

# LANDSTINGS- REVISORERNA

Projektrapport  
nr 25/2008

## Vårdens tillgänglighet - vårdgarantin

Revisionskontorets bedömer att en förbättrad tillgänglighet till sjukvården har prioriterats av landstingsstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden och av akutsjukhusen. Vårdgarantin uppfylls dock inte inom alla vårdområden.

De iakttagelser som har noterats i förra årets granskningsprojekt har i viss mån åtgärdats.

Ytterligare iakttagelser från årets granskning:

HSN har gjort tilläggsbeställningar inom flera vårdområden. Sjukhusens arbete för att nå kortare väntetider har t.ex. inneburit kvalitetssäkring av väntelistor och analys av remissflöden. Om specialistmottagningen blir "hårdare" i sin bedömning av inkommande remisser finns risk att patienten hamnar i ett "ingenmansland" mellan primärvården och specialistvården.

Vårdguiden får allt större betydelse för en ökad tillgänglighet, och fungerar allt mer som en första kontaktväg före första linjens primärvård

Allt fler mottagningar rapporterar väntetider och antal väntande till olika register. Rapporteringsgraden har därmed förbättrats, men den är fortfarande för låg för att uppfylla kraven som anges i den statliga "kömiljarden".

Det finns behov av enhetliga definitioner i samband med rapportering. Vi kan även konstatera att det finns brister kopplade till rapportering vilket innebär att det fortfarande är svårt att uttala sig om graden av uppfyllelse av vårdgarantin.

Rekommendation:

- HSN bör skapa gemensamma definitioner, riktlinjer och allmänna råd för rapportering till CVR och Vårdmarknad.

Revisorsgrupp II  
2008 års revisorer

2009-01-27

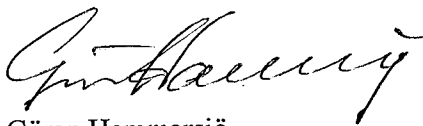
Diarienummer:  
RK 200901-3

Hälso- och sjukvårdsnämnden  
Styrelsen för  
Danderyds sjukhus AB  
Södersjukhuset AB  
Karolinska Universitetssjukhuset

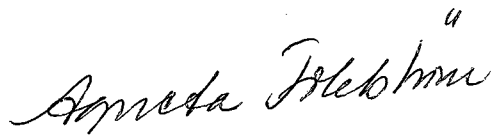
## Rapport 25/2008 Vårdens tillgänglighet - vårdgarantin

Revisorerna i revisorsgrupp II beslutade på möte 2009-01-27 att överlämna rapporten till hälso- och sjukvårdsnämnden, styrelsen för Danderyds sjukhus AB, styrelsen för Södersjukhuset AB och styrelsen för Karolinska Universitetssjukhuset för yttrande senast 2009-05-04.

Paragrafen justerades omedelbart.



Göran Hammarsjö  
ordförande



Agneta Fohlström  
sekreterare

## Innehållsförteckning

<b>1. SLUTSATSER OCH REKOMMENDATIONER</b> .....	<b>1</b>
1.1 Slutsatser .....	1
1.2 Rekommendationer.....	2
<b>2. INLEDNING</b> .....	<b>3</b>
2.1 Bakgrund .....	3
2.2 Syfte .....	4
2.3 Avgränsning.....	4
2.4 Metodik .....	4
<b>3. NATIONELLA BESLUT OCH ÅTGÄRDER</b> .....	<b>4</b>
3.1 "Kömiljarden" och andra statliga satsningar .....	4
3.2 Nationellt samarbete för ökad tillgänglighet .....	5
3.3 Iakttagelser .....	5
<b>4. UPPFYLLS VÅRDGARANTIN I SLL?</b> .....	<b>6</b>
4.1 Uppfyller SLL vårdgarantin till specialistvård? .....	6
4.2 Rapportering av väntetider – stödsystem och processer....	7
4.3 Iakttagelser .....	9
<b>5. INFORMATION TILL ALLMÄNHETEN OCH PATIENTERNA OM VÅRDGARANTIN</b> .....	<b>10</b>
5.1 HSN informerar allmänheten oftast genom vårdguiden ...	10
5.2 Patienten får ofta, men inte alltid information om vårdgarantin .....	10
5.3 Iakttagelser .....	11
<b>6. EKONOMISK SATSNING PÅ BÄTTRE TILLGÄNGLIGHET</b> .....	<b>12</b>
6.1 Särskilda resurser har använts för att korta köerna.....	12
6.2 Tillgänglighetsprojektet.....	12
6.3 HSN informerar vårdgivare bland annat genom vårdgaranticoacher .....	13
6.4 HSN ska följa upp sjukhusens väntetider .....	14
6.5 Iakttagelser .....	14
<b>7. SJUKHUSEN HAR FORTSATT ARBETA MED ATT FÅ NED VÄNTETIDERNÄ</b> .....	<b>15</b>
7.1 Intensivt arbete med att kvalitetssäkra och korta väntelistor .....	15
7.2 Sjukhusen följer upp och rapporterar väntetider .....	17
7.3 Iakttagelser .....	17

## 1. Slutsatser och rekommendationer

### 1.1 Slutsatser

Bättre tillgänglighet till hälso- och sjukvård är ett av de tre övergripande målen för Stockholms läns landsting. Vårdgarantin i Stockholms läns landsting kan anges som ”0-5-30-90”, vilket i praktiken innebär följande:

- Kontakt med primärvården ska garanteras samma dag (0),
- Medicinskt motiverade besök hos husläkare ska ske inom fem kalenderdagar (5),
- Efter att remiss till den specialiserade vården bedöms adekvat ska ett besök hos specialist ske inom 30 dagar (30),
- Beslutad operation/behandling ska ske inom 90 dagar (90) från det att beslutet om behandling fattades.

SLL:s vårdgaranti skiljer sig från den nationella som anger besök till primärvården inom 7 dagar. Väntetiden till nybesök till specialistmottagning måste ske inom 30 dagar jämfört med 90 dagar i den nationella vårdgarantin. Länets vårdgaranti omfattar alla motiverade behandlingar, även psykiatri.

