

# Löftesfri garanti?

En uppföljning av den nationella vårdgarantin



Citera gärna ur Vårdanalys publikationer,  
men ange alltid källa.

Rapporten finns även publicerad  
på [www.vardanalys.se](http://www.vardanalys.se)

Beställning av Vårdanalys tryckta publikationer:  
[registrator@vardanalys.se](mailto:registrator@vardanalys.se)  
Box 6070, 102 31 Stockholm

© Myndigheten för vård- och omsorgsanalys  
**Grafisk Design och produktion:** Les Creatives Sthlm  
**Omslagsbild:** istockphotos/Getty Images  
**Tryck:** EDITA BOBERGS  
ISBN 978-91-87213-72-4



# Löftesfri garanti?

En uppföljning av den nationella vårdgarantin



# Beslut

Beslut om denna rapport har fattats av Myndigheten för vård- och omsorgsanalys styrelse. Utredaren Åsa Ljungvall har varit föredragande. I den slutliga handläggningen har projektdirektören Hanna Sjöberg deltagit.

Stockholm 2017-07-06

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

Anders Anell  
*Styrelseordförande*

Karin Tengvald  
*Vice styrelseordförande*

Eva Fernvall  
*Styrelseledamot*

Mef Nilbert  
*Styrelseledamot*

Fredrik Lennartsson  
*Generaldirektör*

Åsa Ljungvall  
*Föredragande*





## Förord

En god tillgänglighet med rimliga väntetider till vård har stor betydelse för patienter och för befolkningen. Långa väntetider kan skapa oro, stress och rädsla. Men det kan också leda till att en sjukdom eller ett medicinskt tillstånd förvärras eller att man måste vara borta från arbetet onödigt länge.

Vårdgarantin anger hur länge man som längst ska behöva vänta på att få kontakt med vården, på att få ett besök och på att få en planerad behandling. Vårdgarantin är författningsreglerad och landstingen är skyldiga att hålla tidsgränserna. På så vis är vårdgarantin både ett viktigt styrmedel i tillgänglighetsarbetet och en försäkran till befolkningen.

När vårdgarantin inte efterlevs drabbas enskilda patienter och anhöriga, men det riskerar även att försvaga förtroendet för hälso- och sjukvården. Långa väntetider och bristande tillgänglighet är ett långvarigt problem i Sverige som landstingen och regeringen behöver arbeta med långsiktigt och strukturerat.

I den här rapporten följer vi upp väntetiderna i förhållande till vårdgarantins tidsgränser. Vi visar också på hur hälso- och sjukvården i olika delar av landet och inom olika medicinska områden lever upp till vårdgarantin. I rekommendationerna pekar vi på vad landsting och regering behöver göra för att långsiktigt förbättra vårdens tillgänglighet och för att stärka förutsättningarna för styrning och uppföljning för en jämlik tillgång till vård. Vi hoppas därmed att rapporten ska fungera som ett kunskapsunderlag och som en utgångspunkt för ett stärkt arbete för en mer tillgänglig hälso- och sjukvård.

Arbetet med rapporten har genomförts av utredarna Åsa Ljungvall och Karl Kjäll och analytikern Johannes Lissdaniels. Vi tackar Harald Grönqvist (SKL), Hélène Ellström (SKL) och Sevim Barbasso Helmers (Socialstyrelsen) för värdefulla diskussioner och bidrag under projektets gång. Vi tackar också de personer, bland annat ett antal verksamhetschefer, som har låtit oss intervjuas. Vårdanalys står för alla slutsatser och rekommendationer i rapporten.

Fredrik Lennartsson  
*Generaldirektör*





# Sammanfattning

Vårdanalys har följt upp och analyserat hur väntetiderna till hälso- och sjukvården har utvecklats och i vilken utsträckning landstingen ger vård till befolkningen inom vårdgarantins tidsgränser. I den här rapporten redovisar vi våra resultat och slutsatser. Vi lämnar också rekommendationer till regeringen och till landstingen som syftar till att långsiktigt förbättra tillgängligheten till hälso- och sjukvården och öka efterlevnaden av vårdgarantin.

