienter som kommer från andra landsting får gå före i kön trots att det finns andra patienter med ett större medicinskt behov. Grundproblematiken här är inte vårdgarantin, utan snarare ersättningsystemens uppbyggnad som ofta gör det mer lönsamt för enskilda verksamheter att behandla utomlänspatienter än patienter från det egna landstinget (Socialstyrelsen 2012). Men vårdgarantin får en viktig indirekt roll eftersom en stor grupp som söker vård utanför sitt hemlandsting är patienter som inte kunnat ges vård inom vårdgarantins tidsgräns och därför fått erbjudande om vård hos en vårdgivare i ett annat landsting. Verksamheter som gärna vill ta emot den här typen av patienter kan då välja att låta dem gå före i kön på bekostnad av medicinskt prioriterade patienter för att de inte vill riskera att dessa patienter åker till en annan vårdgivare med kortare väntetid.

4.2.3 Undanträngning mellan olika vård- och specialistområden

Undanträngning till följd av vårdgarantin och kömiljarden kan också förekomma på en högre beslutsnivå än i de enskilda verksamheterna där prioriteringar dagligen görs mellan enskilda patienter. Sådana högre beslutsnivåer kan tänkas vara sjukhusledningen eller landstingsledningen som beslutar om hur medel ska fördelas mellan olika vård- eller specialistområden. Viljan att klara vårdgarantins tidsgränser eller ta del av kömiljardens medel kan leda till att beslutsfattare omfördelar resurser från områden där väntetiderna är korta, men det medicinska behovet är stort, till områden där väntetiderna långa, men det medicinska behovet är mindre. Den här typen av eventuell undanträngning mellan olika vårdområden kallar vi *horisontell undanträngning*.

Ett exempel på sådan horisontell undanträngning skulle kunna vara en omfördelning av resurser från kroniska diagnoser och patienter som behöver många återbesök (återbesök omfattas inte av vårdgarantin) till planerad elektiv kirurgi som främst behandlar relativt friska patienter med engångsbesvär. Ett annat exempel på horisontell undanträngning kan i princip vara utredningsundanträngning som beskrivs ovan, ifall sådan undanträngning är en konsekvens av att mindre resurser avsätts till funktioner som används i utredningsfasen. Socialstyrelsen (2012) beskriver utredningsundanträngning på detta sätt; utredningsfasen nedprioriteras till följd av att mindre resurser avsätts till exempelvis röntgen och koloskopi.



4.3 KVANTITATIVA STUDIER OM UN DANTRÄNGNING GER INGA ENTYDIGA SVAR

Flera tidigare studier har försökt mäta om undanträngning förekommer genom statistisk analys. På grund av problem med data och många osäkerhetsfaktorer har inga säkra slutsatser kunnat dras av dessa studier, annat än att en del resultat skulle kunna vara tecken på undanträngning. Det grundläggande problemet är att det är svårt att hitta variabler som på ett tillfredställande sätt graderar patienters medicinska behov, vilket är en förutsättning för att på ett övertygande sätt mäta om undanträngning förekommer. Ett andra problem är att kunna visa att undanträngning, om sådan finns, är en följd av vårdgarantin (eller kömiljarden).

Tabell 7 ger en översikt över några av de kvantitativa analyser som gjorts av undanträngning. Flera av dem har fokuserat på återbesöksundanträngning. I dessa studier jämförs förhållandet mellan nybesök och återbesök före respektive efter införandet av den lagstadgade nationella vårdgarantin respektive kömiljarden. En sämre utveckling av återbesöksfrekvensen efter reformernas införande kan då tolkas som en undanträngningseffekt. Ett problem är dock att många andra faktorer också kan påverka förhållandet mellan nybesök och återbesök, vilket gör det svårt att isolera vårdgarantins och kömiljardens effekter.

Socialstyrelsen har gjort flera studier av återbesöksundanträngning. En av dem (Socialstyrelsen 2013a) undersöker utvecklingen för återbesök under 2005–2011 för patienter med glaukom (grön starr) genom att använda data ur patientregistret. Grupper som diagnostiserades 2005 respektive 2008 jämförs utifrån hypotesen att patienter som diagnostiserades 2005 hann

Tabell 7. Några tidigare kvantitativa studier om undanträngning.

Studie/källa	Kort om analysen
Socialstyrelsen (2013a)	Analyserar återbesöksundanträngning (grön starr) Jämförelse av kvoten mellan nybesök och återbesök. Data för åren 2005-2011 ur patientregistret.
Socialstyrelsen (2013a)	Analyserar återbesöksundanträngning (diabetes) Jämförelse av kvoten mellan nybesök och återbesök. Data för åren 2005-2011 från nationella diabetesregistret.
Socialstyrelsen (2013a)	Analyserar tidsgränsundanträngning (grå starr) Utveckling av väntetider för olika prioriteringsgrupper till operation. Data för åren 2006-2011 från nationella kataraktregistret.
Landstingsrevisorerna i Stockholms läns landsting (2012)	Analyserar återbesöksundanträngning (kronikergrupper) Utvecklingen av antalet besök och antalet besök per patient. Data för åren 2008-2011 från SLL:s Val-databas.

gå på återbesök innan reformernas genomförande, medan patienter som diagnostiserades 2008 inte gjorde det. Resultatet visar att medelväntetiden för återbesök minskat för den senare gruppen, men också att en större andel av dessa patienter inte har varit på något återbesök alls. Den senare utvecklingen skulle kunna bero på undanträngning, men också på att allt fler återbesök under den senare perioden genomförts av sjuksköterska. Detta går dessvärre inte att testa eftersom patientregistret endast mäter besök till läkare. En liknande metod, fast med data från nationella diabetesregistret, användes även för att undersöka kontrollbesök inom diabetesvården (Socialstyrelsen 2013a). Inga tydliga tecken på undanträngning identifieras i studien. En del problem med inrapporteringen förekom i datamaterialet, vilket gör att resultaten ska tolkas med försiktighet.

Landstingsrevisorerna i Stockholms läns landsting (2012) har i stället använt Val-databasen (en plattform för vårdstatistik i Stockholms läns landsting) för att undersöka om återbesöksundanträngning förekommer i behandlingen av ett antal kronikergrupper i Stockholms län. Framför allt studeras förändringen av antalet besök och antalet besök per patient under perioden 2008-2011. Under antagandet att inflödet av patienter är konstant kan ett ökat antal besök tolkas som att relationen mellan ny- och återbesök förändrats till återbesökens fördel. Antalet besök per patient kan också ge en indikation på förhållandet mellan ny- och återbesök. Studien finner i flera fall att nybesök haft en mer positiv utveckling än återbesök, vilket skulle kunna bero på undanträngning, men också på andra saker.

Socialstyrelsen (2013a) har även analyserat tidsgränsundanträngning med hjälp av statistik från det nationella kataraktregistret (grå starr). Baserat på nationella indikationer, som placerar patienter i olika kategorier med rekommenderade väntetider beroende på allvarlighetsgrad, studeras om patienter som enligt medicinska bedömningar bör få vård snabbt fått vänta längre än lägre prioriterade grupper efter reformernas genomförande. Resultaten visar att utvecklingen av väntetiderna efter garantins införande varit mer gynnsam för patienter som bedömts ha lägre prioritet, vilket kan vara ett tecken på att mer allvarligt sjuka patienter nedprioriterats i syfte att uppnå vårdgarantin för mindre sjuka grupper. Men det kan också bero på effektiviseringar där andra ögat (med lägre prioriteringsgrad) i högre utsträckning än tidigare opereras samtidigt som första ögat, vilket i statistiken leder till kortare väntetider för lägre prioriteringsgrupper. Ett problem med datamaterialet är att en stor andel av patienterna (cirka 30 procent) inte tilldelats någon indikationsgrupp alls.



4.4 VERKSAMMA INOM VÅRDEN MENAR ATT VÅRDGARANTIN OCH KÖMILJARDEN LEDER TILL UNDRÄNGNING

Under hösten 2014 genomförde Vårdanalys en enkätundersökning med verksamhets- och klinikchefer i vården. Figur 30 redovisar resultaten för två frågor där cheferna har fått svara på i vilken utsträckning de instämmer i påståendet att vårdgarantin respektive kömiljarden leder till undanträngning.

Drygt 45 procent av de svarande cheferna anser att påståendet om att vårdgarantin leder till undanträngning stämmer väl eller mycket väl. 55 procent anser att påståendet om att kömiljarden leder till undanträngning stämmer väl eller mycket väl. Endast cirka fem procent tror att vårdgarantin och kömiljarden inte alls leder till undanträngning. Det går inte att urskilja några stora skillnader mellan hur verksamhetschefer i primär- respektive specialistvården har svarat på frågan om undanträngning till följd av vårdgarantin. Frågan om kömiljarden har inte ställts till chefer som uppgett att de arbetar på vårdcentral eller hälsocentral, eftersom målen som ställdes upp för att få ta del av medel från kömiljarden inte berörde primärvården.

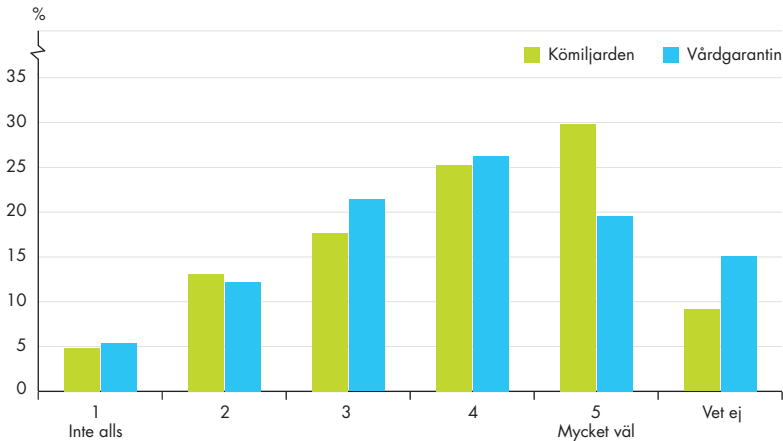
Resultaten pekar alltså på att något fler anser att kömiljarden leder till undanträngning jämfört med vårdgarantin. En jämförelse av hur enskilda chefers svar på frågorna om undanträngning skiljer sig pekar också på att kömiljarden i högre grad än vårdgarantin anses orsaka undanträngning, även om skillnaderna inte är stora. Genom att jämföra svaren hos de chefer som besvarat båda frågorna framkommer att nästan hälften anser att vårdgarantin och kömiljarden i lika stor utsträckning orsakar undanträngning. 18 procent anser att vårdgarantin orsakar undanträngning i större utsträckning än kömiljarden, medan 32 procent anger det motsatta förhållandet.

Det går inte att utläsa några stora skillnader i hur verksamhetscheferna svarat på frågan om undanträngning beroende på om den svarande är man eller kvinna eller beroende på hur stor verksamhet de arbetar i. Däremot framkommer det att chefer med läkarutbildning i större utsträckning än andra grupper anser att kömiljarden leder till undanträngning. Men läkarnas svar skiljer sig inte nämnvärt från andra grupper när det gäller frågan om ifall vårdgarantin orsakar undanträngning.

Ett problem med den här typen av enkätfrågor är att det utifrån svaren inte går att utläsa vad de svarande menar med undanträngning, och på vilket sätt de menar att det sker. Som vi diskuterat tidigare i kapitlet finns flera olika varianter av undanträngning. Undanträngning kan också definieras på skilda sätt av olika svarande.

Det finns även tidigare undersökningar som kommer till slutsatsen att det finns en utbredd uppfattning bland vårdpersonal om problem med

Figur 30. Resultat från Vårdanalys enkätundersökning bland verksamhets- och klinikchefer. "Hur väl stämmer påståendet att vårdgarantin/kömiljarden leder till undanträngning av medicinskt prioriterade patienter till förmån för patienter med ett lägre medicinskt behov?"



Källa: Vårdanalys enkät till verksamhets- och klinikchefer.*

* Enkäten skickades till 1 937 verksamhets- och klinikchefer i primärvården och specialistvården. 552 fullständiga svar inkom, vilket innebär en svarsfrekvens på 28,5 procent. Frågan om kömiljarden ställdes endast till chefer inom specialistvården. Den besvarades av 328 personer. Enkäten genomfördes som en del av en baslinjemätning för att följa den nya patientlagens genomslag och effekter. Mer utförlig information om enkäten finns i Vårdanalys (2015) rapport *Patientlagen i praktiken – en baslinjemätning*.

undanträngning. I en ESO-rapport presenterar Winblad och Andersson (2010) resultat från en enkät som under 2010 skickades ut till samtliga ortopedier i Sverige med frågor om vårdgarantin. 37,5 procent instämde i hög eller mycket hög grad med påståendet att "fel patientgrupper prioriteras som ett resultat av vårdgarantin". Motsvarande andel som instämmer i påståendet "vårdgarantin innebär att patienter med mindre allvarliga sjukdomar prioriteras framför allvarligt sjuka/kroniskt sjuka patienter som väntat kortare tid" var 43,6 procent. Att döma av de fritextsvar som redovisas i rapporten ansåg många respondenter att vårdgarantin ledde till att unga och friska patienter som hade större möjligheter att åberopa vårdgarantin fick gå före i kön. Det tyder på att en del av läkarna ansåg att vårdgarantin orsakar någon variant av det vi benämner som individundanträngning.

4.5 UN DANTRÄNGNING I PRAKTIKEN – FRÅN REMISS TILL BESÖK

I det här avsnittet presenteras resultat från den intervjustudie som vi har genomfört i syfte att öka förståelsen för hur hanteringen av remisser och väntelistor fungerar i praktiken och vilka risker det finns för undanträngning.



Den huvudsakliga slutsatsen är att professionerna i stor utsträckning förmår att balansera vårdgarantin och medicinska prioriteringar. Vårdgarantin behöver alltså inte innebära undanträngning utan är möjlig att förena med medicinska prioriteringar, även om det i intervjuerna också framkommer exempel på undanträngning. Det handlar då främst om återbesöksundanträngning och i någon mån också tidsgränsundanträngning. Intervjustudiens uppbyggnad gör det dock svårt att undersöka förekomsten av horisontell undanträngning och utredningsundanträngning.

Det är vårdens ansvar att se till att undanträngning inte sker, och att arbeta parallellt med väntetider och medicinska prioriteringar är en viktig ledarskapsfråga.

4.5.1 Intervjuer med undanträngningens nyckelpersoner – remissbedömare och tidsbokarna

För att öka förståelsen för hur hanteringen av remisser och väntelistor fungerar i praktiken, och vilka risker det finns för undanträngning i den här processen, har vi genomfört en intervjustudie. Som utgångspunkt har vi identifierat punkter i processen där det finns risk för undanträngning, och sedan intervjuat läkare som bedömer inkommande remisser och personer som bokar in och kallar patienter till besök eller operation.

Totalt 55 semistrukturerade intervjuer har under januari–mars 2015 genomförts med vad vi kallar ”remissbedömare” och ”tidsbokare”. 22 av intervjuerna gjordes med remissbedömare och 33 med tidsbokare, och de avsåg totalt 29 olika verksamheter. En lista över intervjupersonerna finns i bilaga 5.

Intervjuerna genomfördes inom verksamhetsområdena neurologi och ortopedi i fem regioner och landsting (Halland, Skåne, Uppsala, Värmland och Västra Götaland). För att skapa en så heltäckande bild som möjligt och fånga de utmaningar som olika typer av verksamheter upplever har vi besökt både små och stora sjukhus och såväl offentliga som privata vårdgivare. Däremot har vi inte studerat primärvården. Det innebär att vi endast undersöker undanträngning i den specialiserade vården till följd av vårdgarantins två tidsgränser på 90 dagar till specialistbesök respektive behandling.

Med remissbedömare avser vi läkare som har som en del av sina arbetsuppgifter att göra medicinska bedömningar av inkommande remisser, inklusive att avgöra om patienten ska få ett specialistbesök och inom vilket måldatum det i så fall ska ske. Det vi kallar för tidsbokare är vårdpersonal

med administrativt ansvar för att boka in patienter på befintliga tider till besök eller operation. Utifrån vad vi kunnat se i intervjuerna innehas den här rollen ofta antingen av en sjuksköterska eller av en medicinsk sekreterare.

Att intervjuerna gjorts med remissbedömare och tidsbokare beror på att vi i förberedande intervjuer identifierade dessa två kategorier som nyckelpunkter i hantering och prioritering av patienter i det dagliga arbetet. De två gruppernas centrala roll har också bekräftats i de genomförda intervjuerna.

I valet av landsting har vi eftersträvat spridning vad gäller geografisk position, landstingets storlek, om det finns ett universitetssjukhus och hur väntetidssituationen ser ut. För att även täcka in de norra delarna av landet tillfrågades Jämtland att delta i intervjustudien, men både neurolog- och ortopedklinikerna på Östersunds sjukhus avböjde.

För att avgränsa studien har vi fokuserat på två verksamhetsområden; neurologi och ortopedi. Valet av dessa områden grundar sig på att de kompletterar varandra på ett bra sätt genom att de patienter som behandlas inom dem är väldigt olika. I textrutan nedan ges en kort beskrivning av respektive område. Ortopedipatienter behandlas i stor utsträckning för engångsbesvär, och vårdgarantin passar in i vårdkedjan på ett bra sätt genom garantier till nybesök och till operation, varefter patienten i många

Neurologi

Enligt Neuroförbundet lever minst en halv miljon människor i Sverige idag med en kroniskt neurologisk sjukdom eller skada. Många neurologiska diagnoser är ovanliga och drabbar ett litet antal individer, medan andra sjukdomar drabbar stora grupper. Några sjukdomar som ett stort antal patienter inom neurologin lider av är epilepsi, multipel skleros (MS) och Parkinsons sjukdom. Många neurologiska åkommor drabbar äldre, men det finns också diagnoser som uppträder tidigt i livet. Under de senaste decennierna har stora medicinska framsteg gjorts inom neurologin, vilket innebär att många drabbade idag kan bibehålla god livskvalitet under lång tid. Samtidigt ställer utvecklingen nya och större krav på vården. (Neuroförbundet 2014)

Ortopedi

Inom ortopedin tas skador och sjukdomar i rörelseorganen omhand. Med rörelseorganen menas främst skelett, leder, muskler och senor och det kan röra sig om problem i alla kroppsdelar utom huvudet. Inom ortopedin behandlas patienter i alla åldrar för vitt skilda åkommor och tyngdpunkten ligger på kirurgisk behandling. En del drabbade har lindriga problem, medan andra är allvarligt sjuka eller skadade. En stor del av ortopedin handlar om att i planerad elektiv kirurgi behandla förslitningsskador eller annat, men det rör sig också om att akut ta hand om frakturer och andra skador som uppstår i samband med olyckor eller liknande. Andra viktiga delar av ortopedin behandlar bland annat ryggsjukdomar och idrottsskador. (Svensk ortopedisk förening 2015)



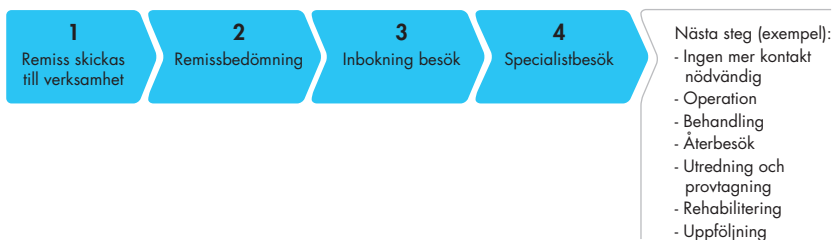
fall är färdigbehandlad. Inom neurologin rör det sig å andra sidan om kroniskt sjuka patienter som behöver återkommande uppföljning genom regelbundna återbesök. För dessa patienter gäller vårdgarantin till ett första specialistbesök, men därefter förlorar garantin sin relevans i den fortsatta kontakten med vården.

Det är viktigt att poängtera att resultaten från intervjustudien reflekterar de enskilda respondenternas uppfattningar, kunskap och arbetssituation. Därmed hade resultaten inte nödvändigtvis varit desamma om vi exempelvis valt att intervjua andra personalkategorier eller inkluderat andra landsting i studien. Trots detta anser vi att intervjuerna tillför värdefull kunskap och att ett relativt stort antal genomförda intervjuer i kombination med ett relativt genomtänkt urval bidrar till ökad möjlighet att dra användbara slutsatser.

4.5.2 Remissens väg genom specialistvården

Ett viktigt syfte med intervjuerna har varit att kartlägga vilka steg en inkommande remiss till den specialiserade vården passerar. Denna processbeskrivning bidrar till att identifiera vid vilka punkter undanträngning riskerar att ske och hur det i så fall går till. I intervjuerna har det visat sig att processen till stor del ser mer eller mindre likadan ut både för ortopedi och neurologi och i olika verksamheter och landsting. Självklart förekommer variationer och olika arbetssätt, men vissa elementära delar av processen är gemensamma för i princip alla verksamheter som Vårdanalys besökt. Grunderna i den processen illustreras i figur 31 som visar de huvudsakliga steg som genomgås från att remissen anländer till att ett specialistbesök äger rum. De olika stegen beskrivs närmare under särskilda underrubriker i det här avsnittet. Processen i figur 31 är en förenkling, varpå det för enskilda patienter kan finnas både små och stora steg som inte inkluderas i figuren. Ett exempel är eventuella utredningar som behöver göras innan patienten kan kallas till ett specialistbesök.

Figur 31. Beskrivning av processen från remiss till besök hos specialist.



Steg 1 - Remiss skickas till verksamheten

Specialistvårdens remisshantering inleds när remissen anländer till en verksamhet. Enligt intervjuerna kan remisser till specialistmottagningarna komma från flera olika delar av vården, såsom primärvården, andra specialistenheter och landsting, eller som egenremisser. Bland de landsting som vi besökt ses också variationer i om remisser kommer in digitalt eller i pappersform. När remisserna kommit in registreras de och fördelas i allmänhet vidare av en sekreterare till ansvarig remissbedömare.

Steg 2 - Remissbedömningen

Ansvar för remissbedömning varierar i ganska stor utsträckning mellan de verksamheter som Vårdanalys besökt. Delvis beror det på verksamheternas storlek, men också på hur man valt att organisera arbetet. I en del verksamheter har en enskild person ansvaret för att bedöma remisser, medan ansvaret i andra verksamheter delas mellan alla specialister enligt ett rullande schema. En viktig aspekt av vem som bedömer remisser är hur det ska säkerställas att alla remisser bedöms på ett likvärdigt sätt. Därför har vissa verksamheter valt att ha en enda remissbedömare, men samtidigt är ett system som förlitar sig på en enskild individ sårbart. Ett annat förekommande alternativ är att flera personer delar på ansvaret för remissbedömning, men vid behov diskuterar svårbedömda fall. Hur mycket tid som läggs på remissbedömning varierar beroende på inflödet och vilken typ av remisser det handlar om, men i regel rör det sig om en relativt liten del av arbetstiden.

Utifrån innehållet i remissen, och ibland kompletterande information från journalsystemet och genomförda undersökningar, avgör remissbedömaren ifall patienten ska få komma på ett besök vid mottagningen eller inte. Orsaker till att remissen inte leder till ett besök kan bland annat vara att fallet med fördel kan behandlas i primärvården, att remissen behöver kompletteras eller att remissen håller för dålig kvalitet för att bedömas. I de fall remissen inte leder till ett besök skickas ett brev till den inremitterande läkaren där det motiveras varför patienten inte tas emot och vid behov ges rådgivning kring hur patienten kan behandlas vidare.