#### Genomförandet av fullmäktiges uppdrag

Revisionskontoret har granskat hur fullmäktiges uppdrag har genomförts under 2008. Vi bedömer att landstingsstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden och akutsjukhusen har prioriterat en ökad tillgänglighet, men att vårdgarantin fortfarande inte uppfylls inom flera områden. Bland övriga iakttagelser kan följande nämnas:

Särskilda budgetmedel för ökad tillgänglighet har avsatts av både landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN). HSN har under 2008 analyserat köerna och använt budgetmedlen för tilläggsbeställningar för vårdgarantipatienter.

En bättre tillgänglighet till vård innebär bland annat att vårdguiden får en allt mer central roll i sjukvårdssystemet. Detta gäller främst vårdguiden på internet som ”vårdinstansen före första linjens sjukvård”. Utvecklingsprojekt för vårdguiden på internet kräver ofta att utförarens system kan kommunicera med vårdguiden. Detta kan försena och försvåra projekten.

Sjukhusen har från och med 2009 ansvar för att väntetiderna för patienterna inte överstiger tidgränserna för vårdgarantin. Sjukhusen har under förra året därför försökt minska sina köer genom olika insatser. Det handlar både om att kvalitetssäkra väntelistor, att föra över patienter till andra utförare och att se över sina vårdprocesser och rutiner. Riskerna ur ett patientperspektiv kan t.ex. vara att specialistmottagningen blir ”hårdare” i sin bedömning av inkommande remisser och patienten kan då hamna i ett ”ingenmansland” mellan

Bättre tillgäng-  
lighet har  
prioriterats –  
vårdgarantin  
uppfylls dock inte  
inom alla områden

primärvården och specialistvården. Detta gäller särskilt inom de områden som saknar tydliga och allmänt vedertagna indikationer för när patienten tas över av specialister.

Vårdgaranticoachernas arbete på sjukhusen kommer i större utsträckning att likna vårdgarantikansliets arbete med att följa väntetider och tillgänglighet för olika mottagningar och för de utförare som sjukhuset kan hänvisa patienter till. Senare under 2009 bör en minskad arbetsbelastning för vårdgarantikansliets personal därför börja skönjas.

### **Revisionskontoret har följt upp vissa iakttagelser från föregående års granskning:**

Antalet vårdenheter som rapporterar till centrala väntetidsregistret (CVR) har ökat under 2008 jämfört med tidigare år. Rapporteringsgraden behöver ytterligare förbättras för att få ta del av den statliga kömiljarden från 2010.

Granskningen visar på ett flertal faktorer som innebär att analyser från CVR blir osäkra. Det handlar framför allt om otydliga definitioner och riktlinjer, manuell hantering och att det varierar vilka utförare som rapporterar varje månad. Ett antal utförare rapporterar inte överhuvudtaget vilket försvårar möjligheten att få en överblick av hela länet inom flera vårdområden.

Revisionen har tidigare ifrågasatt varför det finns flera system för rapportering. Kostnad för förvaltning och drift ökar med flera system. En omfattande manuell hantering krävs av både utförare och HSN-förvaltningen.

Informationen till patienter om vårdgarantin har utvecklats under 2008, men den kan fortfarande förbättras. Utförare informerar om vårdgarantin på olika sätt. Information till utföraren hur, när och vad informationen ska omfatta saknas. Det innebär att en viktig komponent, information om sin rätt till vård inom viss tid, inte alltid lämnas till patienten.

HSN har fått regelbunden information om utveckling av väntetider, antal väntande patienter och rapporteringsgrad i somatisk specialistvård. Detta är en förbättring jämfört med tidigare granskning.

### **1.2 Rekommendationer**

- HSN bör skapa gemensamma definitioner, riktlinjer och allmänna råd för rapportering till CVR och Vårdmarknad.

Högre  
rapporteringsgrad  
än 2007 –  
problem finns  
fortfarande

## 2. Inledning

### 2.1 Bakgrund

**SLL:s vårdgaranti:  
"0 – 5 – 30 – 90"**

Hög tillgänglighet till hälso- och sjukvården är ett av tre övergripande mål i landstingsfullmäktiges budget för 2008. I budgeten anges att vårdgarantin på sikt ska omfatta alla motiverade behandlingar, även psykiatri. Varje utförare är skyldig att informera patienten om vårdgarantin och var vård kan erhållas med kort väntetid. Kortfattat anges vårdgarantins krav som "0-5-30-90", vilket i praktiken innebär följande:

- Kontakt med primärvården ska garanteras samma dag (0)
- Medicinskt motiverade besök hos husläkare ska ske inom fem kalenderdagar (5)
- Efter att remiss till den specialiserade vården bedöms adekvat ska ett besök hos specialist ske inom 30 dagar (30)
- Beslutad operation/behandling ska ske inom 90 dagar (90) från det att beslutet om behandling fattades.

SLL:s vårdgaranti skiljer sig från den nationella som anger besök till primärvården inom 7 dagar. Väntetiden till nybesök till specialistmottagning måste ske inom 30 dagar jämfört med 90 dagar i nationella vårdgarantin.

I fullmäktiges budget för 2008 anges att vårdguidens tjänster ska utvecklas, samt att de vårdområden som inte uppfyller vårdgarantin ska utredas. En översyn ska göras av vårdgarantins sätt att fungera.

Fr.o.m. 2009 gäller flerårsavtal med akutsjukhusen. Flerårsavtalen med sjukhusen kommer bl.a. innebära att ansvaret för att åtgärda köerna överförs till sjukhusen. Ansvaret omfattar inte de patienter som kan tas om hand utanför akutsjukhuset (förutsatt att sjukhuset inte har tagit emot remiss utan att skicka tillbaka eller vidarebefordra remissen).

Tillgänglighet och vårdgarantin har tidigare granskats av revisionen. I föregående års granskning<sup>1</sup> konstaterades bland annat följande:

- Det rådde otydlighet kring vilken tidsgräns som skulle gälla för väntetid till specialistbesök inom somatisk specialistvård.
- HSN hade inte aktivt efterfrågat information om hur den förstärkta vårdgarantin genomfördes.
- Företrädare för både beställare och utförare uttalade en oro för att vårdgarantin kan slå ut medicinska prioriteringsregler.
- Det fanns brister i vårdgivarnas inrapportering av aktuella väntetider.

---

<sup>1</sup> Vårdens tillgänglighet, rapport 6/2007

## 2.2 Syfte

Projektet ska besvara revisionsfrågan ”Genomförs fullmäktiges uppdrag 2008 i överensstämmelse med god intern kontroll och finns förutsättningar för att uppfylla vårdgarantin?”