## ATT VÅRDEN ÄR TILLGÄNGLIG ÄR VIKTIGT FÖR PATIENTER OCH MEDBORGARE

Rimliga väntetider till vård är av stor betydelse för patienter och medborgare. Den nationella vårdgarantin tydliggör hur länge man som längst ska behöva vänta på vård.

### **Väntetiderna är viktiga för både vårdkvalitet och förtroende**

Långa väntetider till besök och behandling i vården kan leda till att en sjukdom eller ett medicinskt tillstånd förvärras för en patient. Det kan också leda till oro, stress och rädsla – att behöva vänta länge på att få kontakt med vården eller på att få en behandling kan vara väldigt frustrerande både för patienten och anhöriga. Långa väntetider kan också leda till ökade kostnader för hälso- och sjukvården om ett medicinskt tillstånd för en patient förvärras under väntetiden. De kan också medföra ökade samhällsekonomiska kostnader och kostnader för patienten.

Att väntetiderna är korta är en viktig del av vårdens tillgänglighet. Men tillgänglighet rymmer också sådant som att befolkningen vet hur man söker



vård, att det finns enkla och tydliga kontaktvägar till vården och att den är fysiskt tillgänglig, till exempel att avstånden inte är för långa och att lokalerna är anpassade för olika behov.

Både väntetider och tillgänglighet i den bredare bemärkelsen har varit ett problem i svensk hälso- och sjukvård sedan lång tid tillbaka. Svenska patienter upplever sämre tillgänglighet till hälso- och sjukvården än patienter i andra jämförbara länder. De upplever i större utsträckning att de behöver vänta länge på att få tid hos läkare eller sjuksköterska och de upplever sämre tillgänglighet till vård på kvällar och helger.

Data pekar också på att det finns ett samband mellan tillgängligheten och befolkningens förtroende för hälso- och sjukvården. En bristande tillgänglighet riskerar med andra ord att underminera befolkningens förtroende för hälso- och sjukvården. Att vården är och uppfattas som tillgänglig är därför viktigt inte bara för den enskilde patienten, utan också för den långsiktiga hållbarheten i hälso- och sjukvårdssystemet.

## **Vårdgarantin är bred och gäller inte alla delar i vårdkedjan**

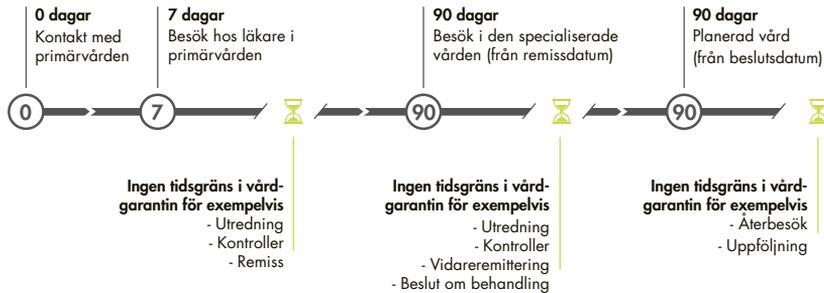
Vårdgarantin anger hur länge man som längst ska behöva vänta för att få kontakt med, besök hos eller planerad vård i olika delar av hälso- och sjukvården. Den är en bred tillgänglighetsgaranti som är utformad likadant för alla patienter, oavsett diagnos och svårighetsgrad. Vårdgarantin är författningsreglerad sedan 2010 och sedan 2015 finns det också bestämmelser om vårdgarantin i patientlagen. Därmed är landstingen skyldiga att ge vård inom vårdgarantins tidsgränser.