Om patienten bedöms behöva ett besök på specialistmottagningen består remissbedömarens nästa viktiga beslut i att bedöma vilken prioritet patienten ska ges. Prioriteringen avgör framför allt hur snabbt patienten ska få sitt besök. I de flesta fall uppger de intervjuade remissbedömarna att det finns fördefinierade prioriteringsgrupper som är kopplade till inom hur lång tid besöket ska ske. Det finns flera sätt att benämna dessa prioriteringar, men ett vanligt är grupperna ”dubbel förtur”, ”enkel förtur” och ”normal



prioritet”. Enligt intervjupersonerna är den vanligaste prioriteringen inom både neurologi och ortopedi den normala prioriteten. Det varierar mellan verksamheter (och antagligen mellan läkare) i vilken utsträckning de andra alternativen används.

De tidsgränser som är kopplade till de olika prioriteringsgrupperna skiljer sig åt mellan verksamheter. Men det är vanligt att den normala prioriteten är kopplad till ett medicinskt måldatum för besök inom max 90 dagar, ett intervall som i många fall är satt till följd av vårdgarantins tidsgräns. Det här är alltså ett sätt som vårdgarantin fått direkt påverkan på verksamheternas arbete och styrning. I vissa verksamheter innebär den normala prioriteringen i stället ett måldatum på max 60 dagar. I dessa fall är det snarare kömiljarden som påverkat styrningen av verksamheten. Den dubbla förturen handlar om vad flera remissbedömare benämner ”halvakuta” fall och har ofta ett måldatum på runt 1–3 veckor. Den enkla förturen ges till patienter som inte är akuta men behöver komma relativt fort (ofta 30–60 dagar). Gränserna skiljer sig inte nämnvärt mellan ortopedi och neurologi. I många verksamheter har läkarna också möjlighet att ange särskilda tidsprioriteter om de inte anser att standardintervallen passar.

Steg 3 – Inbokning av besök

Efter att remissen är bedömd tas den omhand av en sekreterare eller sjuksköterska som ansvarar för att boka in de patienter som bedömts behöva ett specialistbesök på kliniken. Patienter med hög prioritet som behöver komma med kort varsel bokas oftast in direkt på en tid och får en kallelse skickad till sig. Patienter med lägre prioritet sätts oftast upp på en väntelista och en remissbekräftelse skickas till patienten. I några verksamheter bokas dock alla patienter, oavsett prioriteringsgrupp, in på en tid direkt utan att behöva sättas upp på en väntelista. I stället för en remissbekräftelse skickas då en kallelse till samtliga patienter. Förutsättningen för att kunna boka in patienter direkt i stället för att behöva administrera en väntelista med nybesökspatienter är att väntetidssituationen är god och att det finns ett schema som tillåter att besök kan bokas in även relativt långt in i framtiden.

I nästan alla verksamheter vi besökt administreras väntelistan digitalt. Systemen möjliggör ofta att tidsbokarna kan välja hur de vill organisera listan och vilka patienter som ska inkluderas. Exempelvis kan bokaren välja att endast se väntelistan till en viss läkare, endast de som har fått en viss prioritering eller endast patienter inom ett visst område (till exempel höftpatienter inom ortopedi). Exakt vilken typ av lista tidsbokarna arbetar med när de bokar varierar, men några saker sker på liknande sätt i alla de

verksamheter vi besökt. En sådan sak är att väntelistorna generellt organiseras på så vis att patienterna med tidigast medicinskt måldatum hamnar högst upp på listan. Om det finns flera patienter med samma medicinska måldatum hamnar de patienter som väntat flest antal dagar oftast högst upp av dessa. I regel finns det separata listor för ny- respektive återbesökspatienter och i vissa fall är det olika personer som bokar ny- och återbesök.

Tidsbokarna har tillgång till mottagnings scheman där det finns markerat vilka tider som är tillgängliga hos olika läkare. I många scheman är det på förhand markerat vilka tider som är avsedda för nybesök respektive återbesök, medan det i andra fall är upp till tidsbokaren att avgöra till vilken typ av besök tidsslottar på 15–30 minuters ska användas. Det kan också finnas särskilda tider i schemat som lämnas fria för prioriterade patienter som behöver komma in med kort varsel.

I de verksamheter vi besökt läggs läkarschemat oftast av antingen verksamhetschefen eller en läkare som fått särskilt ansvar för schemalaggningsen. Framförhållningen i schemalaggningsen varierar mycket mellan verksamheter. Många av de intervjuade tidsbokarna menar att det finns en ambition om att ha schema för 2–3 månader framåt, men att det är vanligt att det inte hålls, vilket försvårar bokarnas arbete. Det händer att det ibland bara finns schema för 2–3 veckor fram i tiden.

Inbokningen av patienter för nybesök går i allmänhet till så att den patient som står högst upp på listan får den närmast tillgängliga nybesökstiden. Men hänsyn tas också till om patienten behöver träffa en särskild läkare, och om någon utredning behöver göras innan patienten kan kallas.

Det varierar mellan verksamheterna i vilken utsträckning bokningen är en mekanisk rutinbaserad syssla eller om tidsbokaren har en roll att självständigt göra avvägningar och fatta beslut i bokningen. Exempelvis pekar intervjuaren på att det är vanligare att tidsbokaren går in och läser om patienten i journalen innan inbokningen sker om bokaren är sjuksköterska snarare än medicinsk sekreterare.

I verksamheter med långa väntetider uppstår det ofta situationer där det finns för få tillgängliga tider i förhållande till antalet patienter med ett medicinskt måldatum som håller på att nås. Det här kan skapa svåra beslutssituationer eftersom det då inte är självklart vilka patienter som ska få de tillgängliga tiderna. En lösning, som en del tidsbokare uppger, är att patienter som fått någon typ av förtur i remissbedömningen ges företräde eftersom de bedöms ha större behov av ett besök. Men det förekommer också att tidsbokaren vid den här typen av konfliktsituationer kan konsultera en läkare om vilken patient som ska prioriteras.



Tidsbokarna har generellt god kunskap om vårdgarantins tidsgränser, men det varierar i vilken utsträckning de känner till kömiljardens uppbyggnad. Vårdgarantin och även kömiljarden uppges i många intervjuer påverka tidsbokarnas arbete på så sätt att verksamheterna i stor utsträckning styrs efter vårdgarantins och kömiljardens väntetidsgränser på 90 och 60 dagar. Det gör att tidsbokarna ständigt är medvetna om hur väntetidssituationen ser ut och om det finns risk att inte klara tidsgränserna. Flera tidsbokare uppger att vårdgarantin skapar en press från verksamhetsledningen vad gäller väntetider och att de ibland kan uppleva en viss uppgivenhet eftersom de har begränsade möjligheter att förbättra situationen annat än att försöka ”klämma in” så många patienter som möjligt.

Att tidsbokarna ständigt följer upp väntetider och har koll på garantierna resulterar i att de ofta fungerar som ”väntetidsnavet” på en mottagning eftersom de ständigt är välinformerade om hur väntetidssituationen ser ut och snabbt märker när förändringar sker, inklusive om det börjar bli svårt att klara tidsgränserna.

Steg 4 - Specialistbesöket

Under ett nybesök hos specialist kan naturligtvis många olika saker hända och flera typer av beslut kan fattas. Vi fokuserar på väntetider och därmed den medicinska bedömningen som avgör inom hur lång tid en eventuell operation eller ett eventuellt återbesök ska ske.

Ortopederna uppger att de vid prioritering till operation använder sig av liknande intervall som vid remissbedömningen, men flera säger att de högre prioriteringarna (till exempel dubbel eller enkel förtur) oftare anges vid prioriteringen till operation än till nybesök. Det beror på att läkaren efter besöket har mer information om såväl patienten som allvarlighetsgraden, vilket gör det enklare att bedöma patienternas behov.

Inom neurologi handlar motsvarande beslut vid specialistbesöket oftast om inom vilken tid patienten ska komma på ett återbesök. Beroende på sjukdom och besvär kan det bedömas att återbesök ska ske inom allt mellan en månad och ett år. Här är en viktig skillnad mellan ortopedi och neurologi. Vid behov av ortopedi anger vårdgarantin hur lång tid det maximalt får ta innan en operation (eller annan behandling) ska ske. Ingen sådan sådan garanti finns för återbesöken inom neurologin.

Vad händer efter specialistbesöket?

Till följd av de olika behandlingsmöjligheterna skiljer sig alltså den fortsatta processen till stor del mellan ortopedi och neurologi. Figur 32 illustrerar hur

Figur 32. Beskrivning av processen efter specialistbesöket för ortopedi respektive neurologi.

ett ”vanligt” vårdförlopp efter det första specialistbesöket ser ut för patienter inom ortopedi och neurologi.

Inom ortopedi är det vanligt att patienter bedöms behöva en operation. Förfarandet för bokning av operation liknar till stor del inbokningen till besök vad gäller hur väntetlistor sorteras och hur patienter prioriteras. Men det är nästan alltid olika personer som bokar patienter till besök respektive operation. Tidsbokare som bokar till operation ägnar ofta en större andel av sin arbetstid till bokningen och har titlar som ”operationsplanerare”, ”operationskoordinator” eller liknande. I bokningen till operation tas dessutom hänsyn till ytterligare faktorer, vilket ökar komplexiteten i arbetet. Det handlar bland annat om tillgång på operationssalar, tillgång på vårdplatser för patienter som behöver läggas in i samband med operationen och att rätt läkare finns tillgänglig för operation. Ofta eftersträvas att patienten ska opereras av samma läkare som denne träffade i specialistbesöket.

Efter operationen sker vid behov ett återbesök. Om återbesök behövs måste läkaren, återigen baserat på en medicinsk bedömning, avgöra inom hur lång tid patienten ska få besöket. Inbokningen av återbesök inom ortopedi görs i regel på ett likande sätt som inbokningen av nybesök. Efter återbesöket är patienten i princip färdigbehandlad, givet att inga komplikationer uppstår.

För neurologipatienter är det vanliga förfarandet i stället att man får återkomma på regelbundna återbesök under stora delar av livet eftersom sjukdomarna är kroniska. Inbokning av återbesök görs oftast av samma personer som bokar in nybesök, även om det finns undantag. I regel finns det särskilda återbesökslistor med patienter som bedömts behöva komma tillbaka på regelbundna besök. Ofta finns olika återbesökslistor till varje enskild läkare eftersom återkommande patienter i de flesta fall alltid träffar samma läkare. På vissa ställen sätts patienter upp på väntelista för regelbundna återbesök



medan patienter på andra ställen själva får höra av sig när de anser att deras tillstånd försämrats.

Avslutningsvis bör det poängteras att resan för många patienter på intet sätt är så spikrak som den framställs i processerna vi beskriver här. Exempelvis kan utredningsfaser och diagnostisering innebära otaliga kontakter med vården och ta lång tid. Multisjuka patienter är dessutom involverade i ett flertal olika kontakter med vården inom många specialistområden samtidigt, vilket gör resan mer komplicerad och skapar ett behov av koordinering inom vården.

4.5.3 I de flesta fall förenas vårdgarantin med medicinska prioriteringar men det finns exempel på undanträngning

Utifrån de processer som beskrivits ovan identifierar vi tre punkter där det finns risk att undanträngning sker; a) i den medicinska prioriteringen mellan patienter; b) i tidsbokningen till besök och operation; och c) i schemalaggningen där det avgörs hur mycket tid som ska allokeras till ny- respektive återbesök. Baserat på intervjustudien har vi gjort en analys av i vilken utsträckning dessa risker också resulterar i undanträngning i praktiken. I intervjuerna har vi ställt frågor kring verksamheternas arbetssätt och hantering av väntelistor, för att sedan bedöma om detta leder till undanträngning. Därefter har vi även direkt frågat intervjupersonerna om de anser att undanträngning förekommer i den egna verksamheten.

Den samlade slutsatsen är att professionerna i stor utsträckning förmår att balansera vårdgarantin och medicinska prioriteringar. Vårdgarantin behöver alltså inte medföra undanträngning utan är möjlig att förena med medicinska prioriteringar. Men i intervjuerna framkommer också exempel på undanträngning. Det handlar då främst om återbesöksundanträngning och i någon mån även tidsgränsundanträngning.

Risk för undanträngning i de medicinska bedömningarna, men verkar inte ske i praktiken

En viktig princip givet att vård alltid ska ges efter behov är att enbart den medicinska bedömningen ska påverka beslut kring hur patienter prioriteras. Ett sätt som undanträngning skulle kunna ske på i praktiken är att läkare i prioriteringen även börjar ta hänsyn till annat än medicinska överväganden. En sådan annan hänsyn kan tänkas vara att läkarna delvis anpassar sina bedömningar efter hur väl verksamheten klarar vårdgarantin. Exempelvis skulle undanträngning kunna ske genom att patienter med ett stort

medicinskt behov i remissbedömningen får en lägre prioritet än de borde för att det blir enklare att klara vårdgarantin för alla patienter om det finns ett mindre antal som måste tas in snabbt. Det här vore en variant på vad vi kallar tidsgränsundanträngning. Ett annat exempel är om läkare medvetet ger patienter ett måldatum för återbesök som ligger längre fram i tiden än medicinskt motiverat för att i stället kunna ta in fler nybesök inom 90 dagar. På det sättet kan återbesöksundanträngning ske. Även utomlänsundanträngning skulle kunna ske i fasen där medicinska prioriteringar mellan patienter görs genom att utomlänspatienter ges en högre prioritet än patienter med motsvarande behov från det egna landstinget.

Enligt de remissbedömare som ingått i vår intervjustudie är besluten som fattas i remissbedömningen i allt väsentligt medicinskt motiverade, vilket innebär att patienterna med störst behov får högst prioritet. På frågan om det finns andra aspekter än det rent medicinska som påverkar remissbedömningen är intervjupersonernas svar i allmänhet nej, även om några remissbedömare tar upp saker som att det kan vara motiverat att ge ett besök snabbt till patienter som tvingats sjukskriva sig från sitt jobb på grund av besvären eller om det står i remissen att patienten upplever en stark oro. I princip uppger inga intervjuade remissbedömare att vårdgarantin eller kömiljaden påverkar hur remissbedömningen görs.

Här är det viktigt att påminnas om att den medicinska bedömningen är en viktig del av läkarnas professionella integritet och att det därför kan finnas en ovilja att erkänna både för sig själv och för andra om det faktiskt finns aspekter utöver det rent medicinska som påverkar bedömningarna. Samtidigt är det samlade intrycket från intervjuerna att remissbedömningen just på grund av den professionella integriteten betraktas som en fredad zon där kompromissande med medicinska bedömningar inte accepteras. Här är det återigen viktigt att påpeka att resultaten bygger på ett begränsat antal intervjuer, vilket innebär att vi inte kan utesluta att undanträngning aldrig sker i den här fasen av processen. Men i de intervjuer som genomförts har vi inte påträffat några tydliga fall där undanträngning sker i den medicinska prioriteringen.

Flera exempel på återbesöksundanträngning i tidsbokningen till besök inom neurologin

En annan punkt där undanträngning skulle kunna ske är i själva bokningen av patienter till besök eller operation. Det finns en risk att tidsbokarna känner sig pressade att klara tidsgränserna och därför frångår det medicinska måldatumet när de väljer vilken patient som ska få vilken tid. Exempelvis kan



tidsgränsundanträngning ske i en situation där tidsbokaren ser att det finns patienter på en nybesökslista som närmar sig 60 eller 90 dagars väntetid. Om bokaren väljer att plocka in dessa patienter framför andra med ett tidigare medicinskt måldatum uppstår undanträngning. En annan risk är att nybesök prioriteras framför återbesök, vilket gör att de medicinska måldatumen inte längre är vägledande för vilken patient som ska få en viss tid.

I tidsbokningen finns det även risk för individ- och utomlänsundanträngning. Individundanträngning kan ske eftersom det i många fall är samma person som bokar in besök och operationer som också besvarar telefonsamtal från patienter. Om bokarna har svårt att stå emot pressen från patienter som är ihärdiga och ligger på finns det en risk att tidsbokarna ger med sig och helt enkelt bokar in patienten tidigare än medicinskt motiverat. Utomlänsundanträngning kan i stället ske genom att utomlänspatienter plockas in tidigare än det medicinska måldatumen motiverar.

Vår samlade bedömning utifrån intervjuerna är att tidsbokningen i de allra flesta fall verkar ske i enlighet med de medicinska måldatumen; patienter med tidigast medicinskt måldatum bokas in på de tidigast tillgängliga tiderna. Men det finns också exempel på att undanträngning kan förekomma i det här skedet.

Återbesöksundanträngning, som särskilt drabbar patienter med kroniska sjukdomar, framträder som ett riskområde där landstingen och de enskilda verksamheterna behöver vara extra vaksamma. Flera intervjupersoner på neurologimottagningar menar att vårdgarantin har lett till att återbesöken prioriterats ned till förmån för nybesök. Den här bilden delas av Neuroförbundet (2014) som anser att vårdgarantin leder till den här typen av problem och förespråkar att vårdgarantin utökas till att även omfatta återbesök.

En intervjuperson säger exempelvis att nybesöken på grund av vårdgarantin i princip alltid bokas in i första hand. Återbesök bokas sedan in om det finns tider över. En annan intervjuperson menar att nybesöken prioriteras i bokningen för att verksamheten är ålagd att klara vårdgarantin. Det innebär alltså att dessa verksamheter i tidsbokningen inte alltid förlitar sig på de medicinska måldatumen när det avgörs hur relationen mellan återbesök och nybesök ser ut. I stället är det viljan att klara tidsgränserna som går före det medicinska måldatumen. De här exemplen innebär starka och tydliga indikationer på undanträngning, även om det på grund av de inneboende utmaningarna med att mäta skillnader i medicinskt behov är svårt att med säkerhet säga att det är undanträngning. Utifrån intervjuerna går det inte heller att avgöra hur omfattande problemet är i ett större perspektiv.

När det gäller *tidsgränsundanträngning* har vi påträffat några enskilda fall där det kan förekomma, men oftast verkar det inte vara något systematiskt problem. Ett fåtal tidsbokare uppger att verksamheten är ålagd att klara vårdgarantin och att patienter som närmar sig 90 dagars väntetid därför prioriteras. I ett fall har en verksamhetschef uttryckligen uppmanat tidsbokaren att prioritera patienter som närmar sig tidsgränserna i syfte att klara vårdgarantins eller kömiljardens krav. I några andra fall uppger tidsbokare att de ibland i liten skala och på marginalen kan frånga det medicinska måldatumet för att leva upp till vårdgarantin. En tidsbokare säger exempelvis att om det ”bara handlar om några dagar” kan det ske att patienter som närmar sig 90 dagar kan få gå före.

I intervjuerna har vi även påträffat vissa tecken på *individundanträngning*, men oftast handlar det om enskilda patientärenden och verkar inte ske i någon omfattande skala. I den mån individundanträngning förekommer verkar det utifrån intervjuerna handla om fall där tidsbokare ibland har svårt att stå emot pressen från patienter som ligger på om att få en tid fort. Några tidsbokare uttrycker också att vårdgarantin gör det svårare att stå emot patienter som ligger på. De flesta verkar dock inte tycka att vårdgarantin spelar en stor roll här.

Inga tydliga fall av *utomlänsundanträngning* har påträffats.

När undanträngning ser ut att förekomma i tidsbokningen ser bokaren själv i många fall inte det som att den enskilda handlingen är en undanträngning. Det är snarare när utfallet observeras som undanträngningen upplevs utan att en koppling nödvändigtvis görs till själva bokningsförfarandet. De exempel på undanträngning som vi påträffar i intervjuerna verkar främst uppstå som en följd av press från verksamhetsledningen. Tidsbokaren kan få explicita instruktioner om att boka på ett sätt som leder till undanträngning. Men det kan också bli en konsekvens av att ledningen angett som en hög prioritet att vårdgarantin måste klaras. Tidsbokarna tolkar det som en indikation på att patienter som närmar sig en vårdgarantigräns ska prioriteras.

Risk för undanträngning i fördelningen av ny- och återbesök, men vidare studier krävs för att avgöra om det är ett betydande problem

Schemaläggningen är en ytterligare beslutspunkt där vi har identifierat en risk för att undanträngning uppstår. Framför allt handlar det om risk för återbesöksundanträngning eftersom det i en del verksamheter avgörs redan i schemaläggningen hur fördelningen mellan nybesök och återbesök ska se ut. Om det för att klara vårdgarantin beslutas att ha en större andel nybesök än vad som är medicinskt motiverat leder det till undanträngning.



Vår studie har inte inkluderat intervjuer med personer som bestämmer hur fördelningen mellan nybesök och återbesök ska se ut i mottagningsverksamheten. I de intervjuer vi har gjort har vi inte heller fått svar på vad fördelningen grundar sig på. Men då detta är en väsentlig fråga menar vi att det är något som bör diskuteras och belysas, inte minst i de enskilda verksamheterna. Exempelvis säger en intervjuperson att det under en period gjordes en satsning för att försöka leva upp till kömiljardens tidsgränser och att ett sätt att uppnå detta var att öka andelen nybesök i schemat, vilken fick konsekvensen att måldatumet till återbesöken i lägre utsträckning än tidigare kunde hållas.

Information om vårdgarantin till patienter

I det här kapitlet beskrivs vårdgivarnas och vårdpersonalens information och stöd till patienter om vårdgarantin. Vi har kartlagt landstingens information om vårdgarantin till allmänheten på webbplatser, samlat in exempel på hur information i remissbekaftelser är utformad och genomfört telefonsamtal med landstingsrepresentanter. Därefter diskuteras huruvida befintlig information och befintligt stöd ger förutsättningar för en jämställd och jämlik vård.

5.1 PATIENTER RAPPORTERAR LITEN KÄNNEDOM OM VÅRDGARANTIN

Tidigare undersökningar har visat att det finns förbättringspotential vad gäller allmänhetens kännedom om vårdgarantin, i synnerhet för individer med låg inkomst och utbildning eller som sällan har kontakt med vården. Behovet av förbättring gör det särskilt angeläget att den information som ges både till den breda allmänheten och till enskilda patienter som inte kan ges vård i tid är av hög kvalitet.

Figur 33 visar resultatet från en befolkningsundersökning om kännedom om vårdgarantin. Relativt många (runt 70 procent) av de svarande kände till att vårdgarantin finns, men hade begränsade kunskaper om dess innehåll. Kännedomen om vårdgarantin ökar signifikant med ålder, besök på vårdcentral, om man arbetar i sjukvården, har långvarigt hälsoproblem, är kvinna, har högre utbildning och inkomst. Endast en av fem patienter som närmast sig vårdgarantins gränser uppgav att de fått information om vårdgarantin och en tredjedel uppgav att de inte anser att de själva kan ta upp vårdgarantin i sin kontakt med vården. (Vårdanalys 2014a)



Figur 33. Kännedom om vårdgarantin för olika ålders-, inkomst- och utbildningsgrupper.



Källa: Vårdanalys (2014a).

En telefonundersökning genomförd av Socialstyrelsen (2011) under 2010 visar på en liknande bild. Där framkommer att 92 procent hade kännedom om vårdgarantin. Däremot var det endast 30 procent som angav att de kände till vårdgarantin ganska eller mycket bra. Sex av tio kände till att vårdgarantin gäller tidsgränser för väntetider i vården. Liksom i Vårdanalys (2014a) var kännedomen bättre bland äldre, kvinnor, högutbildade och vårdpersonal. Även om jämförelser mellan olika undersökningar ska göras med försiktighet tyder det här på att ingen nämnvärd förbättring av kunskapen om vårdgarantin har skett mellan 2010 och 2013.