Dessutom ska granskningen följa upp vilka åtgärder som har vidtagits med anledning av revisionens iakttagelser 2007.

## 2.3 Avgränsning

Uppföljningen av 2007 års granskningsprojekt berör Hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN), Danderyds sjukhus AB (DSAB) och Södersjukhuset AB (SÖS). Vad gäller genomförandet av fullmäktiges uppdrag 2008 och ändrade ansvarsförhållanden omfattas HSN och akutsjukhusen. Av akutsjukhusen ingår den somatiska vården på Karolinska, Danderyd och Södersjukhuset i projektet.

Projektet omfattar den del av vårdgarantin som gäller för specialistsjukvård, d.v.s. besökstillgänglighet. Det innebär att telefontillgänglighet och fysisk tillgänglighet inte omfattas. Projektet omfattar inte heller närsvården.

Revisionen har i särskilt projekt granskat utveckling och införande av flerårsavtal för akutsjukhusen<sup>2</sup>. En viktig komponent i flerårsavtalen är att ansvaret för att uppfylla vårdgarantin flyttas från HSN till akutsjukhusen.

## 2.4 Metodik

Granskningen bygger på studier av dokument och ett antal intervjuer med representanter för hälso- och sjukhusvårdsnämndens förvaltning och sjukhusen. Av de dokument som har granskats är rapporterna ”Vård i rimlig tid” (HSN 0704-0284) och ”Revision av CVR-inrapportering samt kontroll av köställande vid några Stockholmssjukhus” centrala.

De intervjuade har fått möjlighet att faktakontrollera rapporten.

## 3. Nationella beslut och åtgärder

### 3.1 ”Kömiljarden” och andra statliga satsningar

Hösten 2008 aviserade regeringen den s.k. ”kömiljarden” för att nå en förbättrad tillgänglighet till vården fr.o.m. 2010<sup>3</sup>. För att ett landsting över huvudtaget ska vara aktuellt för att få del av Kömiljardens medel måste 90 procent av landstingets vårdenheter rapportera in aktuell köstatistik till SKL.

---

<sup>2</sup> Landstingsrevisorerna, ”Styrningen av akutsjukhusen – den nya styrstrategin” nr 18/2008

<sup>3</sup> Budgetpropositionen 2008/09 sid. 57

Landstinget måste även presentera en köplan för hur de avser att aktivt arbeta för att korta köerna.

**Kömiljarden  
ställer krav på  
rapporteringsgrad  
och att  
vårdgarantin  
uppfylls i större  
utsträckning**

För att sedan få del av Kömiljarden måste minst 80 procent av patienterna i ett landsting få träffa en specialist och/eller inleda behandling inom vårdgarantins 90 dagar. Kömiljardens medel delas lika mellan momenten "remiss till specialist" och "behandling", så att de båda momenten får 500 miljoner kronor vardera. De landsting som uppnår målen delar på pengarna utifrån sin befolkningsandel. Det är alltså fullt möjligt för ett landsting att vara med och dela på hälften av Kömiljardens medel om landstinget uppfyller kraven på maximal tid för remiss, men inte för behandling. Som en sporre för att ytterligare korta köerna kommer 50 av de 500 miljonerna per moment att avsättas för det, eller de, landsting som lyckas ge 90 procent av patienterna vård inom vårdgarantins gränser.

Mätningar kommer att ske löpande och medlen fördelas mellan landstingen baserat på landstingens vårdköer den 30 november 2009. Om inget landsting når målet om 80 procent fryser pengarna inne<sup>4</sup>.

### **3.2 Nationellt samarbete för ökad tillgänglighet**

HSN-förvaltningen deltar i flera nationella arbetsgrupper inom tillgänglighetsområdet som drivs av Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Exempel är förberedelsearbetet för implementering av kömiljarden och utvecklingen av SKL:s väntetidsregister. En viktig fråga för landstingets del avseende kömiljarden har varit hur privata specialister som inte har avtal ska hanteras i bedömningen. De privata specialisterna rapporterar idag inga väntetider och har heller inga krav på att göra detta. Enligt SKL ska inte privata specialister ingå i beräkningarna.

### **3.3 Iakttagelser**

Genom att HSN-förvaltningen deltar i nationella arbetsgrupper har beställarna information i god tid om vad som krävs för att ta del av nationella satsningar.

Landstinget har – enligt SKL:s mätningar per oktober – en bit kvar för att kunna få ta del av kömiljarden (se kapitel 4).

---

<sup>4</sup> 2008-12-11 pressmeddelande från Socialdepartementet



## 4. Uppfylls vårdgarantin i SLL?

### 4.1 Uppfyller SLL vårdgarantin till specialistvård?

#### Den nationella vårdgarantin

SKL följer väntetider på nationell nivå genom "Väntetider i vården". Mätningen från oktober 2008 visar att i genomsnitt väntar fortfarande drygt var fjärde patient i landet för länge på besök eller behandling inom specialistvården. En rad landsting som varit mycket framgångsrika i arbetet med att öka tillgängligheten och visar en stabil och hållbar förbättring.

Tabellen nedan visar andel (av totalt antal väntande) patienter i länet som väntat längre än den *nationella* vårdgarantins gränser på specialistbesök (90) och operation/behandling (90). Landstingets rapporteringsgrad till det nationella väntetidsregistret är under 90 % inom flera områden, vilket innebär att resultaten ska tolkas med försiktighet. Rapporteringsgrad beskrivs i avsnitt 4.2.

#### Andel patienter som väntat längre än 90 dagar på besök (SLL)

	November 2008	Oktober 2008	September 2008
Kirurgi	22%	27%	35%
Medicin	19%	22%	36%
Psykiatri – barn	2%	4%	7%
Psykiatri - vuxna	3%	3%	3%

#### Andel patienter som väntat längre än 90 dagar på behandling/operation

	November 2008	Oktober 2008	September 2008
Gynekologi	14%	27%	36%
Handkirurgi	29%	16%	36%
Hjärtsjukvård	23%	23%	31%
Kirurgi	19%	32%	43%
Ortopedi	19%	23%	33%
Plastikkirurgi	10%	12%	30%
Ryggkirurgi	5%	11%	20%
Urologi	4%	18%	34%
Ögonsjukvård	36%	44%	18%
Öron-näsa-halssjukvård	49%	41%	47%

Tabell 1. SKL:s väntetidsuppgifter för SLL.