Vårdgarantin innebär att en patient ska komma i kontakt med primärvården samma dag som hen söker kontakt (tillgänglighetsgaranti) och få besöka läkare i primärvården inom sju dagar från det att hen har sökt kontakt med primärvården, om vårdgivaren har bedömt att hen behöver besöka läkare (besöksgaranti inom primärvården). Den innebär också att en patient ska få besöka den specialiserade vården inom 90 dagar från det att remiss har utfärdats eller, om någon remiss inte är nödvändig, från det att patienten har sökt kontakt med den specialiserade vården (besöksgaranti inom den specialiserade vården). Efter att vårdgivaren har beslutat om planerad vård (exempelvis en operation eller annan behandling) ska vården påbörjas inom 90 dagar (behandlingsgaranti).

Vårdgarantin omfattar alltså inte alla delar av vårdkedjan. Väntetider till diagnostisering, utredning, undersökningar och återbesök är exempel på delar som inte ingår i vårdgarantin. Den säger inte heller något om kvaliteten

på vården, hur vårdprocessen ska fungera för patienten eller hur kontakterna med vården, till exempel tidsbokningar, ska se ut. Sådant är också viktigt för patienten och påverkar tillsammans med väntetiderna den sammantagna upplevelsen av vården och dess tillgänglighet. Att vårdgarantin är uppfylld räcker alltså inte för att vården ska vara tillgänglig ur ett patientperspektiv.

### Den nationella vårdgarantins fyra delar och tidsgränser.



## RESULTAT OCH SLUTSATSER

Nedan presenterar vi en sammanfattning av resultat och slutsatser från vår uppföljning av hur väntetiderna och efterlevnaden av vårdgarantin har utvecklats sedan 2012. I uppföljningen har vi använt den nationella väntetidsdatabasen som administreras av Sveriges Kommuner och Landsting (SKL).

### Försämrad tillgänglighet i vårdgarantins alla delar och bestående skillnader mellan landstingen

Efterlevnaden av samtliga fyra tidsgränser i vårdgarantin – kontakt med primärvården, besök i primärvården, besök i specialistvården och behandling – har enligt mätningarna i väntetidsdatabasen försämrats. År 2016 var efterlevnaden på den lägsta nivån sedan 2012. Samtidigt råder det stora skillnader mellan landsting och vårdområden i hur väl tidsgränserna hålls och i hur tillgängligheten har utvecklats över tid.

Våra resultat inkluderar patienter som har markerats som *patientvalt väntande*. Det innebär att vården har markerat att vissa patienter själva valt att vänta längre än tidsgränsen, till exempel för att de vill träffa en särskild läkare i primärvården som inte är tillgänglig inom tidsgränsen eller för att de avstår från ett erbjudande om att besöka eller bli behandlade i den specialiserade vården exempelvis på en annan ort. Hanteringen

och klassificeringen av patientvald väntan ser ut att skilja sig åt mellan landsting och verksamheter och har dessutom förändrats över tid. För att göra jämförelserna mer rättvisande har vi valt att inkludera de som står som patientvalt väntande. Det medför att landstingens efterlevnad av vårdgarantin är sämre enligt våra resultat jämfört med de resultat som redovisas av SKL ([www.vantetider.se](http://www.vantetider.se)).

### *Tillgänglighetsgaranti – kontakt med primärvården samma dag*

Under 2016 fick 87 procent av alla som ringde till primärvården kontakt samma dag. Det är en tydlig minskning från 2013 då 92 procent fick kontakt samma dag. Det finns stora skillnader mellan landstingen, från omkring 75 procent till i princip 100 procent. Dessa skillnader har bestått sedan 2012.

Andel besvarade samtal samma dag i primärvården.



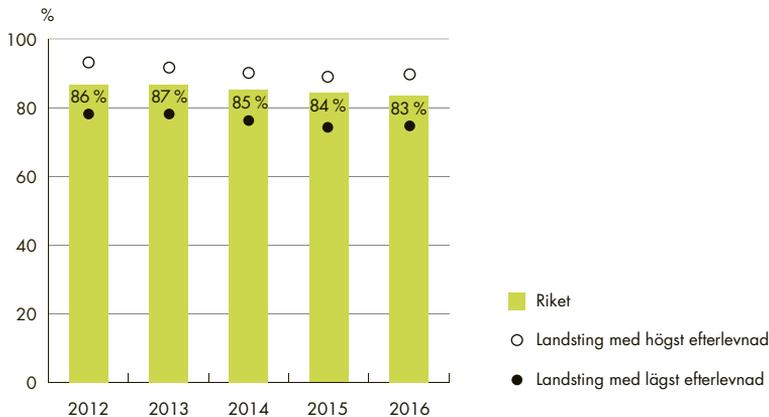
Not: Stockholm ingår inte i beräkningarna.  
Källa: Väntetidsdatabasen.