5.2 LANDSTING OCH VÅRDGIVARE HAR STORT ANSVAR FÖR ATT INFORMERA OM VÅRDGARANTIN OCH HJÄLPA PATIENTER ATT BYTA VÅRDGIVARE

Vårdgivaren har skyldighet att ge patienten individuellt anpassad information om vårdgarantin (3 kap. 2 § och 3 kap. 6 § patientlagen 2014:821 samt prop. 2009/10:67 s. 77). Även ansvarig hälso- och sjukvårdspersonal ska se till att patienten och dennes närstående ges information om vårdgarantin (6 kap. 6 § patientsäkerhetslagen 2010:659 samt prop. 2013/14:106 s. 136). Om landstinget inte inom vårdgarantins tidsgränser kan erbjuda besök i den specialiserade vården och behandling inom landstingets planerade vård, ska

landstinget se till att patienten får vård hos en annan vårdgivare utan extra kostnad för patienten (3 h § hälso- och sjukvårdslagen). I förarbetet anges att informationen bör lämnas på ett sätt som stärker patientens delaktighet och självbestämmande (prop. 2009/10:67 s. 77). Informationen ska inte ges slentrianmässigt utan ska anpassas till den aktuella patientens förutsättningar och behov (prop. 2009/10:67 s. 77). Patienten bör få ”information om innebörden av vårdgarantin, vilka väntetider som är aktuella, sannolikheten att landstinget ska uppfylla vårdgarantin och vilka alternativa vårdgivare som patienten kan hänvisas till om längsta godtagbara väntetider kommer att överskridas m.m.” (prop. 2009/10:67 s. 77). Det ska alltså inte vara upp till patienter som fått vänta länge att själva kontakta vården för att ta del av vårdgarantin. I rutan nedan sammanfattas de lagtexter som berör information om vårdgarantin och landstingens skyldighet att erbjuda vård hos annan vårdgivare.

Lagstiftning kring information om vårdgarantin och stöd att byta vårdgivare

3 kap. 3 h § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

Om landstinget inte uppfyller besöksgarantin eller behandlingsgarantin enligt 3 g § första stycket 3 eller 4 ska landstinget se till att patienten får vård hos en annan vårdgivare utan extra kostnad för patienten. Lag (2010:243).

2 kap. 4 § patientlagen (2014:821)

Om vårdgarantin enligt 3 § 3 eller 4 inte uppfylls, ska patienten få vård hos en annan vårdgivare utan extra kostnad för patienten.

3 kap. 2 § patientlagen (2014:821)

Patienten ska även få information om

1. möjligheten att välja behandlingsalternativ, fast läkarkontakt samt vårdgivare och utförare av offentligt finansierad hälso- och sjukvård,
2. möjligheten att få en ny medicinsk bedömning och en fast vårdkontakt,
3. vårdgarantin, och
4. möjligheten att hos Försäkringskassan få upplysningar om vård i ett annat EES-land eller i Schweiz.

3 kap. 6 § patientlagen (2014:821)

Informationen ska anpassas till mottagarens ålder, mognad, erfarenhet, språkliga bakgrund och andra individuella förutsättningar. Mottagarens önskan om att avstå från information ska respekteras.

6 kap. 6 § patientsäkerhetslagen (2010:659)

Den som har ansvaret för hälso- och sjukvården av en patient ska se till att patienten och dennes närstående ges information enligt 3 kap. patientlagen (2014:821). Lag (2014:828).



Vårdanalys undersökning av stöd och information om vårdgarantin utgår från landstingens i lagstiftningen fastlagda skyldighet att informera patienter om vårdgarantin. Men undersökningen är inte en strikt uppföljning av lagens efterlevnad, utan beskriver flera aspekter som har att göra med information om vårdgarantin som det inte nödvändigtvis finns krav på i lagstiftningen.

5.3 VARIERANDE MEN I MÅNGA FALL BRISTFÄLLIG OCH OTILLRÄCKLIGT ANPASSAD INFORMATION

I det här avsnittet redovisas vår analys av vilken information och vilket stöd som ges till patienter vad gäller vårdgarantin. Analysen är gjord utifrån nio parametrar uppdelade på tre områden; a) information till allmänheten om vårdgarantin; b) information till enskilda patienter om vårdgarantin; och c) hur landstingen valt att organisera sina informationsinsatser kring vårdgarantin. Framförallt i informationen till enskilda patienter framträder brister.

När det gäller information till allmänheten är den grundläggande informationen i de flesta fall tillräcklig, men det saknas mer detaljerad information kring hur man vid behov går till väga för att använda sig av vårdgarantins möjlighet att byta vårdgivare. I informationen till enskilda patienter är det största problemet att patienter som inte kan erbjudas vård inom vårdgarantins tidsgränser ofta själva måste ta initiativ för att få byta vårdgivare. Det råder stor variation både inom och mellan landsting kring hur informationen är utformad och vilken kvalitet den håller. Även när det gäller organisationen för att informera om vårdgarantin råder skillnader mellan landstingen.

5.3.1 Vi har sammanställt landstingens information utifrån nio parametrar

Vår beskrivning av information om vårdgarantin tar sin utgångspunkt i landstingens skyldighet att tillhandahålla individuellt anpassad information och att se till att patienter som inte får vård inom garantins gränser erbjuds vård på annat ställe. Figur 34 sammanställer de nio parametrar som vi har undersökt i kartläggningen. Parametrarna är uppdelade i kategorier utifrån om den undersökta informationskanalen är riktad till allmänheten eller till enskilda patienter och utifrån hur landstingen valt att organisera sina informationsinsatser om vårdgarantin.

Den första kolumnen listar fem parametrar som rör innehållet i **informationen om vårdgarantin till allmänheten**. Det handlar om

Figur 34. Kartläggningen av vårdgivarnas och vårdpersonalens information om vårdgarantin utgår från nio parametrar.

	Information till allmänheten	Information till patienter	Landstingens organisation
Undersökta parametrar	<p>Finns det information om...?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Vad vårdgarantin är ▶ Vårdgarantins tidsgränser ▶ Rättighet att få vård hos annan vårdgivare ▶ Kontaktuppgifter för information om vårdgarantin ▶ Tillvägagångssätt för att använda vårdgarantin 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Vilken information ges till den enskilda patienten? ▶ Blir patienten kontaktad när vårdgarantin inte kan hållas? 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ På vem ligger ansvaret att informera om vårdgarantin? ▶ Finns centrala vårdgarantienheter?
Metod och undersökt informationskanal	Landstingens hemsidor och vårdguiden 1177.se	Remissbekräftelser och telefonsamtal med landstingsrepresentanter	Telefonsamtal med landstingsrepresentanter och information på landstingens hemsidor

information om vad vårdgarantin är, dess tidsgränser och att man har rätt till vård hos annan vårdgivare om väntan uppgår till mer än vårdgarantins gränser. Vidare handlar det om huruvida det finns kontaktuppgifter för mer information om vårdgarantin och om hur man gör för att använda vårdgarantins möjlighet att byta vårdgivare ifall vård inte kan erbjudas i tid. De fem parametrarna har undersökts genom att kartlägga vilken information om vårdgarantin som finns på landstingens webbplatser och vilken information landstingen har på 1177 vårdguiden, som är en samlingsplats för information och tjänster inom hälsa och vård. Vi har valt att fokusera på webbplatser eftersom de vänder sig till en bred allmänhet och för att de för många idag fungerar som en primär informationskälla.

Den andra kolumnen fokuserar på **information som ges till enskilda patienter**. Här undersöks hur informationen ser ut och om patienter som inte kan erbjudas vård inom vårdgarantins gränser får särskild information. Den här delen av sammanställningen bygger på insamlade mallar på remissbekräftelser med information om vårdgarantin samt på telefonsamtal med representanter från landstingen. Mallar på remissbekräftelser är riktade till enskilda patienter och har samlats in från ett antal verksamheter för att ge exempel och peka på spridningen i utformning. Telefonsamtalen har skett med landstingens särskilda enheter för vårdgarantifrågor eller med tjänstemän som specifikt arbetar med vårdgarantifrågor på central nivå i landstingen. Sammanställningen om information till enskilda patienter fokuserar på den specialiserade vården och berör inte primärvården.



Den tredje kolumnen rör hur **landstingen organiserat sitt arbete** med information om vårdgarantin. Här har vi undersökt vem som ansvarar för informationen och om centrala enheter för hantering av vårdgarantifrågor byggts upp. Den här delen bygger i första hand på telefonsamtalen med landstingsrepresentanter, men även delvis på information från landstingens webbplatser.

Kartläggningen täcker in en betydande del av landstingens informationsinsatser kring vårdgarantin. Enligt Socialstyrelsen (2011) är den primära informationskällan till allmänheten landstingens webbplatser och informationen till patienter är fokuserad på remissbekräftelser och kallelser, det vill säga de informationskanaler som den här sammanställningen fokuserar på. Men det finns ytterligare informationskanaler som inte inkluderas. Ett viktigt exempel är vilken information som ges i det fysiska mötet med patienten. Sammanställningen bortser också från hur primärvården informerar patienter som får en remiss till specialistvården om vårdgarantin. Att ett landstings information är dålig på de områden som undersöks i den här sammanställningen betyder därför inte nödvändigtvis att informationen som helhet är dålig. Det är möjligt att en dålig kommunikation till patienter via remissbekräftelser eller liknande vägs upp av väl anpassad och utförlig information via telefonsamtal eller under själva läkarbesöket.

Informationen om vårdgarantin till patienter har undersökts tidigare

Vissa av de delar som inte täcks in av vår undersökning har studerats i tidigare analyser, vilket bidrar till att skapa en mer heltäckande bild av informationsläget. I en ESO-rapport undersökte Winblad och Andersson (2010) vilken information som ges i patientmötet. I rapporten ingick en enkät som skickades till samtliga ortopedier i landet och där det undersöktes i vilken utsträckning ortopederna informerar patienter om vårdgarantin. Ungefär 30 procent svarade att de i princip alltid informerar om vårdgarantin, medan runt 10 procent svarade att de aldrig gör det. Ytterligare cirka 25 procent svarade att de informerar om vårdgarantin när det finns risk att den inte kan hållas och cirka 20 procent angav att de informerar när patienten själv efterfrågar den. Slutligen svarade knappt 10 procent att de enbart informerar om vårdgarantin om det både finns risk att vårdgarantin inte kommer att klaras och patienten själv efterfrågar information.

Via en webbenkät som skickades till vårdcentraler undersökte Socialstyrelsen (2014) i vilken utsträckning primärvården informerar patienter om vårdgarantin. 23 procent av de tillfrågade vårdcentralerna

uppgav att de har en rutin för att informera ej listade patienter om vårdgarantin och rätten att byta vårdgivare, medan 33 procent svarade att de inte har det. Övriga svarade att det inte var aktuellt eftersom alla patienter kunde erbjudas ett besök inom sju dagar eller att de bara hade listade patienter. Ingen större skillnad i fördelningen fanns vad gäller information om vårdgarantin till listade patienter.

Andra delar av vår sammanställning återfinns till viss del i Socialstyrelsens tidigare undersökningar. Socialstyrelsen (2013a) innehåller en uppdatering av en tidigare kartläggning av hur tillgänglig informationen om vårdgarantin på landstingens webbplatser är, och genom en landstingsenkät undersökte Socialstyrelsen (2011) hur landstingen jobbar med information om vårdgarantin. Resultat från dessa undersökningar kommer att presenteras löpande i kapitlet i samband med att relaterade frågor diskuteras. Vår undersökning fungerar dels som en uppföljning av tidigare resultat och dels som ett komplement till tidigare analyser. Den skiljer sig i första hand från tidigare undersökningar genom att tydligare fokusera på informationens innehåll. Dessutom för vi en diskussion kring vilka förutsättningar den tillgängliga informationen ger för en jämställd och jämlik vård.

5.3.2 God grundläggande information till allmänheten på nätet, men mer utförlig information saknas

Tabell 8 sammanställer resultat från kartläggningen gällande information till allmänheten utifrån landstingens webbplatser och landstingens egna sidor på 1177 vårdguiden. Undersökningen av webbplatserna gjordes under november 2014 och grundas på den information som kunde påträffas efter en översiktlig genomgång av webbplatserna. Det är därför möjligt att ytterligare information om vårdgarantin kan finnas någonstans på webbplatserna, men den har i sådana fall inte enkelt kunnat hittas i genomgången. I de flesta fall ges god grundläggande information om vårdgarantin, men det finns brister i avseendet att få landsting inkluderar mer detaljerad information om hur man ska gå till väga för att använda vårdgarantin.

Socialstyrelsen (2013a) innehåller en sammanställning av informationen om vårdgarantin på landstingens webbplatser. Sammanställningen fokuserade framför allt på i vilken utsträckning informationen är anpassad till olika grupper, såsom huruvida det finns information på olika språk, om det finns en lyssnarfunktion och om det finns teckenspråksversioner. Slutsatsen som drogs var att informationen har blivit bättre med tiden, men att



Tabell 8. Information om vårdgarantin på landstingens webbplatser och av landstingen egenutformad information om vårdgarantin på vårdguiden 1177.se.

Landsting	Information om vårdgarantin	Tidsgränser	Rätt att byta vårdgivare	Kontaktuppgifter vårdgarantin	Hur vårdgarantin aktiveras
Jämtland	X	X	X	X	X
Blekinge					
Dalarna	X	X	X	X	
Gävleborg	X	X	X	X	
Jönköping	X	X	X		
Kalmar	X	X			
Uppsala	X	X	X	X	X
Värmland	X				
Östergötland	X	X	X	X	X
Kronoberg	X	X	X	X	
Sörmland	X	X	X	X	
Västernorrland	X	X	X	X	
Västmanland	X	X		X	
Norrbottnen	X	X	X		
Gotland	X	X	X	X	
Halland	X	X	X	X	X
Skåne	X	X	X	X	
Stockholm	X	X	X	X	X
Västerbotten	X	X	X	X	
Västra Götaland	X	X	X	X	X
Örebro	X	X	X	X	X

förbättringspotential alltjämt finns. Vår sammanställning av landstingens webbplatser kompletterar Socialstyrelsens kartläggning genom att fokusera på informationens innehåll snarare än på dess tillgänglighet.

Nästan alla landsting har egen information om vårdgarantin

Av tabell 8 framgår att alla landsting utom ett har egenutformad information om vårdgarantin på landstingets webbplats eller på vårdguiden 1177.se. Med egenutformad menas att det är annan eller ytterligare information än den nationella information om vårdgarantin som vårdguiden tillhandahåller. Ett landstings webbplats på vårdguiden som bara innehåller den nationella informationen utan tillägg eller utveckling räknas alltså inte som egen-

utformad. Det varierar i vilken utsträckning landstingen informerar via både vårdguiden och landstingets webbplats eller om fokus ligger på någon av dessa kanaler. I allmänhet är informationen lätt att hitta och kan enkelt nås via en sökmotor.

Nästan alla landsting informerar om vårdgarantins tidsgränser

Alla landsting utom två informerar på sin webbplats om vilka tidsgränser som gäller i vårdgarantin eller har egenutformad information om det på vårdguiden. Halland, Kalmar, Kronoberg, Stockholm och Västra Götaland informerar om att de har särskilda vårdgarantier som inom vissa områden har snävare tidsgränser än den nationella vårdgarantin.

De flesta landstingen informerar om patientens rätt att byta vårdgivare

Ett viktigt element i vårdgarantins konstruktion är att patienter som inte kan få vård i det egna landstinget inom vårdgarantins tidsgränser utan extra kostnad ska erbjudas vård hos en annan vårdgivare. De flesta landsting informerar om den rättigheten i sin information på nätet, men som tabell 8 visar gör fyra av landstingen inte det.

De flesta landstingen anger kontaktuppgifter för vidare svar på frågor om vårdgarantin

Sexton landsting har någon typ av kontaktuppgifter för frågor om vårdgarantin i sin information på nätet, medan fem inte har det. I de fall kontaktuppgifter förekommer hänvisar landstingen till särskilda vårdgarantienheter eller liknande på central nivå i landstingen (mer om dessa enheter i avsnitt 5.3.4). Landsting som inte har en särskild enhet patienter kan vända sig till anger i några fall i stället kontaktuppgifter till någon på central nivå i landstinget som patienter kan höra av sig till vid allmänna frågor om vårdgarantin. I andra fall hänvisas till landstingens patientnämnder för information eller klagomål om vårdgarantin, medan kontaktpersonen i andra fall är en person med ett centralt ansvar för vårdgarantifrågor som sitter på landstingens utvecklingsenheter eller liknande.

Bara några landsting informerar om hur patienten gör för att ta del av vårdgarantins möjlighet att byta vårdgivare

Trots att nästan alla landsting på sina webbplatser informerar om att det finns en vårdgaranti, är det få landsting som informerar om hur man ska gå till väga för att ta del av vårdgarantins möjlighet att byta vårdgivare när vård inte kan ges i tid. Sju av tjuoen landsting informerar om detta.



Det är inte en självklarhet att informationen som riktar sig till allmänheten ska innehålla information om hur vårdgarantin ska aktiveras, eftersom sådan information främst är relevant för patienter som redan är i kontakt med vården och borde få individuellt anpassad information. Samtidigt är det viktigt att sådan information finns lättillgänglig i allmänt format på nätet för att hjälpa patienter som faktiskt inte fått den individuella information de egentligen har rätt till. På så vis kan den delvis kompensera för eventuella brister i informationen till de enskilda patienter som behöver utnyttja vårdgarantins möjlighet att byta vårdgivare. Det är också med den här typen av information som landstingen har möjlighet att gå utöver den nationella information om vårdgarantin för att göra informationen mer lokalt anpassad och användbar.

5.3.3 Information till enskilda patienter – stor variation i informationens kvalitet och i vilket stöd patienten får

En förutsättning för att landstingen ska kunna uppfylla sin skyldighet att se till att patienter som inte kan få vård inom 90 dagar blir erbjudna vård hos en annan vårdgivare är att dessa patienter aktivt kontaktas av landstingen. Om det i stället lämnas till patienten att själv ta kontakt med vården för att ta del av vårdgarantin finns det en risk att patienter som skulle vilja åka till en annan vårdgivare inte får den möjligheten. Exempel på remissbekräftelser i det här avsnittet, liksom resultaten från telefonsamtal med landstingsrepresentanter, visar att det är vanligt att patienter som inte ges vård i tid själva får ta initiativ för att ta del av möjligheten att byta vårdgivare.

Vanligt med information om vårdgarantin i remissbekräftelser eller liknande

En vanlig kanal för att nå patienter med individanpassad information om vårdgarantin är genom remissbekräftelser och kallelser. Enligt de telefonsamtal som gjorts med landstingsrepresentanter informeras patienten vanligen om den beräknade väntetiden på kliniken genom remissbekräftelsen. I samband med detta är det enligt landstingsrepresentanterna också vanligt att informera om vårdgarantins tidsgränser. I en del fall skickas olika texter om vårdgarantin beroende på om den förväntade väntetiden är längre än garantigränsen eller inte, vilket ökar graden av individanpassning. I andra fall innehåller remissbekräftelsen aldrig någon information om vårdgarantin. Detta kan innebära bristande information, men kan också vara en konsekvens av att verksamheten inte

har problem med att klara vårdgarantin eller på att särskilda brev med anpassad information skickas till de patienter som inte kan erbjudas vård i tid.

Nedan ger vi några exempel på hur information om vårdgarantin ges i remissbekräftelser och kallelser. Sammanställningen är inte fullständig och breven har inte samlats in systematiskt. Vilken information som ges till patienter, och hur informationsförmedlingen administreras, skiljer sig inte bara mellan landsting utan även inom landsting. I ett flertal landsting skiljer sig exempelvis formuleringarna i breven mellan verksamheter, även inom samma sjukhus. Exempelen nedan ger därför inte en heltäckande bild av hur den här typen av brev ser ut runtom i landet eller i de enskilda landsting som breven kommer ifrån. Analysen är i stället avsedd att just ge några exempel och på så vis peka på i vilken utsträckning de kan skilja sig åt.

Exempel 1: Kortfattad information med hänvisning till andra källor på patientens initiativ

Information om vårdgarantin är ofta bristfällig i de mallar vi tagit del av. I exemplet nedan informeras om att det finns en vårdgaranti och att mer information kan inhämtas via listade kontaktuppgifter. Däremot finns ingen information om vilka tidsgränser som gäller, att vårdgarantin innebär att man har rätt att få vård hos annan vårdgivare om man får vänta för länge eller hur man gör för att byta vårdgivare. Det är dock värt att poängtera att en bristfällig information om vårdgarantin i remissbekräftelser exempelvis kan bero på att verksamheten i fråga generellt inte har ett stort problem med långa väntetider. Då blir det också enkelt att kontakta de få patienter som får vänta för länge på annat vis och behovet av utförlig information i remissbekräftelser blir då mindre. I vilken utsträckning bristfällig information beror på den här typen av orsaker går inte att svara på inom ramen för den här sammanställningen.

I Landstinget Dalarna gäller vårdgaranti. I Patientguiden kan du läsa mer om detta. Har du tillgång till Internet hittar du Patientguiden och Väntetider i vården på www.ltdalarna.se. Du kan också vända dig till Väntetidskansliet telefon [redacted] måndag-fredag 09:00-11:30, 12:30-15:00 för att få mer information.



Exempel 2: Mer omfattande information men lägger ansvaret för initiativ på patienten

I andra remissbekräftelser är informationen mer utförlig. I utdraget nedan finns anpassad information om vårdgarantins tidsgränser och om hur lång den uppskattade väntetiden på den aktuella kliniken är. Dessutom inkluderas information om patientens möjlighet att byta vårdgivare och det står vem som ska kontaktas för att använda möjligheten. Fortfarande krävs det dock en aktiv åtgärd från patientens sida för att byta vårdgivare när vård inte kan erbjudas i tid.

Nationell vårdgaranti	Vårdgarantin innebär att du har rätt att få tid hos oss inom 90 dagar från beslut om remiss. Om tiden här ovanför är längre än tre månader har du rätt att använda vårdgarantin, som ger dig möjlighet att få en bedömning av en annan vårdgivare utanför länet. Kontakta oss om du vill använda din rättighet. Mer information finns på www.jll.se/patientinformation .
Kontakt	Vid frågor kontakta den mottagning du fått detta brev från. Kirurgmottagningen, tfn [redacted] måndag-fredag kl 09.00-11.00. Endoskopiavdelningen, tfn [redacted] måndag-fredag kl 08.15-09.00 eller måndag-torsdag kl 15.30-16.15. För svar på allmänna frågor om vårdgarantin, skicka e-post till: [redacted]

Exempel 3: Riktad information till patienter som är aktuella för att byta vårdgivare, men lägger också ansvaret för initiativ på patienten

Det förekommer också att särskilda brev skickas till patienter som inte kommer kunna erbjudas vård inom 90 dagar. Ett sådant exempel ges nedan. Denna kommunikation är bra i avseendet att den är särskilt anpassad för patienter som inte kan erbjudas vård inom 90 dagar och det är tydligt att patienten har möjlighet att byta vårdgivare. Däremot är det upp till patienten själv att kontakta kliniken för att ta del av möjligheten att få vård hos annan vårdgivare. Kontaktuppgifter till kliniken finns i brevet, även om det inte visas i utdraget nedan.