### Uppfylls den regionala vårdgarantin för nybesök?

Den *regionala* vårdgarantin ställer krav på att nybesök sker inom 30 dagar i stället för 90 dagar. HSN följer andel väntande av de som har väntat över 30 dagar varje månad. Utvecklingen av andel väntande från november 2007 till oktober 2008 visar på en minskning (från 65 % till 52 %). Inom ortopedin minskar andelen väntande under perioden (från 72 % till 58 %). För öron-

näsa- hals är utvecklingen liknande (från 65% till 53 %). Rapporteringsgraden har successivt ökat, men kan fortfarande vara en felkälla i jämförelser. HSN-förvaltningen har i sina analyser gjort olika justeringar för de utförare som inte har rapporterat samtliga månader i syftet att få ett mer tillförlitligt underlag<sup>5</sup>.

## 4.2 Rapportering av väntetider – stödsystem och processer

### Krav på rapportering

Landstingen har en överenskommelse SKL att följa upp väntetid och antal väntetider till mottagningsbesök inom ca 15 specialiteter. Primärvården omfattas inte. HSN ansvarar för rapporteringen som görs via filöverföring till den nationella väntetidsdatabasen "Väntetider i Vården". SKL planerar för en utvidgning av antalet åtgärds-koder och specialiteter som ska rapporteras.

### Rapportering av väntetider ska göras till två system

Utförarna ska rapportera uppgifter om väntetider och antal väntande patienter till olika system. Systemen är:

- *Vårdmarknad* där specialistmottagningar själva rapporterar sin aktuella (självrapporterad/förväntad) väntetid för mottagningsbesök och behandlingar/operationer av nya patienter. Väntetiderna uppdateras så ofta man behöver och minst en gång per månad.
- Utförare ska varje månad skicka uppgifter till *Centrala Väntetidsregistret (CVR)* för det totala antalet väntande patienter. De utförare som inte kan rapportera via CVR ges möjlighet att rapportera manuellt med enkäter.

Ett problem är att rapportering till CVR görs både elektroniskt och manuellt. Manuell rapportering upplevs tidsödande både från HSN-förvaltningen och utförarna. Under 2008 har fler utförare börjat rapportera elektroniskt. Det är framför allt mindre utförare som har manuella hantering. De mindre utförarna kommer från 2009 ges möjlighet till elektronisk rapportering genom en s.k. "webb-report". Än så länge har HSN-förvaltningen inte utformat instruktioner till vårdgivarna om tekniska krav för registrering i webb-report. Riktade informations- och utbildningsinsatser har inte planerats inför implementeringen.

Informationen i CVR och Vårdmarknad borde vara ungefär lika förutsatt att bemanningssituationen eller inflödet av remisser inte varierar kraftigt mellan månaderna. Företrädare för HSN-förvaltningen menar att Vårdmarknad är en marknadsföringskanal för utförare som anger kort uppskattad väntetid, därför att det saknas riktlinjer eller systemstöd som kan ge förutsättningar för lika bedömning.

---

<sup>5</sup> Rapporten "Vård i rimlig tid"

HSN-förvaltningen har i höst gjort en begränsad uppföljning av rapportering genom beställarrevisjonen ”Revision av CVR-inrapportering samt kontroll av köstallande vid några Stockholmssjukhus”. I beställarrevisjonen konstaterades bland annat att beräkningssättet för förväntad kötid skiljer sig mellan utförare. Tidigare har ingen systematisk uppföljning av utförarens uppgifter i de båda systemen gjorts av HSN-förvaltningen. Beställarrevisjonen visade även på att det finns flera problem som rör rapportering till CVR, t.ex. att IT-stödet inte anses vara ändamålsenligt.

### **Otydliga definitioner innebär olika tolkningar och risk för kvalitetsbrister**

Sjukhusens vårdköer och väntelistor består av patienter som inte borde vänta, patienter som själva har valt att vänta (”självald väntan”) och de patienter som av medicinska skäl bör vänta. Sjukhusens ansvar för att uppfylla vårdgarantin omfattar endast den första gruppen.

**Enhetliga  
definitioner  
saknas eller är  
otydliga**

Flera företrädare för sjukhusen har sagt att definition av nybesök är otydlig och diskussion har förts både internt på sjukhusen och vid vårdgaranticoachmöten. Exempelvis är det otydligt när samma patient återkommer med samma besvär efter t.ex. tre, sex eller tolv månader. Karolinska har valt att definiera första besöket för åkomman som nybesök, och alla andra besök som återbesök. Det råder också otydlighet om när tiden börjar räknas för en behandling – när den initieras eller när den planeras. När ett sjukhus har ”bestämt sig” för en egen definition uppstår nästa problem, nämligen att få definitionen känd och efterlevd av alla som registrerar och rapporterar. HSN-förvaltningens beställarrevison visade på ett stort behov av att skapa gemensamma riktlinjer och definitioner kring användning av CVR-koder. Den visade också på att sjukhusen anser att det är oklart om utomlänspatienter ska ingå i rapporteringen eller inte.

### **Rapporteringsgrad har ökat men kraftiga variationer försvårar analys**

Rapporteringsgrad har ökat under 2008 jämfört med förra året. Undantag är sommarmånaderna juni och juli samt september och oktober. Enligt HSN-förvaltningen är det tekniska orsaker till den lägre rapporteringen i höst.

Det finns flera problem inför analysering av CVR-uppgifter. Ett problem är att privata specialisters rapporteringsgrad varierar mellan olika månader. Ett annat problem är att det finns ca 300 privata specialister som inte rapporterar väntetider överhuvudtaget. De avtal som finns saknar krav på rapportering, och därutöver finns gruppen privata specialister utan avtal. Det stora antalet väntande patienter ingår dock i den statistik som rapporteras eftersom det är utförare med färre patienter i kö som inte rapporterar. Det krävs mycket manuell handpåläggning för att få ut statistik som är rensad från undantag vilket i sig är oftast är en ökad risk för felkällor.

### 4.3 Iakttagelser

Rapporteringsgraden har varierat under 2008, men ökat jämfört med 2007. Rapporteringsgraden bör dock öka ytterligare både för att få ökat underlag och för att kunna uppfylla kraven för att erhålla del av kömiljarden.

SKL följer varje månad utvecklingen av väntetider genom sammanställning och analyser av andel (av totalt antal väntande) patienter som väntat längre än den *nationella* vårdgarantins gränser på specialistbesök (90) och operation/behandling (90).

Revisionen har tidigare ifrågasatt att det finns flera system för rapportering. En omfattande manuell hantering krävs av både utförare och HSN-förvaltningen. Det kan också ifrågasättas om inte kostnaden för förvaltning och utveckling av flera IT-system överstiger nyttan.

Utveckling av ett webbaserat inrapporteringsystem borde underlätta rapportering för de utförare som rapporterar manuellt idag. Det saknas en plan för införande kring avstämningpunkter, utbildning och information av utförare m.m. Det finns därmed en risk att implementeringen inte kommer att ske på ett optimalt sätt och ge lägre kvalitet i rapporteringen.

Granskningen visar på ett flertal faktorer som innebär att analyser från CVR blir osäkra. Det handlar framför allt om otydliga definitioner och riktlinjer, manuell hantering och att det varierar vilka utförare som rapporterar varje månad. Ett antal utförare rapporterar inte överhuvudtaget och därför går det inte att få en helhetsbild av länet.

**Utökad  
rapportering till  
CVR ställer krav  
på information till  
de som registrerar  
och rapporterar**

SKL:s utökade krav på återrapportering kräver ändring av vissa åtgärds-koder som används vid rapportering och information till utförarna om ändringarna. Det har inte framkommit i granskningen om det finns beslut om tillvägagångssätt. Det finns risk för sämre kvalitet i rapportering i samband med införandet.

Rapporteringen av förväntad väntetid till Vårdmarknad görs minst månatligen av utförarna. Rapporteringen omfattar fler områden/åtgärder än till CVR. Ändamålsenligt IT-stöd och riktlinjer för beräkning efterfrågas av sjukhusen. Avsaknaden innebär risk för olika bedömningar. HSN-förvaltningen känner till att det förekommer avvikelser mellan Vårdmarknad och CVR som troligen inte har naturliga förklaringar. HSN-förvaltningen har inte gjort någon systematisk uppföljning hittills. Det är utföraren som ansvarar för att inrapporterade uppgifter är korrekta.

Sammanfattningsvis kan vi konstatera att det finns brister kopplade till rapportering vilket innebär att det fortfarande är svårt att uttala sig om graden av uppfyllelse av vårdgarantin.

**Rekommendation:**

- HSN bör skapa gemensamma definitioner, riktlinjer och allmänna råd för rapportering till CVR och Vårdmarknad.

## 5. Information till allmänheten och patienterna om vårdgarantin

### 5.1 HSN informerar allmänheten oftast genom vårdguiden

HSN:s informationskanal till befolkningen är i första hand vårdguiden. Information om vårdgarantin, vårdgarantikansliet och uppgifter om väntetider finns där. I budgeten för 2008 lyfts utvecklingen av vårdguidens tjänster fram som centrala för att medborgarna ska få en bättre service inom hälso- och sjukvården. Idag använder över 800 000 personer vårdguiden varje månad.

Utvecklingen handlar framför allt om vårdguiden på Internet. På övergripande nivå sker en översyn av internetsidorna. Det gäller teknisk och funktionell utveckling, översyn av plattformen och navigeringsbehov<sup>6</sup>.

När det gäller information pågår en ständig utveckling av informationen om utförare. Det gäller bland annat att redovisa ett mer omfattande och uppdaterat jämförelsematerial om olika vårdverksamheter. Information om privattandläkarna ska finnas på vårdguidens hemsida 2009, och detta arbete pågår.

När det gäller interaktiva tjänster så sker utvecklingen inom ”Mina vårdtjänster”. Nya tjänster som är under utveckling är bland annat att kunna boka egna tider på husläkarmottagningar<sup>7</sup>. Utvecklingsarbetet att kunna följa sin remiss har inte kommit igång ännu, bland annat beroende på att det krävs en kommunikation mellan vårdguiden och utförares remissdatabas, t.ex Take Care<sup>8</sup>.

### 5.2 Patienten får ofta, men inte alltid information om vårdgarantin

Revisionen har tidigare kritiserat att det saknats aktuell broschyr om vårdgarantin som utförarna kan dela ut till patienterna. Den nya broschyren

---

<sup>6</sup> Projekt ”Vårdguiden 4.0”

<sup>7</sup> Projekt ”Webbtidbok”

<sup>8</sup> Eventuellt pilotprojekt med St Eriks sjukhus 2009

skickades ut till utförarna i somras, och finns även på vårdguidens hemsida. De stora utförarna har fått den nya broschyren, men det finns en risk att enstaka kliniker och mindre utförare inte har fått den.

De företrädare för sjukhusen som intervjuats kan inte med säkerhet uttala sig att patienter får information om vårdgarantin. HSN-förvaltningens beställarrevison har visat att patientinformation om vårdgarantin sker på olika sätt – antingen att utföraren aktivt informerar om vårdgarantin eller att patienten hänvisas till vårdgarantikansliet för mer information. Från årsskiftet 2008/2009 gäller nya regler för hur sjukhusen ska informera.

Vårdgarantikansliet uppmärksammar ibland att vissa utförare inte har informerat patienten, utan patienten har fått informationen på annat sätt. Informationen har dock förbättrats under 2008 då antalet frågor till kansliet har minskat. Kansliet har hittills inte sammanställt och analyserat brister i informationen.

Vårdgarantikansliet ska vid behov flytta patienter (som åberopar vårdgarantin) till utförare med kortare väntetider. Detta är inget problem inom de områden som har flera utförare, t.ex. hud och ortopedi. Det har varit problem med neuropsykiatriska utredningar av barn och vuxna, men under 2008 har avtal tecknats med fler utförare och köerna har minskat<sup>9</sup>.

### 5.3 Iakttagelser

Vårdguiden får en allt mer central roll i sjukvårdssystemet och detta gäller främst vårdguiden på internet. Under senare år har jämförande information om utförare tillförts och interaktiva tjänster vuxit fram.

Utveckling av vårdguiden kräver ofta att utförarens system kan kommunicera med vårdguiden. Kommunikationsproblem mellan olika dataprogram försenar idag fortsatt utbyggnad. Exempelvis saknas en vedertagen standard för att kunna utföra bokningstransaktioner. HSN kan därför inte kräva att patienter ska kunna göra bokningar hos utföraren via vårdguiden.