När en specialistläkare har bedömt att en patient ska opereras ska det enligt lag ske inom tre månader, så kallad vårdgaranti. Vi i Landstinget Sörmland gör allt vi kan för att erbjuda patienterna vård inom tiden för vårdgarantin i vårt eget landsting. Skulle vi inte klara det är det fortfarande vårt ansvar att vården blir utförd på något annat sjukhus. Därför har vi kommit överens med andra sjukhus/vårdrättningar om att utföra operationer åt oss.
När det gäller just din operation har vi på Kliniken för kirurgi och urologi tyvärr inte möjlighet att ta emot dig inom tre månader. Därför erbjuder vi dig vård på annat sjukhus inom eller utanför Landstinget Sörmland. Du har också möjlighet att stå kvar på väntelistan och bli omhändertagen i Sörmland, om du väljer och har möjlighet att vänta med ditt ingrepp.
<u>Vi ber dig att kontakta oss</u> för samtal om var och när din operation kan utföras.

Exempel 4: Patienter erbjuds vård hos annan vårdgivare utan att behöva ta eget initiativ

Det finns också remissbekräftelser där patienter som inte kan erbjudas vård i tid utan egen åtgärd från patienten blir förflyttad till annan vårdgivare. Fördelen med exemplet nedan är att vårdgarantin aktiveras automatiskt utan att patienten behöver agera. På det sättet minskar risken att patienter som inte själva tar initiativ att kontakta landstinget om vårdgarantin inte får ta del av den.

Vår väntetid är beräknad till cirka XX månader, vilket innebär att vårdgarantins 90 dagar kommer att överskridas. Vi kommer därför att se till att du får en tid för besök hos en annan vårdgivare med kortare väntetid. I första hand söker vi vård till dig inom Region Skåne, i andra hand i Blekinge, Hallands eller Kronobergs län och i tredje hand hos annan vårdgivare i Sverige.

Du behöver endast kontakta oss om du **inte** är intresserad av att få ditt besök utfört hos annan vårdgivare, detta behöver vi i så fall ha reda på **inom en vecka** från att du mottagit detta brev och vi ber dig då kontakta oss på telefon XXX under kontorstid/telefon tid.

Du är välkommen att höra av dig om du har några frågor eller vill ha ytterligare information.

Telefonsamtal med landstingsrepresentanter bekräftar att stor börda läggs på patienten

Det generella resultatet från samtalen med landstingsrepresentanter bekräftar att det varierar mellan verksamheter inom och mellan landsting i vilken utsträckning patienter som får vänta mer än 90 dagar aktivt kontaktas med ett erbjudande om att byta vårdgivare. I tre landsting var svaret att patienter i allmänhet inte kontaktas aktivt, utan patienterna får i stället kontakta verksamheten eller centrala vårdgarantifunktioner för att byta vårdgivare. I två landsting var svaret att patienter i princip alltid kontaktas när väntetiden är över 90 dagar. Resterande sexton landsting svarade att det varierar om patienter aktivt kontaktas eller inte. I en del av dessa landsting säger centrala riktlinjer att patienter aktivt ska kontaktas, men enligt landstingsrepresentanterna följer de ansvariga klinikerna inte alltid anvisningarna. En viktig funktion som kontaktpersoner centralt i landstingen fyller är att hantera samtal från patienter som inte fått den information som klinikerna är ansvariga för.



5.3.4 Landstingens organisation – flera landsting har särskilda enheter för patientstöd kring vårdgarantifrågor

Vi har även undersökt hur landstingen valt att organisera och samordna sin information om vårdgarantin. Detta har vi gjort genom att ta reda på i vilken utsträckning de har en central organisation för informationsinsatser kring och hantering av vårdgarantifrågor eller om ansvaret överläts till verksamheterna. Att informationsansvaret helt ligger på verksamheterna kan ha fördelar, men ökar också risken för att det uppstår stora skillnader inom landstingen kring hur informationen ser ut. Skillnader inom landstingen leder bland annat till att det blir svårt att systematiskt göra jämförelser mellan landstingen och dra generella slutsatser om informationens kvalitet.

Åtta landsting har enligt samtalen med landstingsrepresentanter valt att inrätta särskilda enheter för att hantera vårdgaranti- och väntetidsfrågor på central nivå. Resterande landsting lägger i stället en stor del av ansvaret på de enskilda verksamheterna. Även i landsting med vårdgarantienheter läggs ett varierande ansvar på de enskilda verksamheterna. Socialstyrelsen (2011) drog också slutsatsen att det fanns stora skillnader i landstingens kommunikationsorganisation kring vårdgarantin, vilket tyder på att inga dramatiska förändringar skett i det avseendet.

De åtta landsting som har en vårdgarantienhet eller likande har också en funktion som stödjer kliniker att hitta alternativa vårdgivare till patienter som inte kan erbjudas vård inom 90 dagar. I nästan samtliga av dessa fall finns det en centralt placerad enhet som ansvarar för patienter i hela landstinget, men det förekommer också att de enskilda sjukhusen i stället har egna enheter för att hantera vårdgarantifrågor. Enheterna arbetar i huvudsak på två sätt med att hitta andra vårdgivare till patienter. Den ena kanalen är patienter som själva ringer till enheten efter att ha fått kontaktuppgifter via nätet eller på remissbekräftelser. När dessa patienter ringer enheten får de hjälp att hitta en ny vårdgivare. Den andra kanalen är att enheterna i en del landsting kan kontaktas av kliniker som har problem med att leva upp till vårdgarantin. I en del fall sker även kontakten med kliniken på den centrala enhetens initiativ. Enheterna kan då fungera som ett stöd för klinikerna med att hitta nya vårdgivare och med att kontakta patienter som kommer få vänta för länge. Förutom att hjälpa patienter och kliniker att hitta nya vårdgivare när vårdgarantin inte kan hållas har vårdgarantienheterna också en viktig uppgift att ge allmän information om vårdgarantin till patienter som har frågor.

I de tretton landsting som inte har en vårdgarantienhet som patienter kan vända sig till, är det de enskilda klinikerna som ansvarar för att hitta andra vårdgivare åt patienter som får vänta längre än vårdgarantins tidsgränser. I

dessa fall är det också klinikerna som har ansvaret att informera patienter om möjligheten att byta vårdgivare. Det gör att stor variation uppstår inom landstingen gällande vilken information som ges och hur det går till när en ny vårdgivare behöver hittas till patienter. I en del landsting finns centrala riktlinjer för hur verksamheterna ska jobba med vårdgarantin, men enligt landstingsrepresentanterna varierar det i vilken utsträckning de följs. Även i landstingen där det inte finns en vårdgarantienhet som hjälper till med nya vårdgivare finns det i samtliga fall någon typ av kontaktperson på central nivå som kan svara på frågor från patienter gällande vårdgarantin eller från patienter som inte anser att de fått tillräcklig hjälp från klinikerna. Dessa kontaktpersoner kan antingen nås via landstingets växel eller i en del fall via kontaktuppgifter på landstingens webbplatser eller liknande.

5.4 BÄTTRE INFORMATION OCH STÖD TILL ENSKILDA PATIENTER SKULLE ÖKA FÖRUTSÄTTNINGARNA FÖR JÄMLIK OCH JÄMSTÄLLD VÅRD

I det här avsnittet diskuteras om den information som ges till patienter om vårdgarantin skapar förutsättningar för en jämlik och jämställd vård. Först ges en kort presentation av vad jämlik och jämställd vård innebär. Därefter diskuteras hur resultaten från kartläggningen av informationen till patienter om vårdgarantin, som presenteras i föregående avsnitt, kan tänkas påverka jämlikheten i vården. Slutsatsen är att avsaknad av detaljerad och anpassad information till patienter som riskerar att inte erbjudas vård inom vårdgarantins tidsgränser försämrar möjligheterna till en jämlik vård. Geografiska skillnader i vilken information patienter får bidrar också till ojämlikhet.

5.4.1 Jämlik vård omfattar många typer av skillnader men innebär inte att alla alltid ska behandlas exakt lika

Enligt 2 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) är målet för hälso- och sjukvården en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen. Enligt förarbeten till lagen innebär detta att bemötandet, vården och behandlingen ska vara jämlik och erbjudas alla oavsett bland annat bostadsort, ålder, kön, utbildning och inkomst (prop. 1981/82:97 s. 28 och 113). Begreppet ojämlik vård omfattar alltså många typer av skillnader – utifrån bostadsort, ålder, kön med mera. *Jämställd* vård är en delmängd av jämlik vård och syftar specifikt på skillnader mellan män och kvinnor.

Jämlik vård innebär dock inte nödvändigtvis att alla ska behandlas och bemötas exakt lika (Vårdanalys 2014c). Patienter kan ha olika behov



av en viss information, beroende på vilken situation patienten befinner sig i. Exempelvis behöver inte patienter som kommer att få vård inom vårdgarantins tidsgränser få detaljerad information om vilka möjligheter det finns om denne inte skulle få vård i tid och hur man går tillväga för att ta del av möjligheten till vård på annat ställe. En patient som riskerar att inte få vård inom tidsgränserna är däremot i behov av denna information och ska få den. Därtill ska hänsyn alltid tas till skillnader i individuella förutsättningar, vilket innebär att exempelvis hur information förmedlas behöver skilja sig mellan grupper beroende på exempelvis språkfärdigheter och förmåga att ta till sig information.

Av förarbeten till hälso- och sjukvårdslagen framgår det att landstingen har ett stort ansvar att anpassa sig efter patienters skilda förutsättningar och att patienters egna initiativ inte ska vara avgörande för vilken vård som ges. Alla ska ges likvärdiga möjligheter att exempelvis förstå en diagnos eller att sätta sig in i vad ett planerat behandlingsprogram har för innebörd (prop. 1981/82:97 s. 113). Så långt det är möjligt ska verksamheter inrättas så att betydelsen av exempelvis språkliga och kulturella olikheter begränsas (prop. 1981/82:97 s. 114). Vården ska också sträva efter att jämna ut skillnader som beror på bland annat förmåga att ta initiativ (prop. 1981/82:97 s. 28).

5.4.2 Bristande information och stöd från landstingen bidrar till ojämliket mellan befolkningsgrupper

Kartläggningen av landstingens information till patienter om vårdgarantin konstaterar att det finns brister, särskilt vad gäller information och stöd till enskilda patienter som riskerar att inte få vård inom vårdgarantins tidsgränser. I många fall får patienten inte mer information än den som finns allmänt tillgänglig, och det saknas ofta information om hur man som patient praktiskt går tillväga för att få vård på annat ställe i de fall då vård inte kan fås inom vårdgarantins tidsgränser. I de fall då vårdgarantins tidsgränser inte hålls blir sådan information en viktig förutsättning för att patienten ska kunna använda sin rätt att få vård hos en annan vårdgivare. För att få detaljerad information om vad vårdgarantin innebär i det specifika fallet och för att få specifik information om möjligheten till vård på annat ställe krävs i många fall att patienten själv aktivt tar reda på den här informationen och driver processen. Landstingen kontaktar ofta inte patienter som inte kan erbjudas vård i tid.

Sådan passiv informationsgivning som lämnar det upp till patienterna att kontakta vården för att ta del av vårdgarantin kan bidra till ojämlik vård.

Att det är upp till patienten att själv se till att vårdgarantin aktiveras medför en stor risk att vissa befolkningsgrupper kommer att vara mer benägna än andra att söka information och själva kontakta vården för att sedermera utnyttja vårdgarantin, få vård på annat ställe ifall de vill, och därmed få vård snabbare. Patienter som inte själva tar detta initiativ kommer gå miste om möjligheten till snabbare vård på annat ställe, och i stället stå kvar i kön i det egna landstinget.

Patientens egna initiativ blir således en viktig parameter för att kunna nyttja möjligheten till vård på annat ställe i de fall då vårdgarantins tidsgränser inte hålls. I den mån som exempelvis yngre patienter eller patienter med högre utbildning, större kunskaper om hälso- och sjukvården eller bättre språkkunskaper har bättre förutsättningar att ta sådana initiativ kommer dessa grupper ha en fördel framför andra patienter. Den här risken för ett ojämnt användande av vårdgarantin förstärks av att den allmänna kunskapen om vårdgarantin är relativt låg, särskilt bland personer med låg inkomst och kort utbildning. I den mån män eller kvinnor är mer drivande i sin egen vård påverkas också jämställd vård.

Vid sidan av kunskapen om möjligheterna att få vård på annat ställe i de fall då vårdgarantins tidsgränser inte hålls, finns det naturligtvis ytterligare faktorer som kan påverka vilka som nyttjar möjligheten att få vård på annat ställe. Exempelvis kan det vara en större påfrestning för gamla patienter, eller patienter med vissa diagnoser, att resa till en annan vårdgivare som eventuellt ligger långt bort. Detta beror inte på bristande information om vårdgarantin, men är en ytterligare faktor som påverkar möjligheten att få vård på annat ställe. Även om landstingens information och stöd till patienter skulle bli mer aktivt än vad det är idag, skulle möjligheterna till vård på annat ställe sannolikt fortfarande skilja sig mellan olika grupper. Det saknas idag samlad kunskap om i vilken omfattning patienter nyttjar möjligheten att få vård på annat ställe i de fall då vårdgarantins tidsgränser inte hålls, och hur detta skiljer sig mellan olika befolknings- och patientgrupper. Hanning och medförfattare (2012) har gjort en studie inom området som handlar om kataraktsjukvården. Studien undersöker om patientgrupper som vårdas i ett annat landsting skiljer sig från dem som blir vårdade i sitt hemlandsting. Resultatet indikerar att patienter som vårdas i ett annat landsting i genomsnitt är yngre och har mindre allvarliga synfel än de som vårdas i hemlandstinget. Studien gör dock inte skillnad på om patienten åkt till ett annat landsting på grund av att vård inte kunde erbjudas i tid eller av andra orsaker.



5.4.3 Skillnader mellan landstingen bidrar också till ojämlikhet

Kartläggningen av information till patienter om vårdgarantin visar också att vilken information som ges, och hur denna ges, skiljer sig mellan landstingen, men även inom ett och samma landsting. Analysen visar på både goda och mindre goda exempel. I vissa landsting tar sjukvården ett större ansvar för att aktivt kontakta patienter som riskerar att inte få vård inom vårdgarantins tidsgränser. I andra landsting ges informationen endast på förfrågan från patienten. Vilka egna initiativ som krävs från patienten beror alltså på vilket landsting patienten tillhör, men kan även skilja sig inom ett landsting eftersom det på många ställen är de enskilda verksamheterna som bestämmer rutinerna.

Slutsatser

Det här kapitlet presenterar våra sammantagna slutsatser från arbetet med rapporten. Utifrån dessa lämnar vi sedan förslag till regeringen och landstingen inför det fortsatta arbetet med att åstadkomma kortare väntetider i vården.

6.1 SAMMANTAGNA SLUTSATSER

Vårdanalys har haft i uppdrag från regeringen att följa upp och analysera den nationella vårdgarantin. Uppdraget bestod av fyra frågeställningar; a) att följa upp i vilken utsträckning tidsgränserna i den nationella vårdgarantin hålls; b) att analysera varför långa väntetider uppstår och vilka centrala utmaningar och hinder det finns i arbetet med kortare väntetider; c) att belysa eventuella undanträngningseffekter i den specialiserade vården till följd av vårdgarantin; och d) att beskriva vårdgivarnas och vårdpersonalens information till patienter om vårdgarantin och analysera om informationen skapar förutsättningar för en jämlik och jämställd vård.

I den här rapporten analyseras och redovisas var och en av dessa frågeställningar i separata kapitel. Nedan återges våra sammanfattande resultat och slutsatser under fem huvudrubriker:

- Flertalet får vård inom vårdgarantins gränser, men fortsatt arbete med vårdgarantin och tillgänglighet behövs.
- Väntetiderna kan kortas genom effektivare användning av tillgängliga resurser såsom bättre arbetssätt och mer ändamålsenlig personalförsörjning.
- Vårdgarantin är möjlig att förena med medicinska prioriteringar och behöver inte leda till undanträngning.



- Landstingen ger i många fall otillräcklig information och bristande stöd till patienter som inte får vård inom vårdgarantins gränser.
- Vårdgarantin fyller en viktig funktion, men behöver utvecklas och kompletteras för patienter med svårare och flera sjukdomar.

6.1.1 Flertalet får vård inom vårdgarantins gränser, men fortsatt arbete med vårdgarantin och tillgänglighet behövs

Vår uppföljning visar att omkring 90 procent av patienterna får vård inom vårdgarantins tidsgränser, men uppföljningen visar också på stor variation mellan och inom landsting och vårdområden. På vissa ställen följs vårdgarantin i anmärkningsvärt liten utsträckning, vilket pekar på en stor förbättringspotential och ett stort behov av fortsatt arbete. Det saknas i dagsläget också kunskap om hur ofta patienter får erbjudande om vård på annat ställe i de fall då vårdgarantins tidsgränser inte hålls.

Patienter har ofta en sämre erfarenhet av väntetiderna än vad som framkommer av väntetidsdatabasen, varför det i det fortsatta arbetet är viktigt att ta patienternas perspektiv i beaktande i definitionen av god tillgänglighet.

Vårdgarantin följs för omkring 90 procent av patienterna, men det finns betydande skillnader mellan och inom landsting och vårdområden

Enligt väntetidsdatabasen, som legat till grund för vår uppföljning, får omkring 90 procent vård inom de tidsgränser som anges av vårdgarantin, vilket alltså innebär att omkring 10 procent av patienterna får vänta längre än dessa gränser. Men det finns stor variation mellan och inom landsting, mellan vårdområden och över året. Det finns flera exempel på vårdområden och verksamheter där tidsgränserna infrias i mindre än 50 procent av patientfallen. Även om tidsgränserna på nationell nivå hålls i relativt hög utsträckning finns det alltså ställen där det ser betydligt sämre ut. Vi kan däremot inte se några omfattande skillnader i väntetider mellan män och kvinnor eller mellan olika åldersgrupper. Att skillnaderna är större mellan olika verksamheter än med avseende på kön och ålder tyder på orsaker som äger rum på organisationsnivå snarare än i bemötandet av enskilda patienter eller i hanteringen av enskilda ärenden.

Antalet patienter som står i kö till nybesök hos specialist eller operation har ökat mellan 2012 och 2014, och särskilt under 2014. Att antalet som väntar på vård ökar kan ha flera förklaringar. Det behöver inte vara ett problem i sig, exempelvis om genomströmningen ökar i motsvarande mån så att inte väntetiderna ökar. Då antalet genomförda besök och operationer inte ökade

i samma utsträckning som antalet som väntar, och då vi också observerar en liten försämring i hur väl vårdgarantins tidsgränser hålls, vill vi dock understryka vikten av att fortsatt arbeta med tillgänglighet och att följa upp väntetider.

Kunskapen om i vilken utsträckning möjligheten att byta vårdgivare nyttjas är mycket liten

Olika former av vårdgarantier har funnits i över 20 år, varav den nuvarande är lagstadgad sedan 2010. Vårdgarantiernas infriande har också varit föremål för kontinuerlig uppföljning. I takt med väntetidsdatabasens utveckling har dessutom möjligheterna till uppföljning förbättrats över tid. Detta har bidragit till väsentligt ökad kunskap om hur väl tidsgränserna följs. Däremot saknas kunskap om hur, av vem och i vilken utsträckning möjligheten att byta vårdgivare nyttjas i de fall då det egna landstinget inte erbjuder vård inom tidsgränserna. Det finns också begränsad kunskap om i vilken utsträckning, och i så fall vid vilka tidpunkter i processen, patienter får erbjudande att vårdas på annat ställe och om hur väl processen fungerar för patienten. Kunskapen om vem som byter vårdgivare vad gäller exempelvis utbildning, kön, ålder, diagnoser och svårighetsgrader, och om kvaliteten på vården skiljer sig åt beroende på om patienten byter vårdgivare, är på samma sätt bristfällig. Det går exempelvis inte att inhämta någon sådan här information från väntetidsdatabasen.

Det önskvärda utfallet av vårdgarantin vore om tillgängligheten ökade så att det aldrig blev aktuellt för patienter att faktiskt byta vårdgivare till följd av att tidsgränserna inte kan hållas. Men så länge landstingen inte lyckas erbjuda vård inom tidsgränserna är det relevant att undersöka hur möjligheten att få vård på annat ställe fungerar ur ett patientperspektiv.

Viktigt att följa väntetiderna ur ett patientperspektiv och inte begränsa tillgänglighetsarbetet till vårdgarantins hållpunkter

Den främsta källan till information om hur väl vårdgarantins tidsgränser hålls är väntetidsdatabasen, vilken även vår uppföljning grundar sig på. Till denna rapporterar landstingen information för vårdgarantins fyra mätpunkter. När patienter tillfrågas om sin upplevelse och erfarenhet av väntetider och tillgänglighet, är dock resultaten generellt sämre än när de baseras på väntetidsdatabasen. Detta kan ha flera orsaker, bland annat att olika grupper tillfrågas, att olika källor är olika representativa och att olika undersökningar mäter skilda saker. Exempelvis kan det tänkas att enkätfrågor generellt fångar ett bredare tillgänglighetsperspektiv än enbart



de fyra mätpunkter som följs upp i väntetidsdatabasen. Vårdgarantin omfattar utvalda delar av vårdkedjan. Hur väl vårdgarantin följs ger därför inte en bild av väntetiderna i andra delar av vården, medan det är all vård som spelar roll för patienten. Vidare, vad gäller den del av vårdgarantin som säger att behandling ska påbörjas inom 90 dagar från beslut om behandling, är det endast ett urval av behandlingar och operationer som rapporteras till väntetidsdatabasen. Hur det ser ut med väntetiderna för andra typer av behandlingar är därför okänt. Uppföljning av vårdgarantin säger inte heller något om innehållet på den vård som ges. Att få ett första specialistbesök inom tidsgränserna blir mindre relevant ifall efterföljande behandling inte ges i tid eller inte är tillräcklig.

Vi anser att det idag saknas mätmetoder som på ett bra sätt fångar patienternas upplevelse av väntetider, och på ett sätt som gör att dessa kan matchas med resultaten från väntetidsdatabasen. Vid sidan av att hitta sådana mätmetoder, är det också viktigt att analysera vårdgarantins roll för tillgängligheten till hälso- och sjukvården i bredare bemärkelse, det vill säga huruvida vårdgarantins hållpunkter och definitioner är relevanta ur ett patientperspektiv. Vilka aspekter är viktiga för patienten och vilken roll spelar vårdgarantins hållpunkter och gränser för patientens totala uppfattning av tillgängligheten?

6.1.2 Väntetiderna kan kortas genom effektivare användning av tillgängliga resurser såsom bättre arbetssätt och mer ändamålsenlig personalförsörjning

Analysen av vad som kan förklara att vårdgarantin följs i olika utsträckning bland landstingen består av både en kvantitativ och en kvalitativ del. Den kvantitativa analysen visar att vårdgarantin uppfylls i större utsträckning vid högre produktivitet (när läkare gör fler besök och operationer per år och när fler operationer görs per vårdplats), när landstingen köper mer vård från andra landsting och när det finns fler läkare och vårdplatser. Intervjuerna pekar på sätt och vis i samma riktning då vårdpersonal lyfter fram att förändrade arbetssätt gör stor skillnad. Framförhållning och kontinuitet i schemalaggningen, så att de som bokar in patienter för besök och operation vet vilka tider som finns att tillgå, och sammanhållet arbete med väntelistorna, är exempel på effektiva arbetssätt och rutiner som lyfts fram. Samtidigt pekar intervjuerna på att bemanningsproblem är ett hinder på vissa ställen.