Utförare informerar om vårdgarantin på olika sätt. Information till utföraren hur, när och vad informationen ska omfatta verkar saknas. Det innebär att en viktig komponent, information om rätten till vård inom viss tid, inte alltid lämnas till patienten. Det har inte framkommit att varken HSN eller sjukhusen systematiskt har följt upp detta.

---

<sup>9</sup> HSN 0801-0139

**Budgeterade  
medel för bättre  
tillgänglighet  
kommer att  
användas 2008**

## 6. Ekonomisk satsning på bättre tillgänglighet

### 6.1 Särskilda resurser har använts för att korta köerna

I HSN:s budget finns 73 mkr avsatta för vårdgarantiåtgärder.

Landstingsstyrelsen har genom ett särskilt beslut skjutit till ytterligare landstingsbidrag till HSN för att korta köerna (175 mkr)<sup>10</sup>. HSN-förvaltningen började med att analysera köerna, och därefter göra tilläggsbeställningar. Det är framför allt under hösten som större tilläggsbeställningar har gjorts.

Tilläggsbeställningar har gjorts inom ortopedi, hud, öron- näsa- och hals och ögonvård. Tilläggsbeställningar av neuropsykiatriska utredningar för barn respektive vuxna har också gjorts under 2008. Enligt HSN-förvaltningen kommer samtliga medel att användas för tilläggsbeställningar.

I Landstingsstyrelsens beslut ställs inte krav på särskild återrapportering av hur medlen har använts. HSN-förvaltningen uppger att återrapportering är möjlig i och med att vårdgivarna har fått särskild instruktion för hur den utförda vården (enligt tilläggsbeställning) ska registreras. Det finns uppgifter att flera utförare har fått tillåtelse att avvika från instruktionerna p.g.a. tekniska hinder. Samtliga utförare har dock garanterat att begärda uppgifter ska kunna redovisas och föra in i HSN-förvaltningens stödsystem.

### 6.2 Tillgänglighetsprojektet

HSN-förvaltningen har under 2008 koncentrerat flera insatser inom ramen för ett särskilt projekt, Tillgänglighetsprojektet. I april beslutade HSN om en handlingsplan för Tillgänglighetsprojektet<sup>11</sup>. I handlingsplanen finns sex strategiska arbetsområden;

1. Att säkra en kontinuerlig, heltäckande och korrekt inrapportering till CVR
2. Identifiera de patienter som idag har väntat längre än vårdgarantins krav och påbörja beställning/upphandling för att minska eller helst eliminera dessa köer
3. Göra en översyn av de s.k. grundbeställningarna för att i framtiden minska eller helst eliminera behovet av extrabeställningar
4. Stödja vårdgivarnas arbete med att förbättra vårdflöden och minska ledtider
5. Informera patienter/anhöriga/medborgare om aktuella väntetider
6. Ta fram en strategi för köfri sjukvård

Handlingsplanen saknar uppgifter om t.ex. tidplan, lägesrapportering, bemanning och ansvarsroller samt total kostnad för projektet. Anledningen är

---

<sup>10</sup> LS 0804-0333

<sup>11</sup> HSN 0803-0480

## HSNf ställde två krav på utförare som får tilläggsbeställning

tidsbrist enligt förvaltningen. Projektet har framför att handlat om att analysera köer och göra tilläggsbeställningar samt att förbättra rapportering till CVR.

I arbetet med tilläggsbeställningar uppger HSN-förvaltningen att tiden är en riskfaktor. Om en tilläggsbeställning läggs hos en utförare i september kan detta tidigast börja visa sig vid rapportering av antal väntande patienter i november. Det innebär att HSN-förvaltningen inte kan använda sig av CVR vid tilläggsbeställningar utan blir tvungen att utgå från andra uppgifter. Förvaltningen kräv på utförare som får tilläggsbeställning är;

- Ska ha ledig kapacitet (så att man kan ta leveransen)
- Tillgänglig/tillräcklig kompetens

HSN har fått fem lägesrapporter från tillgänglighetsprojektet. Lägesrapporterna har bl.a. innehållit analyser av väntetider utifrån rapportering till CVR-registret och gjorda tilläggsbeställningar. Förvaltningen påpekar i flera lägesrapporter att det finns kvalitetsbrister i uppgifterna vilket försvårar möjligheter till analyser. Resultat från övriga strategiska arbetsområden har hittills inte rapporterats. En slutrapport från projektet ska komma i mars 2009.

Från årsskiftet 2008/2009 har en permanent funktion inrättats inom HSN-förvaltningen som ansvarar för tillgänglighet och vårdgarantiområdet.

### 6.3 HSN informerar vårdgivare bland annat genom vårdgaranticoacher

Vårdgaranticoach finns på sjukhusen, SLSO samt på större privata utförare. Coacherna ska ”stödja en utveckling där personalen får god kunskap om garantin och dess villkor och i övrigt verka för att införandet av garantin underlättas”<sup>12</sup>. I HSN-förvaltningen:s beställarrevison framkommer att vårdgaranticoachuppdraget skiljer sig mellan sjukhusen och behov finns av förtydligande av uppdraget<sup>13</sup>. Vid s k vårdgaranticoachmöten har HSN-förvaltningen informerat om nyheter från SKL:s arbetsgrupper, utvecklat systemstöd för rapportering och coacherna har berättat om köläget vid sina respektive sjukhus (eller motsvarande)<sup>14</sup>. Det har endast varit tre möten 2008.

Uppdragsguiden är en av HSN:s främsta informationskanaler till de utförare som HSN har avtal med. Det har inte framkommit att Uppdragsguiden används kontinuerligt för att informera om regelverket kring väntetider, rapportering etc.

---

<sup>12</sup> Lägesrapport i HSU i februari 2006 (LS 0509-1588)

<sup>13</sup> Beställarrevison ”Revision av CVR-rapportering samt kontroll av köställande vid några Stockholmssjukhus

<sup>14</sup>Minnesanteckningar 2008-03-04 och 2008-04-29. Anteckningar från möte 2008-09-11 saknas.



## Viteskrav har ej tillämpats mot sjukhusen 2008

### 6.4 HSN ska följa upp sjukhusens väntetider

HSN-förvaltningen har månatligen följt upp väntetider för de utförare som rapporterar. Det är inte tydligt om avvikelser i form av för långa väntetider beaktas i löpande avtalsuppföljning med sjukhusen. Den löpande uppföljningen av sjukhusen under 2008 har inte heller prioriterats till förmån för utvecklingen av flerårsavtal. I 2008 års vårdavtal med akutsjukhusen finns en vitesklausul om utföraren brister i rapportering till CVR. Årets krav är endast registrering, inte krav på kvalitet eller täckningsgrad. Vitesklausulen har inte tillämpats då juridiken inte varit tillräcklig för viteskrav p.g.a. otydlig formulering i avtalstexten.

Arbetet med att minska köer varit intensivt för HSN-förvaltningen och sjukhusen (sjukhusens arbete beskrivs i kapitel 7) under hösten 2008. Hälso- och sjukvårdsdirektören har tillskrivit ledningar för sjukhusen för att uppmana till gemensam prioritering av arbetet med att minska vårdköer inför årsskiftet, och vid behov flytta patienten till utförare med kortare kö<sup>15</sup>. Flera av de utförare som hade kortare väntetider saknade förhandsinformation om hälso- och sjukvårdsdirektörens brev, och var inte förberedda på anstormning av nya patienter. Flera kliniker vid olika sjukhus överlämnade inaktuella väntelistor. Därför genomförde HSN-förvaltningen sin beställarrevison under hösten 2008.

HSN-förvaltningen har inte analyserat vårdstrejkens effekter på övergripande nivå, utan hänvisar till att denna analys görs av ägarenheten inom landstingsstyrelsens förvaltning. Däremot har förvaltningen uppgifter om hur olika sjukhus har påverkats.

Även om sjukhusen övertar ansvaret för sina väntetider räknar inte vårdgarantikansliet med en minskad arbetsbelastning, i varje fall inte under första delen av 2009.

### 6.5 Iakttagelser

Särskilda medel har avsatts för vårdgarantiåtgärder från både HSN och Landstingsstyrelsens sida. Tilläggsbeställningar har gjorts inom de områden där köerna varit längst. Det har inte varit möjligt inom ramen för granskningen att verifiera HSN-förvaltningens underlag för analys av köerna och prioritering mellan vårdområden.

I landstingsstyrelsens beslut om utökat landstingsbidrag till HSN saknas krav på återrapportering av den ökade satsningen. Separat återrapportering av det utökade landstingsbidraget är tekniskt sett möjligt enligt HSN-förvaltningen. Med tanke på att vårdgivarna rapporterar på olika sätt finns det en risk för manuell handpåläggning och risk för mindre tillförlitligt underlag (se 4.2).

---

<sup>15</sup> HSN 0808-0996

**Arbetet i tillgänglighetsprojektet har mest inneburit analys av köer och tilläggsbeställningar**

HSN-förvaltningen har prioriterat arbetet med att analysera köer och göra tilläggsbeställningar. Tillgänglighetsprojektets uppgift i flera strategiska områden har varit otydligt inom HSN-förvaltningen. Handlingsplanen för projektet har inte omfattat uppgifter om t.ex. tidplan, ansvar och bemanning vilket försvårar uppföljning och styrning av projektet så att hela uppdraget utförs. En stor del har varit att identifiera patienter som väntat längre än vårdgarantitid och hänvisa dem till annan utförare. Arbetet inom det strategiska området ”stödja vårdgivarna med att förbättra vårdflöden och minska ledtider” har exempelvis inte prioriterats och egentligen endast omfattat en beställarrevison. Revisionskontoret anser att det bör förtydligas vilket ansvar HSN har som beställare för att vårdgivare ska korta ledtider och förbättra vårdflödena.

Vitesklausulen i avtalen när sjukhusen inte rapporterar till CVR har inte tillämpats. Troligen har klausulen ändå haft positiv effekt på rapporteringsgraden. I avtalen med sjukhusen finns också krav på att ha aktuella väntelistor och kontakta patienter som står i kön. Om flera mottagningar har inaktuella väntelistor har inte avtalet uppfyllts. HSN har troligen inte sett detta i avtalsuppföljningen. Sjukhusen har intensifierat arbetet med väntelistor under hösten, vilket innebär att tidigare analyser av köerna kan ha grundat sig på mindre korrekta underlag.

Ett intryck är att vårdgaranticoachmötena har fyllt en funktion för information och diskussion kring aktuella problem med t.ex. rapportering av köer. Det har också framgått att tydliga riktlinjer för rapportering efterfrågas av sjukhusen, men än så länge saknas detta. Det är oklart i vilken mån som Uppdragsguiden används som en strategisk informationskanal till vårdgivarna.

HSN har fått regelbunden information om väntetider och arbetet i tillgänglighetsprojektet från HSN-förvaltningen.

## **7. Sjukhusen har fortsatt arbeta med att få ned väntetiderna**

### **7.1 Intensivt arbete med att kvalitetssäkra och korta väntelistor**

Sjukhusen har prioriterat ökad tillgänglighet i och med politiska direktiv. Även avtalskrav på rapportering av väntetider till CVR, kopplat med risken för vite, har inneburit en högre ambitionsnivå 2008 än tidigare.

Fr.o.m. 2009 övergår ansvaret för att uppfylla vårdgarantin på sjukhusen i och med flerårsavtal. Om väntetider till specialistbesök och operation/behandling överstiger 30/90 dagar inträder ett betalningsansvar för dessa patienter. Reglerna anges i flerårsavtalet med bilagor. Beträffande områden där

## Översyn av vårdprocesser för att nå högre produktivitet och effektivitet

sjukhusen inte klarar av vårdgarantin vid årsskiftet kommer sanktionsregeln inte att träda in för köerna per 31 december, men kön får inte växa<sup>16</sup>.

Arbetet med att minska antalet väntande patienter pågår därför på sjukhusen. Det handlar framför allt om att kvalitetssäkra väntelistor, att överföra väntande patienter till utförare med kortare väntetid och att utveckla relationer med möjliga underleverantörer. I arbetet med att kvalitetssäkra väntelistor görs t.ex. kontroll mot dödsorsaksregistret och mot patientjournalen. Vissa köer har rensats på patienter som har stått längre än tre år (inom vissa diagnoser). Det finns också mottagningar på sjukhusen som har kontaktat varje patient personligen.