Skillnader i hur väl vårdgarantins tidsgränser följs har alltså flera förklaringar, men kan generellt kopplas till landstingens personella resurser

och hur dessa används. Utifrån dessa resultat bedömer vi att det finns stora möjligheter att uppnå kortare väntetider, och öka produktiviteten, med de resurser och strukturer som råder idag.

Att förändrade arbetssätt är en viktig utvecklingsfaktor för sjukvården framöver har sedan tidigare förts fram i en rad andra sammanhang, vilket tyder på att flera av vårdens utmaningar har beröringspunkter och till viss del gemensamma lösningar. Att korta väntetider kan således ses som en del av ett större effektiviseringsarbete.

6.1.3 Vårdgarantin är möjlig att förena med medicinska prioriteringar och behöver inte leda till undanträngning

Vårdgarantin har varit och är ett viktigt inslag i hälso- och sjukvården då den bidragit till att sätta fokus på väntetider och påföljande förbättringsarbete. Genom att stimulera till översyner av arbetsprocesser och rutiner har den varit en viktig drivkraft i vårdens effektiviseringsarbete. Vårdgarantin har också gett en indikation på vad patienter kan förvänta sig i termer av väntetider inom planerad icke-akut sjukvård. Socialstyrelsen (2012) har i tidigare uppföljningar konstaterat att vårdpersonal bedömer att vårdgarantin har gett patienterna ett större inflytande.

Samtidigt har risken för undanträngning, det vill säga att medicinska prioriteringar åsidosätts, diskuterats ända sedan den första vårdgarantin infördes. Vi har gjort en intervjustudie för att öka förståelsen om undanträngning inom specialistvården till följd av vårdgarantin. Vår sammantagna bedömning av resultaten från intervjuerna är att professionerna i stor utsträckning förmår att balansera vårdgarantin och medicinska prioriteringar, även om det finns risk för undanträngning. Vårdgarantin behöver alltså inte innebära undanträngning utan är möjlig att förena med medicinska prioriteringar. Men det finns också exempel som pekar på viss undanträngning. Även om patienter i de flesta fall kallas enligt medicinsk prioritering på väntelistorna, påpekas det i intervjuerna att det i några fall förekommer, eller att det har förekommit, att patienter som står på väntelistorna omprioriteras så att någon som närmar sig vårdgarantins (eller kömiljardens) tidsgräns får vård före någon som har en högre medicinsk prioritet. Intervjusvaren visar också på problematiken kring återbesök och nybesök, vilket är en typ av undanträngning som varit i fokus även i tidigare analyser.

Att klara balansen mellan tidsgränser och medicinska prioriteringar är vårdens ansvar, och att arbeta parallellt med väntetider och medicinska prioriteringar är en viktig ledarskapsfråga. Det är därför betydelsefullt



att kontinuerligt följa hur vårdgarantin förhåller sig till medicinska prioriteringar och att studera var i vårdens kliniska vardag dessa avvägningar görs. Detta är viktigt dels för att bedöma eventuella negativa konsekvenser av vårdgarantin och andra styrmedel, och dels som stöd i verksamheternas eget arbete. Metoderna för att belysa prioriteringen av patienter utifrån medicinska behov, exempelvis möjligheten att följa medicinska mål- och behandlingsdatum, samt andra former av prioriteringsindelningar såsom exempelvis indikationsgrupp, behöver i detta sammanhang förbättras. Ett möjligt utvecklingsområde är att inkludera denna form av mätningar i de nationella kvalitetsregistren eller i patientregistret.

6.1.4 Landstingen ger i många fall otillräcklig information och bristande stöd till patienter som inte får vård inom vårdgarantins gränser

Landstingen har ett omfattande ansvar för att informera patienterna om vårdgarantin. Om landstinget inte kan erbjuda patienten vård inom vårdgarantins tidsgränser ska patienten informeras om detta och erbjudas vård hos annan vårdgivare. Landstingen är då också skyldiga att täcka kostnader som uppstår i samband med att patienter väljer att nyttja denna möjlighet.

Analysen av vårdgivarnas information om vårdgarantin till patienter visar dock på flera brister. Informationen skiljer sig mellan och inom landsting och är i många fall bristande och otillräcklig, vilket riskerar att bidra till ojämlig vård. Allmän information om vårdgarantin finns ofta lättillgänglig, medan anpassad och specifik information är mer ovanligt. För att kunna använda möjligheten till vård på annat ställe, i de fall då vård inte kan erbjudas inom vårdgarantins gränser, krävs ofta att patienten själv tar initiativ och agerar. Att det förekommer brister i informationen har framkommit även i tidigare rapporter, och vi ser alltså inga förbättringar på det här området (även om förbättringar naturligtvis kan ha skett på enskilda ställen eller i enskilda verksamheter).

En passiv informationsgivning som lämnar det upp till patienterna att kontakta vården för att ta del av möjligheten att byta vårdgivare riskerar att försämra förutsättningarna för jämlig vård. Det medför en stor risk för att vissa befolkningsgrupper kommer att vara mer benägna än andra att söka information och själva kontakta vården för att sedermera byta vårdgivare. Risker för ett ojämligt användande av vårdgarantin förstärks också av att den allmänna kunskapen om vårdgarantin är relativt låg, särskilt bland personer med låg inkomst och kort utbildning.

Den information som patienter får varierar dock både mellan och inom landsting och vår analys visar i detta avseende på både goda och mindre goda exempel. Detta innebär att informationen även har konsekvenser för geografisk ojämlikhet och för ojämlikheter mellan olika sjukdomsgrupper inom samma geografiska område.

6.1.5 Vårdgarantin fyller en viktig funktion, men behöver utvecklas och kompletteras för patienter med svårare och flera sjukdomar

Vårdgarantin antar ett brett perspektiv på så vis att den vänder sig till en bred grupp av patienter – alla ska få vård inom de gränser som vårdgarantin anger och gränserna är desamma oavsett diagnos och svårighetsgrad. Tidsgränserna är således inte kopplade till medicinska behov, vilket gör att exempelvis 90 dagars väntan i specialistvården är en alldeles för lång väntan för vissa patienter, men en rimlig väntan ur ett medicinskt perspektiv i andra fall. På så vis kan vårdgarantin främst sägas vara relevant för patienter med relativt sett mindre medicinska behov – patienter med stora medicinska behov behöver vård långt tidigare och för dessa patienter är vårdgarantins tidsgränser inte ett meningsfullt riktmärke.

Vårdgarantins främsta fördelar är således inte att skapa kontinuitet eller förbättra tillgängligheten för svårt eller multisjuka patienter, utan den är snarare till följd av sin breda ansats i första hand en viktig grund för vårdens legitimitet ur ett medborgarperspektiv. De pågående satsningarna på standardiserade vårdförlopp för att korta väntetider och ledder inom cancervården har i detta sammanhang potential att bli ändamålsenliga komplement till den bredare och mer allmänna vårdgarantin. Till skillnad från vårdgarantin är detta en satsning som riktar sig direkt till patienter med större behov (med vissa diagnoser). Det är därför särskilt viktigt att utvärdera resultaten av standardiserade vårdförlopp. Om de visar på goda resultat ser vi att de kan stå som modell för fler kommande vårdområden där vårdgarantin inte är ändamålsenlig. Samtidigt är det viktigt att ha i åtanke att den här typen av riktade satsningar i sig får prioriteringseffekter.

6.2 REKOMMENDATIONER INFÖR DET FORTSATTA ARBETET MED KORTARE VÄNTETIDER I VÅRDEN

Utifrån rapportens resultat och slutsatser lämnar Vårdanalys följande rekommendationer inför det fortsatta arbetet med kortare väntetider i vården.



Rekommendationer till regeringen

- ▶ *Regeringen bör vidta ytterligare och riktade åtgärder där vårdgarantins efterlevnad är särskilt bristfällig*

Enligt väntetidsdatabasen får omkring 90 procent av patienterna vård inom vårdgarantins tidsgränser, men det finns flera verksamheter som har en anmärkningsvärt bristfällig efterlevnad. Vid sidan av ett fortsatt brett förbättringsarbete i landstingen, menar vi att regeringen bör vidta ytterligare åtgärder som särskilt riktar sig till dessa verksamheter och som kan fungera som förändringstryck. Som ett första steg kan det ställas krav på landstingen, exempelvis i de handlingsplaner som landstingen ska lämna in för att ta del av den nya tillgänglighets- och samordningsmiljarden, att särskilt belysa planerna för dessa verksamheter. Vidare skulle stärkt uppföljning och myndighetstillsyn med fokus på verksamheter som släpar efter i förbättringen av väntetider kunna vara ett sätt att öka förändringstrycket.

- ▶ *Regeringen bör se över hur vårdgarantin eller andra styrmedel kan utvecklas för att bredda och fördjupa tillgänglighetsarbetet*

Vårdgarantin antar ett brett perspektiv på så vis att den vänder sig till en bred grupp av patienter – alla ska få vård inom de gränser som vårdgarantin anger och gränserna är desamma oavsett diagnos och svårighetsgrad. Den omfattar dock bara fyra utvalda delar av vårdkedjan.

Vårdgarantin fyller en viktig funktion och har utgjort ett viktigt förändringstryck i vården. Men det är också viktigt att inte låta det fortsatta tillgänglighetsarbetet stagnera och enbart kretsa kring vårdgarantin i sin nuvarande utformning. Det fortsatta tillgänglighetsarbetet behöver även inkludera fler delar av vårdkedjan, omfatta samordnings- och kontinuitetsaspekter samt kompletteras med insatser för patienter med större och komplexa behov. Regeringen bör därför se över hur vårdgarantin kan fortsätta att utvecklas, eller hur andra kompletterande styrformer kan införas, för att fungera som förändringstryck i förbättringsarbetet framöver.

- ▶ *Regeringen bör i samverkan med landstingen utveckla en nationell standard för information kring vårdgarantin*

Informationen om vårdgarantin till patienter är bristfällig och otillräckligt anpassad till patientens situation och förutsättningar. Informationen varierar dessutom både inom och mellan landsting. Dessa brister främjar

inte jämlikhet, varken mellan befolkningsgrupper eller mellan geografiska områden.

Information är viktigt för patienten. Korrekt och ändamålsenlig information kan dessutom fungera som ett verktyg för att förbättra patientens möjlighet att koordinera och vara delaktig i sin vård. För att alla patienter ska ha möjlighet att använda sig av informationen är det av stor betydelse att den är lättillgänglig och anpassad efter patientens förutsättningar. En väl utformad individanpassad information kan således bidra till ökad jämlikhet.

Landstingen har ett stort och tydligt ansvar för att informera patienterna om vårdgarantin och att hjälpa dem att byta vårdgivare i de fall då tidsgränserna inte kan hållas. Att det finns brister i informationsgivningen är inget nytt fenomen utan är något som har påtalats även i tidigare uppföljningar. Trots detta kan inga särskilda förbättringar ses på övergripande nivå. Vi ser därför ett behov av att utveckla en nationell standard för information om vårdgarantin.

► *Regeringen bör säkerställa fortsatt uppföljning av väntetider och vårdgarantins uppfyllselse*

Väntetider är en angelägen fråga. Vi finner att det är viktigt att återkommande göra genomlysningar av det slag som Socialstyrelsen tidigare har gjort, och som utgör en del av den här rapporten, för att följa utvecklingen och uppmärksamma landstingens arbete med väntetider. Återkommande uppföljning av väntetider och vårdgarantins uppfyllselse kan bidra till fortsatt fokus på detta viktiga förbättringsarbete. Vi ser det därför som angeläget att regeringen säkerställer fortsatt regelbunden uppföljning av väntetider och av vårdgarantins infriande. Uppföljningen kan med fördel kompletteras med fördjupade analyser inom något utvalt angeläget område.

► *Regeringen bör säkerställa att ändamålsenlig väntetidsstatistik finns tillgänglig*

Att kunna följa väntetider i vården är viktigt, och utvecklandet av den väntetidsdatabas som SKL administrerar har varit en förutsättning för att kunna följa upp hur väl vårdgarantins tidsgränser hålls. Informationen i väntetidsdatabasen har även utgjort grund för landstingens egen verksamhetsutveckling. Databasen uppdateras snabbt; redan efter en dryg månad kan man se föregående månads resultat. Detta är en viktig aspekt för att skaffa sig en uppdaterad bild av väntetiderna och vårdgarantin,



och det är i princip en förutsättning för att sjukvården själva ska kunna använda sig av informationen för verksamhetsutveckling och -uppföljning. Väntetidsdatabasen är dessutom uppbyggd så att landstingen kontinuerligt har tillgång till information om både sin egen och andras verksamheter.

Men innehållet i databasen behöver förbättras. Även om väntetidsdatabasen i dagsläget är den mest heltäckande källan för att följa upp vårdgarantin, har den flera brister som gör det svårt att göra fördjupade analyser och att bedöma kvaliteten på uppföljningen. Ur ett patientperspektiv är det exempelvis särskilt värdefullt att kunna se till väntetider (det vill säga antal väntedagar) i stället för hur stor andel av patienterna som fått vård inom ett visst tidsintervall; väntetiden ger en bättre bild av vad patienten kan förvänta sig vad gäller väntan.

Det är dock viktigt att förändringar sker strukturerat och är väl genomtänka så att information från tidigare år inte går förlorad och på så vis minskar möjligheterna till att följa utvecklingen av väntetider över tid. De områden vi anser behöver utvecklas listas nedan, och beskrivs mer i rutan på nästa sida.

- Metoden för uppföljning av vårdgarantin i primärvården behöver förbättras.
- Täckningsgraden behöver klargöras.
- Kravet på privata vårdgivare att rapportera bör stärkas.
- Utvecklingen mot att samla in detaljerad data bör fortsätta, utvidgas och påskyndas.
- Väntetidsdatabasen bör kompletteras med uppgifter om hemlandsting.
- Väntetidsdatabasen bör kompletteras med uppgifter om huvuddiagnos.
- Väntetidsdatabasen bör utvecklas i en riktning som möjliggör sammankoppling med patientregistret.

Väntetidsdatabasen är i nuläget den centrala källan till uppföljning av vårdgarantin, och punkterna ovan handlar om att utveckla databasen ytterligare för att förbättra kunskapen om väntetider. Bland förbättringspunkterna finns möjligheten att sammankoppla uppgifterna med patientregistret. Vi menar också att regeringen bör säkerställa fortsatt inrapportering av väntetider och säkerställa att väntetidsstatistik blir en del av den permanenta och formella datainfrastrukturen för hälso- och sjukvården.

Socialstyrelsen arbetar sedan en tid tillbaka med en modell för att mäta och följa upp väntetider i patientregistret (se exempelvis Socialstyrelsen 2013b). Detta är ett viktigt och intressant projekt som har potential

att väsentligt utöka möjligheterna till mer omfattande analyser av väntetider än vad som är möjligt i dagsläget. Det möjliggör exempelvis kopplingar till andra registerdata, vilket gör att väntetider kan länkas till bakgrundsfaktorer som utbildning, inkomst och födelse land, men också till medicinska utfall. Socialstyrelsens modell innehåller dessutom flera mätpunkter, vilket är viktigt för att få en mer heltäckande bild av väntetiderna och för att stärka patientperspektivet i uppföljningen.

Att praktiskt införa väntetiderna i patientregistret verkar dock ligga flera år framåt i tiden, och vi menar därför att väntetidsdatabasen också behöver fortsätta att utvecklas även inom de ramar som råder idag.

Väntetidsdatabasen behöver utvecklas på flera punkter

Metoden för uppföljning av vårdgarantin i primärvården behöver förbättras

Uppföljningen av vårdgarantins två hållpunkter i primärvården sker under begränsade tidsperioder två gånger om året. När uppföljningen ska ske är dessutom givet på förhand, vilket innebär en uppenbar risk för att verksamheterna har högre tillgänglighet under just de perioder då mätningarna görs. Denna mätmetod har använts länge, och de nämnda problemen är både uppenbara och välkända. För att öka tillförlitligheten i uppföljningen av vårdgarantin i primärvården är det därför väsentligt att utveckla denna mätmetod till en mer kontinuerlig uppföljning.

Täckningsgraden behöver klargöras

I dagsläget är det oklart hur stor del av hälso- och sjukvården som finns representerad i väntetidsdatabasen, vilket gör det svårt att bedöma validiteten och generaliserbarheten i de resultat som baseras på den. Det saknas information både om hur stor andel av Sveriges vårdenheter som rapporterar till databasen och hur stor andel av specialistvårdens vårdutbud som ingår. SKL menar att privata aktörer rapporterar ifall det ingår i avtalet med landstinget att de ska göra det, men det finns ingen uppfattning om i vilken utsträckning sådana krav finns med i avtalen.

Vad gäller vårdutbud har detta utvidgats över tid. I nuläget rapporteras 26 områden för besök och 77 olika operationer. Det saknas dock information om hur många fler områden och operationer det finns som inte inkluderas, och hur väl landstingen rapporterar på de områden som ingår. Vad gäller behandlingar och åtgärder innehåller databasen dessutom i princip endast kirurgiska ingrepp, medan andra behandlingar utesluts, trots att vårdgarantin gäller även för dessa. Det vore värdefullt med en mer heltäckande bild av vilka behandlingar som finns, och vilka som följs upp i väntetidsdatabasen. Sådan information skulle öka möjligheterna till bedömning av resultatens validitet.

Kravet på privata vårdgivare att rapportera bör stärkas

Som framgår av punkten ovan finns det inget generellt krav på att privata aktörer ska rapportera till väntetidsdatabasen, utan det beror på hur avtalet med landstinget ser ut. Då privata vårdgivare är ett betydande inslag i svensk hälso- och sjukvård är det viktigt och rimligt att den privat utförda vården går att följa upp på samma sätt som offentligt utförd vård. Kravet på privata vårdgivare att rapportera behöver därför stärkas, och inte enbart vara betingat på enskilda avtal.

Fortsättning på nästa sida >>>



Utvecklingen mot att samla in detaljerad data bör fortsätta, utvidgas och påskyndas

Sedan 2012 har så kallad detaljerad data börjat rapporteras in till väntetidsdatabasen. Utvecklingen har skett succesivt vad gäller vilka landsting, enheter och kliniker som rapporterar. I december 2014 var det 15 landsting som rapporterade åtminstone på något område.

Initiativet att samla in detaljerad data är bra då dessa data har flera fördelar för uppföljningen. Exempelvis ingår antalet väntedagar här, vilket ger mer information om hur väntetidssituationen ser ut jämfört med att enbart veta om patienten väntat inom vissa tidsintervall. Med information om antal väntedagar går det att följa både hela fördelningen av väntetidagar, men samtidigt beräkna andelen inom olika intervall. Med detaljerad data går det dessutom att följa upp väntetiderna för män och kvinnor separat och för patienter i olika åldrar. Vi menar att den här typen av detaljerad data bör vara den främsta grunden till uppföljning inom en snar framtid.

Väntetidsdatabasen bör kompletteras med uppgifter om hemlandsting

Väntetidsdatabasen har ett produktionsperspektiv; informationen utgår från vad varje landsting rapporterar, men förtäljer inte vilka patienter som har vårdats (dvs. vilket hemlandsting de tillhör). Patienter rör sig dock över landstingsgränser och det är inte ovanligt att patienter vårdas i ett annat landsting än sitt egna. Landstingen ansvarar för vården för de som bor i landstinget, men med väntetidsdatabasens produktionsperspektiv går det inte att följa upp hur väl landstingen tillhandahåller vård till sina medborgare, antingen via egen produktion eller genom att köpa vård från andra landsting. Information om hemlandsting skulle möjliggöra fördjupade analyser och därmed ökad förståelse för dessa och flera andra relevanta frågor. Insamling av detaljerad data av den typ som beskrivs i punkten ovan är en lämplig utveckling även för att möjliggöra den här typen av analyser.

Väntetidsdatabasen bör kompletteras med uppgifter om huvuddiagnos

I väntetidsdatabasen saknas information om patienternas huvuddiagnos. Det innebär att det är svårt att uttala sig om väntetiden och uppfyllelsen av vårdgarantin för olika patientgrupper. Exempelvis går det utifrån väntetidsdatabasen inte att uttala sig om hur det ser ut med väntetiderna till operation för cancerpatienter då dessa patienter återfinns på en rad olika kliniker och tillsammans med andra patientgrupper. Detta är ett ytterligare exempel på hur väntetidsdatabasen antar ett produktionsperspektiv snarare än ett patientperspektiv. Insamling av detaljerad data av den typ som beskrivs i punkten ovan är en lämplig utveckling även för att möjliggöra den här typen av analyser.

Väntetidsdatabasen bör utvecklas i en riktning som möjliggör sammankoppling med patientregistret

I dagsläget går det inte att koppla informationen som finns i väntetidsdatabasen till information från andra centrala källor inom hälso- och sjukvårdsområdet, inte minst patientregistret. Väntetidsdatabasen och patientregistret använder olika vårdområden och enhetskoder, vilket gör att det inte går att koppla väntetiderna till exempelvis information om det totala anatalet besök som genomförts på en viss klinik. En sådan möjlighet vore dock värdefullt för fördjupade och bredare analyser om exempelvis hur förändringar i kön beror på ökad eller minskad produktion, men också för att möjliggöra analys av väntetider och medicinska utfall.

Rekommendationer till landstingen

- ▶ *Landstingen behöver fortsätta och påskynda arbetet med att hitta nya och effektivare arbetsätt, särskilt vad gäller läkarnas tidsanvändning*

Vi drar slutsatsen att förändrade arbetsätt och bättre utnyttjande av tillgängliga resurser är en viktig faktor i arbetet med att korta väntetider, och menar att stora förbättringar kan göras inom rådande strukturer och ramar. Detta är en slutsats som även lyfts fram i andra sammanhang, och flera av de resultat som framkommer i vår analys är sedan tidigare kända. Arbetet med att korta väntetider är därför en del av ett mer generellt effektiviserings- och produktivetsfrämjande arbete som tjänar flera syften i sjukvården. Det finns sannolikt inte ett enskilt recept på hur dessa förändringar ska se ut, utan detta behöver utvecklas i varje verksamhet.

Arbetet måste också ske på flera nivåer, från landstingsledningsnivå, där det exempelvis kan handla om personalförsörjningsstrategier, till verksamhetsnära nivå, där det exempelvis kan handla om att utveckla arbetet med väntelistor, att hitta nya rutiner och omfördela arbetsuppgifter. Förändringar har gjorts på många håll, men det går över lag sakta framåt. Landstingen behöver fortsätta och påskynda detta arbete.

- ▶ *Landstingen behöver hitta sätt att säkerställa tillgången till personal, både säsongsmässigt och på längre sikt*

Vår analys pekar på att personalbrist i olika led är ett hinder i arbetet med väntetider. På vissa håll saknas det generellt personal och därtill är väntetiderna betydligt längre vissa delar av året till följd av personalens frånvaro.

Patienter som får vård i augusti, september och oktober (det vill säga efter sommarledigheterna) har oftare väntat mer än 90 dagar. Ett liknande, men mindre omfattande, mönster ses för patienter som får vård i januari och februari, det vill säga efter jul- och nyårshelgerna. Patienter bör kunna förvänta sig vård inom vårdgarantins gränser oavsett årstid. I den mån som patienterna inte själva aktivt väljer att avstå från vård under sommar och jul bör landstingen hitta sätt att säkerställa tillgången på personal även under dessa delar av året. Verksamheten bör i större utsträckning planeras efter patienternas vårdbehov.

Landstingen behöver också hitta sätt att säkerställa tillgången på personal på längre sikt så att det skapas förutsättningar att planera verksamheten och klara vårdgarantins tidsgränser.



► *Landstingen bör i ökad utsträckning genomföra medicinska revisioner kring eventuell förekomst av undanträngningseffekter*

Medicinska behov ska ligga till grund för all prioritering i hälso- och sjukvården och vård ska ges efter behov. Undanträngning är tätt knutet till detta då det innebär att de medicinska bedömningarna åsidosätts i prioriteringarna. Därför går det inte att diskutera undanträngning utan att beröra hur de medicinska behoven ser ut för patienterna.

Landstingen följer väntetider och vårdgaranti väl och har byggt upp en organisation kring arbetet med väntelistor. Information rapporteras till väntetidsdatabasen och verksamheterna följer också sin egen kösituation noggrant. Detta är en bra och positiv utveckling. Men eftersom det också finns en omfattande uppfattning bland verksamma i vården att vårdgarantin leder till undanträngning, anser vi att landstingen i större utsträckning även borde genomföra medicinska revisioner, i sin tur genomförda av professionerna (som peer review-processer). Sådana revisioner skulle vara viktiga komplement till olika former av administrativa uppföljningar, men också vara ett viktigt stöd i den egna verksamheten. De syftar samfällt till att sätta ljuset på medicinska prioriteringar, ge stöd i den egna verksamheten och granska hur prioriteringar görs.

Referenser

- Askildsen, J. E., Holmås, T.H., Kaarboe, O.M. (2013). Norway. I Siciliani, L., Borowitz, M., Moran, V. (red.): *Waiting Time Policies in the Health Sector: What Works?* OECD Health Policy Studies. OECD Publishing.
- Fredriksson, M., Tianen, A., Hanning, M. (2014). Regional media coverage influences the public's negative attitudes to policy implementation success in Sweden. *Health Expectations*. Artikel tillgänglig online innan tryck: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/hex.12247/abstract> [2015-06-08].
- Hanning, M., Åhs, A., Winblad, U., Lundström, M. (2012). Impact of increased patient choice of providers in Sweden: cataract surgery. *Journal of Health Services Research & Policy*, vol. 17 nr 2 s. 101–105.
- Kjellsson, G., Clarke, P., Gerdtham, U-G. (2014). Forgetting to remember or remembering to forget: A study of the recall period length in health care survey questions. *Journal of Health Economics*, vol. 35 s. 34–46.
- Landstingsrevisorerna Stockholms läns landsting (2012). *Vårdgaranti och vårdval – Hur följs effekter för patienter med störst behov?* Projektrapport nr 10/2012. Stockholm: Stockholms läns landsting.
- Levesque, J. F., Harris, M.F., Russell, G. (2013). Patient-centered access to health care: conceptualizing access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, 12:18.
- Neuroförbundet (2014). *Neurorapporten 2014*. Stockholm: Neuroförbundet.
- Prop. 1981/82:97 *Om hälso- och sjukvårdslag, m.m.*
- Prop. 1996/97:60 *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården*.
- Prop. 2009/10:67 *Stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontakt och förnyad medicinsk bedömning*.
- Prop. 2013/14:106 *Patientlag*.

- Regeringskansliet och SKL (2009). *Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om en nationell satsning för en fungerande vårdgaranti*.
- Regeringskansliet och SKL (2013). *Godkännande av en överenskommelse om fortsatta insatser för att förbättra patienters tillgänglighet till hälso- och sjukvård 2014 (kömiljarden)*. (dnr. S2013/8788/FS).
- Regeringskansliet och SKL (2015). *Tillgänglighet och samordning för en mer patientcentrerad vård - insatser inom hälso- och sjukvården. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2015*.
- Siciliani, L. (2008). A note on the dynamic interaction between waiting times and waiting lists. *Health Economics*, vol. 17 s. 639–647.
- Siciliani, L., Borowitz, M., Moran, V. (red.) (2013). *Waiting Time Policies in the Health Sector: What Works?* OECD Health Policy Studies. OECD Publishing.
- Siciliani, L., Iversen, T. (2012). Waiting times and waiting lists. Kapitel 24 i A. M. Jones, (red.): *The Elgar Companion to Health Economics, Second Edition*. Cheltenham: Edward Elgar Publishing.
- SKL – Sveriges kommuner och landsting (2015a). *Vad mäts och visas på webbplatsen – primärvård*. Tillgänglig: www.vantetider.se [2015-05-18].
- SKL – Sveriges Kommuner och landsting (2015b). *Nationell patientenkät*. Tillgänglig: npl.skl.se [2015-06-01].
- Socialstyrelsen (2011). *Uppföljning av den nationella vårdgarantin och ”kömiljarden” – Årsrapport 2011*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2012). *Vårdgaranti och kömiljard – uppföljning 2009–2011*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2013a). *Vårdgaranti och kömiljard – uppföljning 2012*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2013b). *Patientens väg genom vården. System för uppföljning av väntetider i vården. Rapport december 2013*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2014). *Vårdgaranti och kömiljard – uppföljning 2013*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOU – Statens offentliga utredningar (S 2013:14). *Diskussions-PM från utredningen En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården (S 2013:14)*.
- Svensk ortopedisk förening (2015). *Varför ortopedi*. Tillgänglig: www.ortopedi.se/index1.asp?siteid=1&pageid=12 [2015-06-01].

- Vårdanalys – Myndigheten för vårdanalys (2013). *Ur led är tiden – fyra utvecklingsområden för en mer effektiv användning av läkares tid och kompetens* (rapport 2013:9). Stockholm: Vårdanalys.
- Vårdanalys – Myndigheten för vårdanalys (2014a). *Låt den rätte komma in – hur har tillgängligheten påverkats av vårddvalet, apoteksomregleringen samt vårdgarantin och Kömiljarden?* (rapport 2014:3). Stockholm: Vårdanalys.
- Vårdanalys – Myndigheten för vårdanalys (2014b). *Vården ur patienternas perspektiv – jämförelser mellan Sverige och 10 andra länder* (rapport 2014:11). Stockholm: Vårdanalys.
- Vårdanalys – Myndigheten för vårdanalys (2014c). *En mer jämlik vård är möjlig. Analys av omotiverade skillnader i vård, behandling och bemötande* (rapport 2014:7). Stockholm: Vårdanalys.
- Vårdanalys – Myndigheten för vårdanalys (2015). *Patientlagen i praktiken – en baslinjemätning* (rapport 2015:1). Stockholm: Vårdanalys.
- Winblad, U., Andersson, C. (2010). *Kåren och köerna. En ESO-rapport om den medicinska professionens roll i styrningen av svensk hälso- och sjukvård.*
- Wooldridge, J. M. (2003). *Introductory econometrics: A modern approach, 2e.* Mason, Ohio: South-Western.

BILAGA 1 - INFRIANDE AV VÅRDGARANTIN PÅ LANDSTINGSNIVÅ 2012-2014

Tabell 9. Vårdgarantins uppfyllelse telefontillgänglighet primärvården, per landsting.

Landsting	2012	2013	2014
Blekinge	86,4%	87,6%	83,4%
Dalarna	84,9%	90,3%	90,9%
Gotland	75,7%	86,1%	85,1%
Gävleborg	88,9%	92,1%	93,9%
Halland	94,9%	92,2%	91,8%
Jämtland	75,1%	78,5%	76,1%
Jönköping	99,4%	99,6%	100,0%
Kalmar	98,8%	99,0%	97,6%
Kronoberg	99,2%	98,8%	96,8%
Norrbottnen	94,6%	92,3%	90,9%
Skåne	74,0%	80,9%	81,7%
Sörmland	97,0%	94,2%	87,0%
Uppsala	89,3%	94,6%	92,7%
Värmland	85,0%	80,3%	73,5%
Västerbotten	84,9%	85,8%	83,4%
Västernorrland	94,9%	94,7%	92,4%
Västmanland	88,6%	95,5%	93,7%
Västra Götaland	97,9%	97,4%	92,4%
Örebro	80,2%	90,5%	90,1%
Östergötland	91,3%	89,4%	92,0%

Källa: Väntetidsdatabasen.

Tabell 10. Vårdgarantins uppfyllelse till läkarbesök i primärvården 2012-2014, per landsting och kön.

Landsting	2012		2013		2014	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
Blekinge	94,6%	94,8%	94,2%	95,1%	94,6%	94,3%
Dalarna	81,7%	82,2%	80,9%	82,5%	79,1%	81,8%
Gotland	95,9%	95,2%	95,3%	95,1%	90,7%	90,2%
Gävleborg	84,9%	85,6%	83,6%	84,7%	90,9%	92,1%
Halland	97,1%	97,2%	97,4%	97,7%	90,1%	90,7%
Jämtland	88,8%	91,2%	90,8%	92,2%	88,6%	89,9%
Jönköping	94,8%	95,2%	94,5%	95,3%	92,8%	92,7%
Kalmar	93,7%	94,3%	95,9%	96,2%	96,4%	96,6%
Kronoberg	95,0%	95,9%	95,2%	94,7%	91,2%	92,7%
Norrbottn	89,6%	89,8%	90,8%	90,5%	91,1%	91,6%
Skåne	90,0%	90,4%	92,4%	92,6%	91,3%	91,2%
Stockholm	94,6%	95,1%	94,5%	95,1%	93,3%	94,1%
Sörmland	93,7%	93,6%	92,8%	92,9%	91,8%	92,1%
Uppsala	91,0%	91,1%	92,1%	92,4%	88,8%	89,7%
Värmland	95,0%	96,0%	94,7%	96,0%	91,9%	92,2%
Västerbotten	90,6%	90,9%	90,3%	91,0%	89,2%	90,3%
Västernorrland	97,4%	97,8%	96,2%	95,5%	86,9%	87,6%
Västmanland	86,6%	88,0%	88,2%	88,3%	89,5%	89,9%
Västra Götaland	95,3%	96,0%	94,4%	95,2%	93,1%	93,9%
Örebro	87,0%	89,0%	86,7%	89,0%	84,9%	86,9%
Östergötland	95,0%	95,5%	93,3%	93,9%	93,6%	93,7%

Källa: Väntetidsdatabasen.

Tabell 11. Vårdgarantins uppfyllelse till nybesök hos specialist och operation 2012-2014, per landsting.

Landsting	Nybesök hos specialist			Operation		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014
Blekinge	87,5%	92,3%	90,3%	72,2%	92,8%	95,7%
Dalarna	78,2%	79,8%	81,8%	65,0%	79,4%	83,2%
Gotland	96,6%	98,1%	98,2%	95,9%	98,2%	97,6%
Gävleborg	87,5%	91,4%	89,4%	89,0%	88,8%	85,7%
Halland	97,0%	96,3%	96,3%	97,1%	95,9%	95,4%
Jämtland	84,3%	83,2%	81,3%	68,3%	75,5%	77,1%
Jönköping	93,2%	94,9%	94,5%	88,2%	93,0%	90,0%
Kalmar	93,4%	95,9%	95,1%	88,5%	94,8%	95,4%
Kronoberg	94,0%	89,8%	89,6%	82,7%	88,9%	89,8%
Norrbottnen	92,1%	90,5%	85,2%	90,0%	90,6%	90,0%
Skåne	89,8%	89,1%	88,5%	88,5%	88,8%	88,6%
Stockholm	95,6%	96,0%	95,3%	86,2%	90,8%	91,9%
Sörmland	82,2%	84,8%	89,8%	69,1%	76,6%	89,1%
Uppsala	82,2%	76,1%	82,1%	71,9%	77,5%	86,0%
Värmland	84,6%	79,1%	80,8%	86,4%	84,1%	84,6%
Västerbotten	88,2%	88,5%	85,3%	76,1%	80,8%	77,1%
Västernorrland	87,2%	86,6%	81,6%	84,2%	85,1%	80,9%
Västmanland	85,6%	92,0%	87,6%	68,5%	90,3%	87,6%
Västra Götaland	94,4%	91,1%	87,5%	94,4%	92,3%	89,3%
Örebro	88,6%	90,4%	86,8%	75,9%	79,3%	75,0%
Östergötland	95,1%	94,6%	94,2%	87,2%	92,3%	92,4%

Källa: Väntetidsdatabasen.

BILAGA 2 - PATIENTRÖRLIGHET

Tabell 12. Patientrörlighet. Planerad öppen och sluten specialistvård 2013.

Landsting	Öppenvård		Slutenvård	
	Andel av producerad vård som konsumeras av patienter från egna landstinget	Andel av konsumerad vård som produceras av hemlandstinget	Andel av producerad vård som konsumeras av patienter från egna landstinget	Andel av konsumerad vård som produceras av hemlandstinget
	1	2	3	4
Blekinge	100%	100%	84%	96%
Dalarna	100%	99%	100%	87%
Gotland	100%	99%	100%	91%
Gävleborg	100%	100%	99%	92%
Halland	86%	98%	62%	84%
Jämtland	100%	100%	100%	88%
Jönköping	100%	100%	100%	79%
Kalmar	100%	99%	97%	91%
Kronoberg	100%	100%	98%	69%
Norrbottn	100%	100%	100%	89%
Skåne	99%	99%	99%	100%
Stockholm	100%	100%	99%	99%
Sörmland	100%	99%	72%	76%
Uppsala	97%	100%	75%	98%
Värmland	100%	99%	98%	78%
Västerbotten	99%	100%	79%	99%
Västernorrland	100%	99%	100%	76%
Västmanland	100%	100%	100%	84%
Västra Götaland	100%	99%	99%	96%
Örebro	100%	100%	88%	97%
Östergötland	99%	100%	88%	100%

Källa: Patientregistret.

Tabell 12 redovisar patientströmmar mellan landsting för planerad öppen respektive slutna specialistvård. I kolumn 1 och 3 presenteras andelen av den vård ett visst landsting producerar som konsumeras av patienter som är bosatta i det egna landstinget. Kolumn 2 och 4 visar i stället andelen av den totala konsumerade vården av invånarna i ett visst landsting som produceras av hemlandstinget. Beräkningarna är baserade på data från Socialstyrelsens patientregister och avser landstingens producerade DRG-poäng under 2013.

Exempel: För Uppsala visar tabellen att 97 procent av den öppna specialiserade vården som landstinget i Uppsala län producerar, konsumeras av patienter som är bosatta i landstinget (kolumn 1). 100 procent av den öppna specialiserade vården som patienter i Uppsala läns landsting konsumerar, produceras av hemlandstinget (kolumn 2). För slutenvården konsumeras 75 procent av den vård som produceras av landstinget av patienter från landstinget i Uppsala län. 98 procent av den slutenvård som patienter från Uppsala län konsumerar, produceras av det egna landstinget.

BILAGA 3 - LANDSTING SOM RAPPORTERAR IN DETALJERAD DATA TILL VÄNTETIDSDATABASEN

Tabell 13. De femton landsting som rapporterar in detaljerad data från specialistvården till väntetidsdatabasen, 2014.

Landsting	
Jämtlands läns landsting	Norrbottnens läns landsting
Landstinget Dalarna	Region Gotland
Landstinget Sörmland	Region Halland
Landstinget Västernorrland	Stockholm läns landsting
Landstinget Västmanland	Västerbottens läns landsting
Landstinget i Gävleborg	Västra Götalandsregionen
Landstinget i Uppsala län	Örebro läns landsting*
Landstinget i Värmland	

* Örebro rapporterar detaljerad data för besök men inte för operationer.

BILAGA 4 – KVANTITATIV ANALYS AV FÖRKLARINGAR TILL SKILLNADER I VÅRDGARANTINS UPPFYLLELSE

I den här bilagan presenteras den kvantitativa analysen av förklaringar till skillnader i uppfyllselse av vårdgarantin som presenteras i kapitel 3. I jämförelse med innehållet i kapitel 3 beskrivs här på ett mer ingående sätt datamaterial, metod och resultat.

Inledning

Det är ingen nyhet att väntetider och uppfyllelsen av vårdgarantin skiljer sig mellan landsting. Syftet med den här analysen är att undersöka vad skillnaderna kan bero på. För att göra det använder vi ett kvantitativt angreppssätt och undersöker om det finns något samband mellan variabler som kan tänkas påverka hur väl vårdgarantin följs för besök och operation i den specialiserade vården. Mer specifikt använder vi paneldata på landstingsnivå för åren 2010–2012 i en multivariat regressionsanalys. Paneldata möjliggör så kallade ”fixed-effects”-modeller som tar hänsyn till och kontrollerar för landstingsspecifika faktorer som inte förändras över tid. Att vi samlat in ett relativt stort datamaterial och kan använda paneldatametoder gör att mer djupgående analys kan göras kring den här frågeställningen än vad som tidigare har gjorts.

Teori – vad påverkar väntetider?

Att inte alla patienter får vård inom vårdgarantins tidsgränser beror i grunden på att inte tillräckligt många besök eller operationer erbjuds i förhållande till hur många patienter som behöver vård, det vill säga att inflödet är större än utflödet av patienter. En analys av förklaringar till skillnader i hur väl vårdgarantins gränser hålls bör därför inkludera faktorer som påverkar både inflödet och utflödet av patienter.

Inflödet av patienter beror bland annat på efterfrågan på vård, exempelvis på befolkningens hälsotillstånd och befolkningsstrukturen (Siciliani m.fl. 2013); vissa grupper i befolkningen, exempelvis äldre, är i behov av mer vård än andra. Över tid kan efterfrågan också bero på teknisk utveckling och högre förväntningar på vad som erbjuds (Siciliani m.fl. 2013); med teknisk utveckling möjliggörs nya behandlingar som patienter, liksom vårdpersonal, vill och kan använda. Indikationsgränser, det vill säga var gränsen går för att primärvården ska skicka en remiss till specialistvården eller för att specialistvården ska bedöma att patienten bör komma, kan också påverka inflödet genom att begränsa i vilka fall en patient har rätt att få vård (Siciliani m.fl. 2013). Inflödet av patienter till en viss klinik, ett visst sjukhus eller i ett landsting kan också bero på huruvida det kommer patienter från andra landsting eller på huruvida patienter får vård i andra landsting eller av utomstående privata aktörer.

Vad gäller utflödet handlar det om hur mycket som produceras, det vill säga exempelvis hur många besök eller operationer som genomförs. Detta kan i sin tur bero på både ekonomiska, personella och materiella resurser, det vill säga hur mycket pengar som läggs på vården totalt sett, men också exempelvis antalet läkare, annan vårdpersonal och vårdplatser (Siciliani m.fl. 2013). Vid sidan av dessa resurser, beror dock utflödet också på produktiviteten, det vill säga hur väl resurserna används (Siciliani m.fl. 2013). Även struktur och organisation kan påverka utflödet, till viss del via produktiviteten. Exempelvis kan utflödet påverkas av huruvida det finns stor akutverksamhet som konkurrerar med den planerade vården, och huruvida det är ett universitetssjukhus där det också sker många aktiviteter vid sidan av den planerade vården.

För att undersöka vad som förklarar skillnader i vårdgarantins uppfyllelse har vi samlat in data för ett antal variabler som kan förväntas påverka inflödet av utflödet av patienter. Dessa variabler presenteras närmare i nästa avsnitt.

Datamaterial

Tabell 14 listar de variabler som ingår i analysen. Materialet är på landstingsnivå och data från 2010, 2011 och 2012 används. Tabellen sammanställer medeltal, standardavvikelse samt minsta och största värde för samtliga variabler under perioden 2010–2012 i de 20 landsting som ingår i analysen. För år därefter saknas information om flera av variablerna, varför analysen inte kan göras på senare data. Gotland har exkluderats eftersom det saknas data på deras köp och försäljning av vård till och från andra landsting.

Utfallsvariabler

Två utfallsvariabler har analyserats; andelen av patienterna som står på väntelistan till besök respektive operation i den specialiserade vården som väntat kortare tid än vårdgarantins tidsgräns på 90 dagar. Informationen kommer från SKL:s väntetidsdatabas (se kapitel 2 för en närmare beskrivning av databasen). Att antalet *väntande* patienter används i stället för antalet *genomförda* besök eller operationer beror på att datakvaliteten gällande genomförande inte är tillfredställande före år 2012.

Ingen hänsyn har i framtagandet av andelarna tagits till om patienterna själva valt att vänta längre än 90 dagar eller inte, utan alla som väntar räknas med. Däremot ingår inte patienter som av medicinska orsaker väntar längre än 90 dagar.

Medelvärde för vårdgarantins uppfyllelse till specialistbesök var 86,0 procent under de tre år och i de 20 landsting som ingår i analysen, medan motsvarande siffra för operationer var 80,9 procent. Inom både besök och operationer finns det stor variation mellan landstinget med högst respektive lägst uppfyllelse. För specialistbesök varierade uppfyllelsen mellan 68 och 96 procent, och för operation mellan 59 och 96 procent.

Utfallsvariablerna mäter hur väl ett visst landsting klarar vårdgarantins tidsgränser för de patienter som vårdas i landstinget, oavsett patienternas hemlandsting. På så vis antar dessa variabler ett produktionsperspektiv. I valet av förklaringsvariabler har vi i möjligaste mån försökt att ta hänsyn till detta, och sökt variabler som också antar ett *produktionsperspektiv*.

Variabler som mäter inflöde till vården

I analysen används tre variabler som avser att spegla befolkningens struktur och vårdbehov: Andel vuxna som skattar sin hälsa som bra, andel vårdtunga och standardkostnad. Statistiken om självskattad hälsa är hämtad från Folkhälsomyndigheten, medan de två andra variablerna är komponenter som ingår i beräkningarna som ligger till grund för det kommunalekonomiska utjämningsystemet.

Om en större andel av befolkningen anger att deras hälsotillstånd är gott, är det möjligt att behovet av vård är mindre, vilket därmed, allt annat lika, innebär ett mindre inflöde av patienter och en högre uppfyllelse av vårdgarantin. Frågan om självskattat hälsotillstånd ställs i den nationella enkäten "Hälsa på lika villkor" och i variabeln ingår de som svarat att deras hälsotillstånd är "bra" eller "mycket bra".

Andelen vårdtunga är en uppskattning av andelen i befolkningen i ett visst landsting som är extra kostsamma för hälso- och sjukvården. Uppskattningen

Tabell 14. Deskriptiv statistik för de variabler som ingår i analysen.

Variabel	Medel-värde	Standard-avvikelse	Minsta värde	Största värde	Källa
Utfallsvariabler					
Vårdgarantins uppfyllelse besök (%)	86,0	5,7	67,7	95,7	SKL:s väntetidsdatabas
Vårdgarantins uppfyllelse operation (%)	80,9	8,1	58,7	95,8	SKL:s väntetidsdatabas
Inflöde och efterfrågan på vård					
Andel vuxna som uppger bra självskattad hälsa (%)	71,3	2,4	66,0	78,0	Folkhälsomyndigheten, data hämtad via kolada.se
Andel vårdtunga (%)	5,6	0,4	4,9	6,5	SCB (kommunalekonomiska utjämningsystemet)
Strukturjusterad standardkostnad per invånare (1000-tals kr)	19,3	0,5	18,3	20,2	SCB (kommunalekonomiska utjämningsystemet)
Köp och försäljning av vård					
Försäljning av specialiserad somatisk vård som andel av nettokostnaden för specialiserad somatisk vård (%)	6,4	9,2	0,8	38,7	SCB
Köp av specialiserad somatisk vård som andel av nettokostnaden för specialiserad somatisk vård (%)	9,4	5,0	1,4	17,9	SCB
Köp av privat specialiserad somatisk vård som andel av nettokostnaden för specialiserad somatisk vård (%)	3,4	3,5	0,2	16,2	SCB
Resurser					
Korrigerad nettokostnad för specialiserad somatisk vård per invånare (1000-tals kr)	13,5	0,7	11,9	14,8	SCB
Läkare (exkl allmänläkare) per 100 000 invånare – årsarbetarekivalent (antal)	259,7	52,6	183,2	409,7	Socialstyrelsen och SKL
Disponibla vårdplatser i specialiserad somatisk vård per 1000 invånare (antal)	2,3	0,3	1,9	3,0	SKL och SCB, data hämtad via kolada.se
Produktivitet					
Specialistbesök per specialisläkare (exkl allmänläkare) (antal)	355,5	65,0	228,8	493,4	Socialstyrelsen, SKL och patientregistret
Operationer per specialisläkare (exkl allmänläkare) (antal)	42,8	6,8	29,3	57,2	Socialstyrelsen, SKL och patientregistret
Operationer per vårdplats (antal)	478,9	76,0	301,3	634,4	SKL, SCB och patientregistret

görs genom att beräkna hur många som lider av nio utvalda vårdtunga diagnosgrupper. På liknande sätt som med den självskattade hälsan bör en större andel vårdtunga befolkning, allt annat lika, innebära en större efterfrågan på vård och därmed ett större inflöde av patienter och en lägre uppfyllelse av vårdgarantin.