Sjukhusen ser också regelbundet över sina vårdprocesser för att öka produktivitet och effektivitet. Exempelvis har Danderyd sett över vårdprocessen för (planerad) höftledsoperation som har inneburit en produktionsökning med 50 % bland annat genom att ha dessa patienter på egen avdelning. Mottagningar på Danderyd och Södersjukhuset har infört SMS-påminnelse till patienten för att minska antalet uteblivna patienter.

I sjukhusens förberedelser har också omfattat att beräkna flödet av inkommande remisser, att beräkna antalet möjliga besök per månad och att därefter identifiera de patienter som ej kan tas emot under 2008. Mottagningen/sjukhuset står därefter inför alternativen att ta emot patienten på t.ex. kvällsmottagning, hänvisa patient till vårdgarantikansliet eller andra utförare. Vidare kan mottagningen se över återbesök, antingen glesa ut dem eller att flytta dem till specialistmottagning utanför sjukhuset. Om mottagningen önskar glesa ut vårdbesöken ska detta ske inom ramen för vad vårdprogrammet anger. Många verksamhetschefer planerar eller har ledningens uppmaning att bygga upp kontakter med privata utförare.

Det har hänt att patienter har gått till annan utförare samtidigt som patienten har stått kvar på sjukhusens väntelista. Därför kan patienten ha planerats för operation då det visar sig att operation redan utförts på annat ställe. Patientens remiss kan ha skickats till flera utförare eller så har patienten kontaktat vårdgarantikansliet för att få operation snabbare.

Karolinska uppger att antalet återbesök har växt kraftigt. Sjukhuset ser över sättet att hantera patienterna för att försöka få bukt på utvecklingen. Exempel på åtgärder är att glesa ut besöken och att i större utsträckning ha sjuksköterskemottagningar. Chefläkaren menar att dessa åtgärder inte för med sig någon större medicinsk risk. Det har inte framkommit att de andra sjukhusen har liknande problem.

---

<sup>16</sup> Utdrag ur styrelseprotokoll DSAB 2008-11-26

Sjukhusen har framfört att fokus på att uppfylla vårdgaranti och rapportering till CVR innebär att fokus ligger på en patientgrupp som egentligen är lägst medicinskt prioriterade. Gruppen som väntetidsrapporteras är andelsmässigt inte stor relaterat till totalt antal patienter. Karolinska uppger dock att det inte finns någon risk med att vårdgarantipatienter tränger undan andra patienter, snarare är risken att sjukhuset hittills har brytt sig för lite om vårdgarantin. Detta kan bero på att sjukhuset har stora akuta flöden som måste genomföras.

## 7.2 Sjukhusen följer upp och rapporterar väntetider

Sjukhusen har olika verktyg och system för att följa väntetider. HSN-förvaltningens beställarrevison redovisar att det ofta blir dubbelarbetet eftersom information ska in i flera system som inte är länkade till varandra. Sjukhusens uppföljning görs för hela sjukhuset och per klinik. Den omfattar väntetider för nybesök och återbesök samt operation;

- Andel och antal väntande mer än 30 dagar till mottagningar (av totalt antal väntande),
- Andel och antal väntande till operation mer än 90 dagar.

Sjukhusen särredovisar de patienter som valt att stå kvar i kö och inte återropa vårdgarantin. Karolinska följer särskilt de patienter som väntat mer än vårdgarantins gräns som av medicinska skäl inte kan opereras inom ramen vårdgarantins tidsperiod (s.k. framflyttad vård) eller om patienten av olika skäl vill skjuta på operationen.

**Styrelserna för sjukhusen får information om väntetider och tillgänglighet**

Styrelserna för alla granskade sjukhus har informerats om sjukhusets tillgänglighet i form av antal väntande patienter och väntetider. Rapportering är både per sjukhus och per klinik/specialitet. Danderyds styrelse har fått information om aktuella väntetider och planerade åtgärder vid flera tillfällen under hösten<sup>17</sup>. Fokus ligger dock på problemområden, t.ex. där det inte finns andra utförare inom landstinget. Informationen från Södersjukhuset till sin styrelse har omfattat ett kort avsnitt i månadsrapporten och VD:s brev. Styrelsen för Karolinska fick särskild information om ”Patientsäkerhet, kvalitet och tillgänglighet” i september.

## 7.3 Iakttagelser

Sjukhusen har under 2008 prioriterat en ökad tillgänglighet och kortare köer genom olika insatser. I och med att sjukhusen får ansvar för väntetider och köer har ett intensivt arbete pågått under hösten. Det handlar både om att kvalitetssäkra väntelistor, att föra över patienter till andra utförare och att se över vårdprocesser och rutiner. Uppföljning, information och rapportering till CVR, ledningsgrupper och styrelser har ökat under 2008 jämfört med tidigare.

---

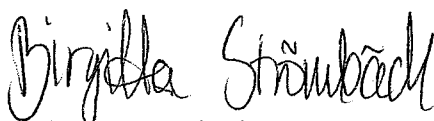
<sup>17</sup> Styrelsemöten DSAB: 2008-05-26, 2008-08-25, 2008-09-17 och 2008-11-26

I sjukhusens arbete med att minska köer finns vissa risker, t.ex. att

- specialistmottagningen blir "hårdare" i sin bedömning av inkommande remisser, och patienten då kan hamna i ett "ingenmansland" mellan primärvården och specialistvård. Risken är troligen störst inom de områden som saknar tydliga och vedertagna indikationer för när patienten tas över av specialister.
- återbesök till läkare glesas ut, alternativt att patienter överförs till sjuksköterskemottagning eller specialistmottagning utanför sjukhuset finns det då risk att kompetens och resurser inte är tillräckliga? Sådana förändringar måste ske inom ramar för vårdprogram och riktlinjer samt att resurser och kompetens säkerställs.

**Liknande uppdrag  
för vårdgaranti-  
coach och  
vårdgaranti-  
kansliet**

Vårdgaranticoacherna får en viktig roll när sjukhusen övertar ansvaret för sina egna köer och vårdgarantin. Flera kliniker och vårdgaranticoacher på sjukhusen har kontaktat vårdgarantikansliet inom HSN-förvaltningen för att få information om det praktiska arbetet med vårdgarantiärenden. Coachernas arbete på sjukhusen kommer i större utsträckning att likna vårdgarantikansliets arbete med att följa väntetider och tillgänglighet för olika mottagningar och för de utförare som sjukhuset kan hänvisa patienter till.



Birgitta Strömbäck  
Projektledare