Den strukturjusterade standardkostnaden för hälso- och sjukvården beräknar en kostnad per invånare som är justerad utifrån landstingens befolkningsstruktur. Mer specifikt är standardkostnaden summan av kostnaden för "ej vårdtung grupp" och för "vårdtung grupp" per invånare. Kostnaden för vårdtung grupp beräknas genom att multiplicera antalet som lider av åtta av de vårdtunga diagnosgrupperna med en genomsnittskostnad som beror på kön och ålder, men som är densamma för alla landsting. Dessutom beräknas kostnaden för att behandla patienter med HIV genom en schablonberäkning. Kostnaden för den ej vårdtunga gruppen beräknas genom att dela upp den övriga befolkningen (som inte är vårdtung) i grupper baserade på kön, ålder, civilstånd, sysselsättningsstatus, inkomst och boendetyper. Antalet i varje grupp multipliceras sedan med en genomsnittskostnad och summeras ihop till en total kostnad per invånare för den ej vårdtunga gruppen. Standardkostnaden har räknats upp till 2012 års prisnivå med hjälp av den sammanlagda standardkostnaden för riket under 2012. En högre standardkostnad innebär ett större förväntat vårdbehov, vilket förväntas leda till en större efterfrågan på vård och därmed ett större inflöde och en lägre uppfyllelse av vårdgarantin.

De tre variablerna som mäter inflödet till vården utgår från landstingets geografiska position och avser alla de som bor i landstinget. Men utfallsvariablerna avser de patienter som får vård i landstinget, och dessa kan som tidigare nämnts vara från andra landsting. Detta innebär att inflödesvariablerna inte fullt ut matchar utfallsvariablerna då de inte avspeglar samma grupp av personer. Det är svårt att veta omfattningen av det här problemet, och ifall det påverkar resultaten eller inte. I vissa landsting är andelen utomlänspatienter betydande, i andra landsting nästan inget alls. I brist på alternativ använder vi dessa variabler som indikatorer på patientpopulationen, trots att de inte matchar fullt ut.

Köp och försäljning av vård

Analysen inkluderar även mått på försäljning och köp av vård från andra landsting, samt köp av vård från privata vårdgivare. Landsting kan köpa och sälja vård sinsemellan. Om ett landsting exempelvis inte kan erbjuda patienterna vård i tid, ska de enligt vårdgarantin erbjuda vård hos annan vårdgivare, eventuellt i ett annat landsting. Att köpa vård från andra landsting kan på så vis vara ett sätt att öka uppfyllelsen av vårdgarantin. Vad gäller väntetidsdatabasen, när en patient får vård i ett annat landsting flyttas denne bort från väntelistan i det egna landstinget och hamnar i stället på det andra landstingets väntelista. På så vis kan köp av vård också ses som ett sätt att

minska inflödet av patienter i hemlandstinget, och på motsvarande sätt kan försäljning av vård ses som ett sätt att öka inflödet av patienter. Variablerna som mäter köp och försäljning till och från andra landsting uttrycks som köp respektive försäljning av specialiserad somatisk vård som andel av nettokostnaden för specialiserad somatisk vård.

I den mån som privata aktörer inte rapporterar till väntetidsdatabasen, innebär köp av vård från privata aktörer samma typ av minskat inflöde av patienter. Beroende på om dessa besök och ingrepp hade bidragit till en lägre eller högre uppfyllelse av vårdgarantin om de funnits kvar i statistiken kan konsekvensen för landstingets uppfyllelse av vårdgarantin vara både negativ och positiv. Köp av vård från privata vårdgivare kan dock också ses som en struktur- och organisationsvariabel som reflekterar hur vården är organiserad i landstinget, vilket potentiellt kan påverka uppfyllelsen av vårdgarantin. Att köpa vård från privata vårdgivare kan exempelvis vara ett sätt att låta vissa enheter specialisera sig på vissa planerade ingrepp, medan större sjukhus då i större utsträckning genomför akut sjukvård och mer komplexa ingrepp som kräver full sjukhusutrustning. På så vis skulle utflödet vad gäller planerad vård kunna öka och bidra till en högre uppfyllelse av vårdgarantin.

Variabler som mäter utflöde från vården

Vad gäller utflödet av patienter från vården, används tre resursvariabler och tre mått på produktivitet. De tre resursmått är; a) korrigerad nettokostnad för specialiserad somatisk vård per invånare; b) antalet läkare per 100 000 invånare; och c) antalet disponibla vårdplatser per 1000 invånare.

Syftet med att inkludera nettokostnaden per invånare är att mäta de totala resurserna som landstinget lägger på specialiserad somatisk vård. En hög nettokostnad kan tänkas leda till en högre uppfyllelse av vårdgarantin eftersom dessa landsting har spenderat mer pengar på vården. Nettokostnaden har korrigerats med hänsyn till vårdbehov och befolkningsstruktur för att ge en mer rättvisande bild av kostnadsläget. Korrigeringen är gjord genom en viktning baserad på en kvot mellan landstingens standardkostnad och den genomsnittliga standardkostnaden för riket (hur standardkostnaden är beräknad har beskrivits ovan). Med hjälp av den sammanlagda nettokostnaden för riket under 2012, är variabeln uppräknad till 2012 års nivå för att ta hänsyn till prisförändringar.

Läkarna är en viktig resurs i vården och har stor påverkan på hur mycket vård som kan erbjudas; med fler läkare per 100 000 invånare är det möjligt att erbjuda mer vård, vilket, allt annat lika, leder till en högre

uppfyllelse av vårdgarantin. Antalet läkare avser här både specialister och icke-specialister, men allmänläkare exkluderas eftersom dessa i första hand är verksamma i primärvården. Informationen om antalet läkare kommer från Socialstyrelsen och avser antalet *sysselsatta* läkare (i offentlig och privat regi) som inte tar hänsyn till sysselsättningsgrad. Antalet sysselsatta läkare har därför räknats om till fulltidsekvivalenta helårsarbetande läkare. Denna beräkning har gjorts med hjälp av data från SKL för att skapa en kvot mellan antalet sysselsatta och antalet årsarbetande läkare. Denna kvot har sedan använts för att justera antalet läkare från Socialstyrelsens databas. För läkare anställda i offentlig sektor används en kvot för varje landsting och år i justeringen, medan det för läkare i privat sektor används en årlig kvot för hela riket.

Antalet disponibla vårdplatser i specialiserad somatisk vård per invånare är ett personellt och fysiskt resursmått. Variabeln mäter antal disponibla vårdplatser i slutenvård som genomsnittligt under året varit tillgängliga med hänsyn tagen till neddragningar och semesterstängningar. Fler vårdplatser per invånare innebär en högre produktionskapacitet och ger därmed en större möjlighet att uppnå en hög uppfyllelse av vårdgarantin.

Avslutningsvis ingår tre produktivetsmått i analysen; a) antal specialistbesök per specialistläkare; b) antal operationer per specialistläkare; och c) antal operationer per disponibel vårdplats. En högre produktivitet i termer av dessa tre variabler kan förväntas innebära en större möjlighet till högre uppfyllelse av vårdgarantin då det möjliggör en större produktion givet resurserna.

Med specialistbesök per läkare avses besök i specialiserad somatisk vård. Information om antal besök kommer från patientregistret för specialiserad somatisk öppenvård. Utifrån DRG-koder har Socialstyrelsen delat upp alla vårdtillfällen i den specialiserade somatiska öppenvården i besök, dagkirurgi, dagmedicin och skopier. I beräkningen av variabeln har vi använt de vårdtillfällen som klassificeras som besök. För beräkningen av antalet läkare används samtliga specialistläkare exklusive allmänläkare. Information om antal sysselsatta läkare kommer från Socialstyrelsen och har räknats om till heltidsekvivalenta årsarbetande läkare på samma sätt som beskrivs ovan om beräkningen av antal läkare per invånare.

Antal operationer mäts genom att summera de öppenvårdstillfällen i patientregistret som Socialstyrelsen klassat som dagkirurgi samt de slutenvårdtillfällen som grupperas som kirurgi.

Det tredje produktivetsmättet mäter antalet operationer per disponibel vårdplats. Samma definition på vårdplats används som i resursvariabeln som

mäter disponibla vårdplatser per 1000 invånare och samma definition på antalet operationer som i variabeln operationer per läkare används.

Korrelation mellan variablerna

Tabell 15 visar enkla korrelationer mellan de variabler som ingår i analysen och som har beskrivits ovan. Korrelationerna avser år 2012. De två utfallsvariablerna är högt korrelerade. Standardkostnaden och andel vårdtunga är högt korrelerade, vilket inte är förvånande då andelen vårdtunga ingår i beräkningen av standardkostnaden. De tre variabelpar som i övrigt uppvisar högst korrelation är antal läkare per invånare och försäljning av vård till andra landsting, antal läkare per invånare och köp av vård från andra landsting samt antal läkare per invånare och antal besök per läkare. Antalet läkare är fler där mer vård säljs till andra landsting och färre där mer vård köps från andra landsting. Fler besök per läkare görs där läkarna är färre.

Metod

För de variabler som listas i tabell 14 har vi information för varje landsting (exklusive Gotland) från 2010, 2011 och 2012. Materialet består således av så kallad paneldata där det finns information från en och samma enhet (det vill säga landsting) från flera tillfällen (tre år). I analysen har vi dragit nytta av panelstrukturen och gjort så kallade "fixed-effects"-regressioner. En fixed-effects-modell kan i ekvationsform uttryckas på följande sätt:

$$y_{it} = \alpha + \mathbf{x}_{it}\boldsymbol{\beta} + \mu_i + \varepsilon_{it}$$

Index i står för landsting och index t för år. I analysen ingår totalt 20 landsting ($i=20$) med information från tre år ($t=3$), vilket innebär totalt 60 kombinationer av i och t , och därmed totalt 60 observationer.

y symboliserar utfallsmåttet, eller den variabel vars variation som modellen avser att förklara. I detta fall är y landstingens uppfyllelse av vårdgarantin vad gäller nybesök hos specialist eller operation.

α är en konstant och anger det skattade värdet av y ifall alla andra variabler som ingår i analysen är lika med noll.

\mathbf{x}_{it} symboliserar de förklaringsvariabler som ingår i analysen, det vill säga de som listas i tabell 14. En eller flera av dem kan ingå samtidigt. $\boldsymbol{\beta}$ är det skattade sambandet mellan den aktuella förklaringsvariabeln (x) och utfallsvariabeln (y).

μ_i symboliserar de landstingsspecifika effekterna ("fixed effects") och kan ses som en skattad effekt för varje landsting, eller som separata konstanter för

Tabell 15. Korrelation mellan variabler. Avser år 2012 och de 20 landsting som ingår i analysen.

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N
A Uppfyllelse besök	1													
B Uppfyllelse operation	0,82	1												
C Bra självskattad hälsa	0,23	0,07	1											
D Andel vårdtunga	0,18	0,30	-0,08	1										
E Standardkostnad	0,14	0,25	-0,17	0,92	1									
F Försäljning till andra landsting	-0,34	-0,32	-0,01	-0,12	-0,22	1								
G Köp från andra landsting	0,06	0,26	0,05	0,22	0,11	-0,49	1							
H Köp av privat vård	0,16	0,00	0,18	-0,54	-0,41	0,03	-0,41	1						
I Korrigerad nettokostnad	-0,14	0,08	-0,26	0,64	0,63	-0,26	0,42	-0,46	1					
J Läkare per invånare	-0,30	-0,49	0,18	-0,34	-0,39	0,85	-0,72	0,27	-0,46	1				
K Disponibla vårdplatser per invånare	-0,34	-0,32	-0,12	0,44	0,27	0,61	-0,21	-0,47	0,34	0,44	1			
L Besök per läkare	0,33	0,44	0,00	0,19	0,28	-0,58	0,37	0,04	0,32	-0,70	-0,24	1		
M Operationer per läkare	0,25	0,60	0,04	0,32	0,33	-0,11	0,38	-0,02	0,32	-0,41	-0,05	0,47	1	
N Operationer per vårdplats	0,05	0,04	0,35	-0,48	-0,41	0,51	-0,42	0,59	-0,55	0,60	-0,18	-0,33	0,25	1

varje landsting. Detta innebär att analysen tar hänsyn till, eller kontrollerar för, landstingsspecifika faktorer som inte förändras över tid, exempelvis geografiskt läge och lokala traditioner, kulturer och normer.

ε_{it} är en residual och motsvarar skillnaden mellan utfallet och summan av den gemensamma konstanten (α), de landstingsspecifika konstanterna (μ) och de samband som finns mellan utfallsvariabeln och de förklaringsvariabler som inkluderas i analysen (\mathbf{x}).

Modellen inkluderar inte årsspecifika effekter. Sådana separata konstanter för varje år kan tas med för att ta hänsyn till tidstrender som finns i datamaterialet. Då datamaterialet är litet (totalt 60 observationer) har vi dock valt att inte inkludera några tidstrender eftersom mycket av variationen i variablerna då skulle riskera att gå förlorad.

Regressionsanalys av det här slaget är en vanlig kvantitativ metod inom samhällsvetenskapen och finns beskriven i många metodböcker. Se exempelvis Wooldridge (2003, kapitel 14) för en introduktion till panelmodeller, inklusive ”fixed effects-modeller” som beskrivs ovan.

Siciliani och Iversen (2012) behandlar väntetider och väntelistor. De presenterar bland annat ett teoretiskt ramverk som utgår från utbud och efterfrågan på vård för att härleda väntetider som en funktion av utbuds- och efterfrågerelaterade faktorer. De samband mellan uppfyllelse av vårdgarantin och förklaringsvariablerna som vi skattar med hjälp av den modell som beskrivs ovan kan ses som en variant av den reducerade form, och en empirisk applikation därav, som Siciliani och Iversen (2012) presenterar.

Multivariat analys

Det insamlade datamaterialet möjliggör att använda multivariat regressionsanalys. Det innebär att analysen inkluderar, eller tar hänsyn till, flera faktorer samtidigt, till skillnad från att enbart se till enkla (bivariata) samband. Detta är värdefullt för att försöka isolera och beskriva sambandet mellan just de variabler som är i fokus för analysen. Om det exempelvis skulle finnas ett samband mellan uppfyllelse av vårdgarantin och, låt säga, antal läkare per invånare, är det möjligt att detta samband skulle kunna förklaras av exempelvis hur befolkningsstrukturen ser ut vid ett större eller mindre antal läkare. Genom att inkludera en variabel som innehåller information om befolkningsstrukturen går det urskilja sambandet mellan vårdgarantins uppfyllelse och antal läkare som inte kan förklaras av skillnader i befolkningsstruktur; givet en viss befolkningsstruktur, vilket samband finns då mellan antal läkare och vårdgarantins uppfyllelse? På liknande sätt kan det vara så att det inte finns något bivariat, enkelt, samband mellan vårdgarantins efterlevnad och någon

viss variabel, men att det efter kontroll för någon ytterligare variabel framträder ett sådant samband. Ett hypotetiskt exempel är att det inte finns något direkt samband mellan uppfyllelse av vårdgarantin och produktivitet, men att det framträder ett sådant samband då hänsyn tas till landstingets storlek; givet en viss storlek på landstinget finns ett samband mellan uppfyllelse av vårdgarantin och produktivitet. Detta skulle i så fall innebära att produktiviteten skiljer sig mellan små och stora landsting, och om inte hänsyn tas till detta riskerar analysen att missa mer komplexa samband. Genom att undersöka multivariata samband finns det därför större möjlighet till en mer fullständig analys.

Resultat

I det här avsnittet presenteras analysens resultat vad gäller förklaringar till skillnader i vårdgarantins uppfyllelse för besök och operation i specialistvården.

Uppfyllelse av vårdgarantin – nybesök hos specialist

Tabell 16 redovisar sex av de regressioner som vi gjort för vårdgarantins uppfyllelse till första besök hos specialist. Varje kolumn är en egen skattning och i de olika kolumnerna har vi inkluderat olika förklaringsvariabler och olika kombinationer av förklaringsvariabler.

I de två första kolumnerna inkluderas endast variabler som relaterar till efterfrågan på vård; andelen av befolkningen med bra allmänt hälsotillstånd, andelen vårdtunga och standardkostnaden. Vi finner inget statistiskt signifikant samband med vårdgarantins uppfyllelse för någon av dessa variabler. Vi har även provat andra kombinationer av dessa variabler, och inkluderat dem var för sig, med finner inte något samband med hur väl vårdgarantin följs.

I kolumn 3 inkluderas samtliga variabler (förutom standardkostnaden eftersom den är mycket högt korrelerad med andelen vårdtunga). Det finns ett positivt och statistiskt signifikant samband mellan uppfyllelsen av vårdgarantin och andel köpt vård från andra landsting; när mer vård köps från andra landsting är uppfyllelsen av vårdgarantin i det egna landstinget högre. Tolkningen av det skattade sambandet är att när andelen köp av vård från andra landsting ökar med en procentenhet ökar uppfyllelsen av vårdgarantin med 2,41 procentenheter. Nettokostnaden uppvisar ett negativt och statistiskt signifikant samband med uppfyllelsen av vårdgarantin; uppfyllelsen av vårdgarantin är högre när nettokostnaden är lägre. Koefficienten innebär

Tabell 16. Regressionsresultat. Utfallsvariabel: Uppfyllelse av vårdgarantin – nybesök hos specialist.

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Bra självskattad hälsa	0,34	0,15	-0,12			
	(0,54)	(0,56)	(0,53)			
Standardkostnad	-1,94					
	(4,82)					
Andel vårdtunga		3,78	7,10			
		(4,48)	(4,31)			
Försäljning till andra landsting			-0,08			
			(2,11)			
Köp från andra landsting			2,41**	2,00**		1,41
			(0,99)	(0,85)		(0,87)
Köp av privat vård			0,29			
			(0,68)			
Korrigerad nettokostnad			-9,35***	-6,95**	-5,11*	
			(3,25)	(2,82)	(2,86)	
Antal läkare per invånare			0,10	0,13	0,16*	0,18**
			(0,10)	(0,09)	(0,09)	(0,09)
Antal besök per läkare			0,02	0,02*	0,02**	0,02*
			(0,01)	(0,01)	(0,01)	(0,01)
R²	0,66	0,66	0,80	0,78	0,74	0,74
R² (justerad)	0,47	0,47	0,63	0,64	0,59	0,59
Hausman-test (p-värde)	0,63	0,78	0,02	0,01	0,09	0,02

Antal observationer: 60 st. *** innebär statistisk signifikans på 1-procentsnivån, ** på 5-procentsnivån och * på 10-procentsnivån. Standardfel anges inom parentes. R² och R² (justerad) är mått på hur stor andel av variationen i utfallsvariabeln som förklaras i modellen. De har skattats med OLS-regression med dummy-variabler för varje landsting, och värdena inkluderar även den del av variationen som förklaras av de landstingsspecifika effekterna. Längst ner i tabellen anges p-värdet från ett Hausman-test. Ett alternativ till en "fixed-effects-modell", som vi använder, är en så kallad "random-effects-modell" där de landstingsspecifika effekterna inte tas hänsyn till. Hausman-testet är ett statistiskt test som anger huruvida en "random-effects-modell" hade fungerat lika bra att använda. Ett lågt p-värde i Hausman-testet talar för att "fixed effects" bör användas. Flera av de specifikationer som redovisas i tabellen resulterar i ett lågt (>0,10) p-värde för Hausman-testet, varför vi har valt att använda "fixed effects" snarare än "random effects".

att en ökning i resurser lagda på specialiserad somatisk vård med 1000 kr per invånare ger en *minskning* i uppfyllelsen av vårdgarantin med 9,35 procentenheter.

Varken antalet läkare per invånare eller antal besök per läkare är signifikant i kolumn 3. När dessa variabler inkluderas var för sig och utan andra kontrollvariabler är dock båda positivt korrelerade med vårdgarantins

uppfyllelse (visas ej i tabellen). Kolumn 4-6 visar också på att båda dessa variabler är relaterade till hur väl vårdgarantin följs. När övriga icke-signifikanta variabler exkluderas i kolumn 4 når det positiva sambandet mellan uppfyllelse av vårdgarantin och antal besök per läkare statistisk signifikans på 10-procentsnivån. När dessutom köp av vård eller korrigerad nettokostnad exkluderas i kolumn 5 respektive kolumn 6, framträder även ett positivt och signifikant samband mellan vårdgarantins uppfyllelse och antal läkare. Köp av vård förlorar sin signifikans i kolumn 6. Det verkar alltså finnas ett samband mellan köp av vård från andra landsting, nettokostnaden och antal läkare som gör att de inte uppvisar något statistiskt signifikant samband med uppfyllelsen av vårdgarantin när hänsyn tas till dem emellan. Hur dessa samband ser ut, och vad som leder till vad mellan dessa variabler, går dock inte att utröna fullt ut från den här analysen.

Antal besök per läkare förblir positivt och statistiskt signifikant även i kolumn 5 och 6. Resultatet säger att när en läkare gör ett besök mer per arbetsdag (det vill säga 225 på ett år), är uppfyllelsen av vårdgarantin $225 * 0,02 = 4,5$ procentenheter högre.

Samlad slutsats

Den samlade slutsatsen från resultaten i tabell 16 är att det som verkar samvariera positivt med uppfyllelsen av vårdgarantin för nybesök hos specialist är antal besök per specialisläkare, köp av vård från andra landsting och resurser i termer av antal läkare. Totala resurser i termer av korrigerad nettokostnad samvarierar däremot negativt med uppfyllelsen av vårdgarantin. Det innebär sannolikt inte att mindre resurser i sig leder till en högre uppfyllelse av vårdgarantin, men analysen indikerar att det går att uppfylla vårdgarantin i större utsträckning även med mindre ekonomiska resurser.

Uppfyllelse av vårdgarantin – operation

Tabell 17 redovisar resultaten för sex av de regressioner vi har gjort för vårdgarantins uppfyllelse vad gäller operation. I de två första kolumnerna inkluderas de efterfråge- och behovsrelaterade variablerna. Det finns ett positivt och statistiskt signifikant samband mellan andelen vårdtunga och uppfyllelsen av vårdgarantin; där andelen vårdtunga är större är uppfyllelsen högre. Däremot finns det inga signifikanta samband mellan uppfyllelsen av vårdgarantin och andelen med bra självskattad hälsa eller standardkostnaden.

I kolumn 3 inkluderas andel vårdtunga tillsammans med samtliga variabler som avspeglar köp och försäljning av vård samt utflöde av

Tabell 17. Regressionsresultat. Utfallsvariabel: Uppfyllelse av vårdgaranti – operation.

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Bra självskattad hälsa	0,43	-0,00				
	(0,62)	(0,60)				
Standardkostnad	5,46					
	(5,52)					
Andel vårdtunga		12,98**	24,26***	24,58***	24,55***	18,77***
		(4,80)	(5,33)	(5,37)	(5,15)	(5,25)
Försäljning till andra landsting			-2,16	-2,17	-2,16	-2,23
			(2,25)	(2,27)	(2,22)	(2,45)
Köp från andra landsting			2,60**	2,48**	2,59**	1,94
			(1,13)	(1,14)	(1,12)	(1,21)
Köp av privat vård			1,39*	1,23	1,37*	0,95
			(0,76)	(0,76)	(0,74)	(0,81)
Korrigerad nettokostnad			-8,65**	-8,21**	-8,57**	-7,66*
			(3,59)	(3,60)	(3,53)	(3,89)
Antal läkare per invånare			-0,05	0,05	-0,03	0,07
			(0,13)	(0,11)	(0,11)	(0,12)
Disponibla vårdplatser per invånare			30,82*	15,94	27,75**	12,65
			(16,45)	(11,59)	(12,40)	(12,44)
Antal operationer per vårdplats			0,68		0,53***	
			(0,54)		(0,18)	
Antal operationer per läkare			-0,11	0,34**		
			(0,38)	(0,13)		
R²	0,78	0,81	0,88	0,87	0,88	0,85
R² (justerad)	0,66	0,71	0,77	0,77	0,78	0,73
Hausman-test (p-värde)	0,94	0,68	0,04	0,09	0,08	0,24

Antal observationer: 60 st. *** innebär statistisk signifikans på 1-procentsnivån, ** på 5-procentsnivån och * på 10-procentsnivån. Standardfel anges inom parentes. R² och R² (justerad) är mått på hur stor andel av variationen i utfallsvariabeln som förklaras i modellen. De har skattats med OLS-regression med dummy-variabler för varje landsting, och värdena inkluderar även den del av variationen som förklaras av de landstingsspecifika effekterna. Längst ner i tabellen anges p-värdet från ett Hausman-test. Ett alternativ till en "fixed-effects-modell", som vi använder, är en så kallad "random-effects-modell" där de landstingsspecifika effekterna inte tas hänsyn till. Hausman-testet är ett statistiskt test som anger huruvida en "random-effects-modell" hade fungerat lika bra att använda. Ett lågt p-värde i Hausman-testet talar för att "fixed effects" bör användas. Flera av de specifikationer som redovisas i tabellen resulterar i ett lågt (>0,10) p-värde för Hausman-testet, varför vi har valt att använda "fixed effects" snarare än "random effects".

patienter från vården. Köp från andra landsting och privata vårdgivare är båda positiva och statistiskt signifikanta; när mer vård köps är uppfyllelsen av vårdgarantin högre. Nettokostnaden är negativt korrelerad och antal disponibla vårdplatser positivt korrelerad med uppfyllelsen av vårdgarantin; ju högre nettokostnad desto lägre uppfyllelse av vårdgarantin, och ju fler vårdplatser desto högre uppfyllelse. Vi har även inkluderat alla förklaringsvariabler var för sig utan andra kontrollvariabler i separata skattningar, men inga signifikanta samband hittas då (visas ej i tabellen).

Ingen av de två produktivetsvariablerna antal operationer per vårdplatser eller antal operationer per läkare uppvisar något signifikant samband med vårdgarantins uppfyllelse i kolumn 3. De alternativa specifikationer som presenteras i kolumn 4-6 visar dock på att sådana samband ändå kan finnas. Men kolumn 4-6 indikerar också att det finns ett samband mellan förklaringsvariablerna disponibla vårdplatser, antal operationer per vårdplats och antal operationer per läkare. Detta gör att de inte på ett robust sätt uppvisar ett statistiskt signifikant samband med uppfyllelsen av vårdgarantin när hänsyn tas till dem emellan.

Jämfört med kolumn 3, exkluderas antal operationer per vårdplats i kolumn 4. Då förloras antalet disponibla vårdplatser sin signifikans medan antal operationer per läkare uppvisar ett positivt och signifikant samband med vårdgarantins uppfyllelse. När i stället antal operationer per läkare exkluderas i kolumn 5 blir både antal disponibla vårdplatser och antal operationer per vårdplats positivt och signifikant. När båda produktivetsvariablerna antal operationer per vårdplats och antal operationer per läkare exkluderas i kolumn 6 förloras antal vårdplatser sin signifikans. Det verkar alltså som att det positiva sambandet mellan antal vårdplatser och vårdgarantins uppfyllelse är betingat på antalet operationer per vårdplats; givet en viss nivå på antal operationer per vårdplats spelar antalet vårdplatser roll för vårdgarantins uppfyllelse, men antalet vårdplatser i sig självt är mindre viktigt. Det verkar också som att det finns ett samband mellan de två produktivetsmått; när de inkluderas var för sig finns det ett positivt samband mellan produktivitet och vårdgarantins uppfyllelse, men givet en viss nivå på den ena spelar den andra inte någon roll.

Köp av vård från andra landsting förblir statistiskt signifikant i alla regressioner utom en. Köp av vård från privata vårdgivare uppvisar ett svagare och mindre robust positivt samband. Korrigerad nettokostnad förblir negativ och statistiskt signifikant i samtliga specifikationer.

Andelen vårdtunga förblir positivt och statistiskt signifikant i alla specifikationer. Detta är ett oväntat resultat; om något borde andelen vårdtunga vara negativt korrelerat med uppfyllelsen av vårdgarantin. Resultatet innebär sannolikt inte att en större andel vårdtunga i sig leder till en högre uppfyllelse av vårdgarantin. I stället är det troligen någon annan bakomliggande förklarande faktor som fångas upp i denna korrelation. Analysen ger inte svar på vad detta är, men en möjlig förklaring är att andelen vårdtunga, liksom uppfyllelsen av vårdgarantin, ökar över tid. I så fall skulle variabeln vårdtunga fånga en mer generell tidstrend snarare än ett samband mellan uppfyllelse av vårdgarantin och andel vårdtunga i sig. I linje med detta resonemang försvinner också korrelationen när årsvariabler inkluderas i regressionen. En annan möjlig delförklaring skulle kunna vara att indikationsgränser beror på andelen vårdtunga; när det finns en stor andel vårdtunga, är indikationsgränser för mindre sjuka patienter mer strikta eftersom de fokuserar på att behandla den vårdtunga gruppen. Om mindre sjuka patienter inte ens sätts upp på väntelista för operation skulle det kunna innebära en högre uppfyllelse av vårdgarantin där andelen vårdtunga är stor.

Samlad slutsats

Den samlade slutsatsen är att det som verkar samvariera positivt med uppfyllelsen av vårdgarantin för operation är köp av vård från andra landsting, resurser i termer av antal vårdplatser och produktivitet i termer av antal operationer per vårdplats eller operationer per läkare. Liksom för uppfyllelsen av vårdgarantin för nybesök hos specialist, samvarierar däremot totala resurser i termer av korrigerad nettokostnad negativt med uppfyllelsen av vårdgarantin. Liksom för nybesök hos specialist, innebär det sannolikt inte att mindre resurser i sig leder till en högre uppfyllelse av vårdgarantin.

Slutsatser

Utifrån resultaten som presenterats ovan drar vi fyra övergripande slutsatser om förklaringar till skillnader mellan landsting i hur väl vårdgarantin uppfylls. Dessa listas kort nedan och presenteras även i kapitel 3:

- Vårdgarantin följs i större utsträckning vid högre produktivitet.
- Vårdgarantin följs i större utsträckning vid större personella, men inte ekonomiska, resurser.
- Vårdgarantin följs i större utsträckning när mer vård köps från andra landsting.

- Inget tyder på att skillnader i befolkningsstruktur och vårdbehov är avgörande för uppfyllelsen av vårdgarantin.

Det är viktigt att tolka och använda resultaten från den här analysen med viss försiktighet. De samband vi ser i analysen är korrelationer vilket innebär att det finns ett samband mellan de aktuella variablerna, men detta samband innebär inte nödvändigtvis kausalitet. Trots detta har vi tagit viktiga steg mot en ökad förståelse för skillnader i vårdgarantins uppfyllelse mellan landsting. För att göra analysen mer trovärdig har vi bland annat tagit hänsyn till andra faktorer som kan förklara skillnader i hur väl vårdgarantin uppfylls för att försöka isolera sambandet med exempelvis produktivitet. Likväl är det ändå möjligt att det finns någon annan faktor, som vi inte har inkluderat i analysen, som är den egentliga förklaringen. Det innebär att även om produktiviteten skulle öka i ett landsting är det inte säkert att det har någon direkt effekt på uppfyllelsen av vårdgarantin ifall det egentligen var någon annan underliggande faktor som förklarar sambandet.

Resultaten från analysen gäller i genomsnitt. Det innebär att det mycket väl kan finnas fall där ett landsting exempelvis har hög produktivitet eller många läkare, men ändå en relativt låg uppfyllelse av vårdgarantin. Att vi har tagit hänsyn till flera variabler samtidigt i analysen innebär också att det direkta sambandet mellan uppfyllelse av vårdgarantin och någon enskild förklaringsvariabel kan vara svår att upptäcka och illustrera på ett enkelt sätt.

Avslutningsvis är det också viktigt att ha i åtanke att analysen är gjord på landstingsnivå. Det innebär dels att antalet observationer är begränsat, vilket gör det svårare att analysera statistiska samband. En annan följd av att analysera information på landstingsnivå är att all den variation som finns inom landsting, vad gäller hur väl vårdgarantin följs, produktivitet och resurser, går förlorad, och vår analys är i stället övergripande. Bakom de resultat som framkommer i analysen, eller för de variabler där vi inte finner några samband, kan det finnas mer komplexa och indirekta samband som vi inte lyckas identifiera. En värdefull fortsättning på den här analysen vore att analysera sambanden på exempelvis sjukhus- eller klinikinivå i stället. Svårigheten med detta är naturligtvis att hitta information om relevanta förklaringsvariabler.

BILAGA 5 - FÖRTECKNING ÖVER INTERVJUPERSONER

Tabell 18. Deltagare i intervjustudien.

Namn	Region/Landsting	Sjukhus	Position	Remissbedömare/ Tidsbokare
Amalia Feresiadou	Landstinget Uppsala län	Akademiska sjukhuset	Neurolog på neurologkliniken	Remissbedömare
Aria Aresti Philippou	Landstinget Uppsala län	Akademiska sjukhuset	Medicinsk sekreterare och operationskoordinator på ortopedkliniken	Tidsbokare
Carina Käll-Dahlgren	Landstinget Uppsala län	Akademiska sjukhuset	Medicinsk sekreterare på neuromottagningen	Tidsbokare
Carl-Johan Silfverswärd	Landstinget Uppsala län*	Aleris Elisabethsjukhuset	Ortoped på Elisabethsjukhuset	Remissbedömare
Stina Adamsson	Landstinget Uppsala län*	Aleris Elisabethsjukhuset	Sjuksköterska på ortopedmottagningen	Tidsbokare
Axel Karlsson	Landstinget Uppsala län	Lasarettet i Enköping	Ortoped på kirurgmottagningen	Remissbedömare
Ingrid Olsson	Landstinget Uppsala län	Lasarettet i Enköping	Sjuksköterska på kirurgmottagningen	Tidsbokare
Jannis Ioannidis	Landstinget Värmland	Centralsjukhuset i Karlstad	Ortoped på ortopedklinken	Remissbedömare
Lisbet Rosengren¹	Landstinget Värmland	Centralsjukhuset i Karlstad	Sjuksköterska på neurologi- och reha mottagningen	Tidsbokare
Viola Kindwall Bosäter¹	Landstinget Värmland	Centralsjukhuset i Karlstad	Sjuksköterska på neurologi- och reha mottagningen	Tidsbokare
Yvonne Karlsson	Landstinget Värmland	Centralsjukhuset i Karlstad	Operationssjuksköterska på ortopediska kliniken	Tidsbokare
Christina Gärder Florin	Landstinget Värmland	Sjukhuset i Arvika	Operationskoordinator på operation i Arvika	Tidsbokare

Fortsättning på nästa sida >>

Namn	Region/Landsting	Sjukhus	Position	Remissbedömare/ Tidsbokare
Kristina Silfält	Landstinget Värmland	Sjukhuset i Arvika	Sjuksköterska på mottagningen för ortopedi, kirurgi och urologi	Tidsbokare
Carina Boåsen	Landstinget Värmland	Sjukhuset i Torsby	Operationsjuksköter- ska på ortopedk- liniken	Tidsbokare
Kristin Nilsson	Landstinget Värmland	Sjukhuset i Torsby	Sjuksköterska på öppenvårdsmottagnin- gen kirurgi/ortopedi	Tidsbokare
Annika Sheeran	Region Halland	Hallands sjukhus Halmstad	Medicinsk sekreterare på neurologimottag- ningen	Tidsbokare
Peter Thomasson	Region Halland	Hallands sjukhus Halmstad	Neurolog och sektion- schef på neurologimo- ttagningen	Remissbedömare
Fredrik Asztély	Region Halland	Hallands sjukhus Kungsbacka	Neurolog på medicin- mottagningen	Remissbedömare
Jeanette Lindbom	Region Halland	Hallands sjukhus Kungsbacka	Medicinsk sekreterare på neurologimottag- ningen	Tidsbokare
Malin Samuelsson	Region Halland	Hallands sjukhus Kungsbacka	Sjuksköterska på orto- pedimottagningen	Tidsbokare
Mats Britberg	Region Halland	Hallands sjukhus Kungsbacka	Ortoped på ortopedi- mottagningen	Remissbedömare
Anders Friborg	Region Halland	Hallands sjukhus Varberg	Neurolog på medicinkliniken	Remissbedömare
Gunilla Inghammar	Region Halland	Hallands sjukhus Varberg	Sjuksköterska och operationsplanerare på operationsmot- tagningen	Tidsbokare
Malin Olsson	Region Halland	Hallands sjukhus Varberg	Medicinsk sekreterare på neurologimottag- ningen	Tidsbokare
Mikael Etzner	Region Halland	Hallands sjukhus Varberg	Ortoped på ortopedkliniken	Remissbedömare
Lars Wahlström	Region Skåne*	Aleris Ängelholm	Ortoped och verksamhetschef	Remissbedömare
Wania Kjellberg Ivarsson	Region Skåne*	Aleris Ängelholm	Medicinsk sekreterare på ortopedmottag- ningen	Tidsbokare
Ann-Sofie Ström²	Region Skåne*	Capio Specialishuset i Eslöv	Undersköterska på ortopedavdelningen	Tidsbokare
Camilla Liljedahl²	Region Skåne*	Capio Specialishuset i Eslöv	Sjuksköterska på ortopedavdelningen	Tidsbokare
Christian Anker-Hansen²	Region Skåne*	Capio Specialishuset i Eslöv	Ortoped på ortope- davdelningen	Remissbedömare

Fortsättning på nästa sida >>>

Namn	Region/Lands ting	Sjukhus	Position	Remissbedömare/ Tidsbokare
Karin Johnsson	Region Skåne	Helsingborgs lasarett	Neurolog och sektionschef på neurologsektionen	Remissbedömare
Kristin Hansson	Region Skåne	Helsingborgs lasarett	Medicinsk sekreterare på neurologimottagningen	Tidsbokare
Maj-Britt Ågren	Region Skåne	Helsingborgs lasarett	Medicinsk sekreterare ortopedimottagningen	Tidsbokare
Ola Olsson	Region Skåne	Helsingborgs lasarett	Ortoped på ortopedkliniken	Remissbedömare
Eva Mårtensson	Region Skåne	Hässleholms sjukhus	Medicinsk sekreterare ortopedimottagningen	Tidsbokare
Maria Jörheim	Region Skåne	Hässleholms sjukhus	Ortoped på ortopedikliniken skånevård KRYH	Remissbedömare
Veronica Milton	Region Skåne	Lasarettet i Ystad	Medicinsk sekreterare på neurologimottagningen	Tidsbokare
Arne Lindgren	Region Skåne	Verksamhetsområde Neurologi och Rehabiliteringsmedicin, Skånes universitetssjukhus, Lund	Neurolog-läkare på neurologimottagningen, Lund	Remissbedömare
Jill Holmqvist	Region Skåne	Skånes universitetssjukhus, Lund	Medicinsk sekreterare på neurologimottagningen	Tidsbokare
Annika Palmberg ³	Region Skåne	Skånes universitetssjukhus, Lund	Sjuksköterska och mottagningskoordinator på ortopedikliniken	Tidsbokare
Kerstin Johansson ³	Region Skåne	Skånes universitetssjukhus, Lund	Sjuksköterska och mottagningskoordinator på ortopedikliniken	Tidsbokare
Margareta Bråhäll ³	Region Skåne	Skånes universitetssjukhus, Lund	Sjuksköterska och väntelista koordinator på ortopedikliniken	Tidsbokare
Marie Gergils	Västra Götalandsregionen*	Capio Lundby Närsjukhus	Medicinsk sekreterare på ortopedienheten	Tidsbokare
Truike Thien	Västra Götalandsregionen*	Capio Lundby Närsjukhus	Ortoped och medicinskt ansvarig läkare på ortopedienheten	Remissbedömare
Ann-Sofie Mellberg	Västra Götalandsregionen*	Neurologkliniken Dr Stig Svensson AB	Sjuksköterska på neurologkliniken	Tidsbokare
Stig Svensson	Västra Götalandsregionen*	Neurologkliniken Dr Stig Svensson AB	Neurolog och verksamhetschef på neurologkliniken	Remissbedömare
Inga-Lill Sandberg	Västra Götalandsregionen	NU-sjukvården, sjukhuset i Trollhättan	Undersköterska på neurologmottagningen NÄL	Tidsbokare

Fortsättning på nästa sida >>>

Namn	Region/Landsting	Sjukhus	Position	Remissbedömare/ Tidsbokare
Annika Herbertsson	Västra Götalandsregionen	Sahlgrenska universitetssjukhuset	Vårdadministratör på neuromottagningen	Tidsbokare
Bernardo Mitre	Västra Götalandsregionen	Sahlgrenska universitetssjukhuset	Neurolog och vårdenhetsansvarig på neuromottagningen	Remissbedömare
Jonas Thanner	Västra Götalandsregionen	Sahlgrenska universitetssjukhuset, Mölnadal	Ortoped och sektionschef på ortopedkliniken	Remissbedömare
Marie Otterberg	Västra Götalandsregionen	Sahlgrenska universitetssjukhuset, Mölnadal	Administratör på kontaktpunkten	Tidsbokare
Anna-Lena Wennerberg	Västra Götalandsregionen	NU-sjukvården, sjukhuset i Uddevalla	Planeringssjuksköter- ska på ortopedk- liniken	Tidsbokare
Camilla Salstam Stake	Västra Götalandsregionen	NU-sjukvården, sjukhuset i Uddevalla	Sjuksköterska på ortopedmottagningen	Tidsbokare
Lars Körner	Västra Götalandsregionen	NU-sjukvården, sjukhuset i Uddevalla	Överläkare vid Ortopediska kliniken	Remissbedömare
Daniel Brandin	Västra Götalandsregionen	Skaraborgs sjukhus Skövde	Ortoped på ortopedkliniken	Remissbedömare
Inga-Maj Nordén	Västra Götalandsregionen	Skaraborgs sjukhus Skövde	Sjuksköterska på orto- pedimottagningen	Tidsbokare
Jessica Hagström	Västra Götalandsregionen	Skaraborgs sjukhus Skövde	Sjuksköterska på neurologi- och rehabmottagningen	Tidsbokare
Lena Rutberg	Västra Götalandsregionen	Skaraborgs sjukhus Skövde	Neurolog och enhetschef neurologen, rehab och reumatologen	Remissbedömare

Not 1-3 innebär att dessa personer deltog i samma intervju.

* Dessa verksamheter drivs av privata utförare och inte av landstinget/regionen i fråga. Det angivna landstinget avser var verksamheten bedrivs.

Tabell 19. Deltagare i förstudier eller kompletterande intervjuer.

Namn	Position
Agneta Hult Thörnberg	Medicinsk sekreterare på medicinkliniken Kullbergska sjukhuset, Landstinget Sörmland
Anders Svenningsson	Ordförande i Svenska neurologföreningen och ansvarig för öppenvårdsverksamheten på neurocentrum i Umeå
Annika Dunvall	Sjuksköterska neurologmottagningen Danderyds sjukhus, Stockholms läns landsting
Carina Lundin	Väntetidssamordnare och verksamhetsutvecklare Akademiska sjukhuset, Landstinget Uppsala län
Erik Wassberg	Verksamhetschef Aleris Elisabethsjukhuset i Uppsala
Eva Reifors	Operationsplanerare på kliniken för kirurgi och urologi, Kullbergska sjukhuset och Mälarsjukhuset Eskilstuna, Landstinget Sörmland
Kristiina Kask	Gynekolog och sektionschef på kvinnokliniken Akademiska sjukhuset, Landstinget Uppsala län
Lina Vigren	Verksamhetschef, verksamhetsområde Specialiserad Medicin Ystad, Skånevård Kryh, Region Skåne
Linda Paberit Hallgren	Verksamhetsutvecklare Karolinska sjukhuset, Stockholms läns landsting
Madeleine Jansson Rautiainen	Medicinsk sekreterare på kirurg-, ortoped och urologmottagningen Kullbergska sjukhuset, Landstinget Sörmland
Margareta Käller Karlsson	Vårdgaranticoach Karolinska sjukhuset, Stockholms läns landsting
Marianne Pira	Väntetidssamordnare Landstinget Uppsala län
Marit Jensen	Generalsekreterare Neuroförbundet
Marita Toreheim Kase	Verksamhetschef på Neurologi-och Rehabiliteringskliniken på Centralsjukhuset i Karlstad, Landstinget i Värmland
Mikael Edsbagge	Neurolog och sektionschef på neurologkliniken Sahlgrenska universitetssjukhuset, Västra Götalandsregionen
Ulrika Kehlmeier	Enhetschef administration på Capio Specialisthuset Eslöv

Varierande väntan på vård

Analys och uppföljning av den nationella vårdgarantin

Vårdanalys har på regeringens uppdrag följt upp den nationella vårdgarantin. Resultaten visar på betydande skillnader mellan landsting, vårdområden och enskilda verksamheter i hur väl vårdgarantins väntetidsgränser följs. Därutöver analyseras även förklaringar till skillnader i väntetider mellan landsting och om vårdgarantin påverkar de medicinska prioriteringarna. I rapporten beskrivs också vilken information som ges till patienter om vårdgarantin och vilka förutsättningar denna ger för jämlik vård.

Myndigheten för vårdanalys (Vårdanalys) uppgift är att ur ett patient-, brukar- och medborgarperspektiv följa upp och analysera hälso- och sjukvården, tandvården och gränssnittet mellan vården och omsorgen. Vårdanalys har patienternas och brukarnas behov som utgångspunkt i sina granskningar. Myndigheten ska också verka för att samhällets resurser används på bästa sätt för att skapa en så god hälsa och patientupplevd kvalitet som möjligt. Syftet är att bistå vården och omsorgen med att förbättra kvalitet och effektivitet – förbättringar som ytterst ska komma patienter, brukare och medborgare till del.



 **vårdanalys**