### *Besöksgaranti inom primärvården – besök hos läkare i primärvården inom sju dagar*

Under 2016 fick 83 procent av patienterna träffa en läkare i primärvården inom vårdgarantins tidsgräns på sju dagar. Det innebär att drygt 83 500 läkarbesök i primärvården 2016 inte gjordes inom vårdgarantins gräns. Det bästa resultatet uppnåddes 2013 då 87 procent fick träffa en läkare inom tidsgränsen. Skillnaderna mellan landstingen är stora. I landstinget med bäst efterlevnad fick 90 procent av patienterna ett besök inom sju dagar år 2016, och i landstinget med sämst efterlevnad var motsvande

siffran 71 procent. Skillnaderna mellan offentliga och privata vårdcentraler är små när man inkluderar patientvald väntan; år 2016 fick en något större andel av patienterna på offentligt drivna vårdcentraler läkarbesök i primärvården inom vårdgarantins tidsgräns. Om man däremot exkluderar patientvald väntan uppvisar privata vårdcentraler ett bättre resultat eftersom patientvald väntan är betydligt vanligare på privata vårdcentraler. Andelen som står som patientvald väntan på besök på offentliga vårdcentraler är 5,5 procent medan andelen på privata vårdcentraler är 9,2 procent. Andelen patientvalt väntande är alltså omkring 70 procent högre på privata vårdcentraler. Analysen ger inte svar på varför skillnaden i andelen patientvalt väntande mellan privata och offentliga vårdcentraler är så stor.

Andel patienter som fått läkarbesök i primärvården inom sju dagar.



Not: Patientvalt väntande är inkluderade i beräkningen.  
Källa: Väntetidsdatabasen.

### *Besöksgaranti inom den specialiserade vården – besök inom den specialiserade vården inom 90 dagar*

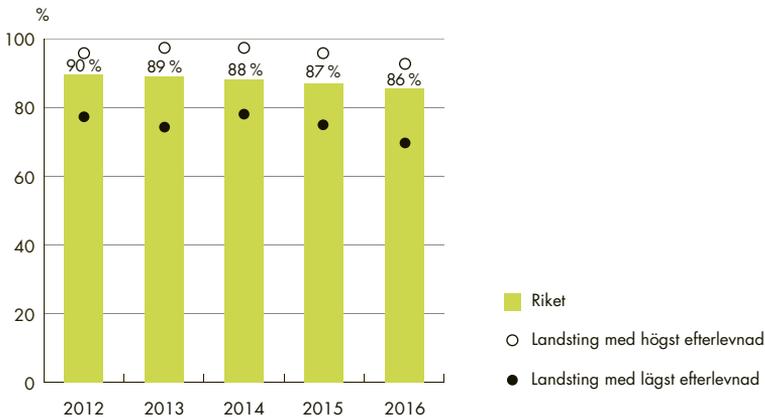
Under 2016 fick 86 procent av patienterna ett nybesök inom den specialiserade vården inom 90 dagar. Det innebär att nära 280 000 besök inte genomfördes inom vårdgarantins tidsgräns. Bäst resultat uppnåddes 2012 då 90 procent av besöken gjordes inom 90 dagar.

De regionala skillnaderna har ökat över tid och 2016 var skillnaden mellan landsting med bäst respektive sämst efterlevnad 23 procentenheter. Sedan 2012 har resultaten försämrats i samtliga landsting utom två.



Det finns också stora skillnader mellan specialistområden. År 2016 fick endast 67 procent av patienterna inom allergisjukvård ett nybesök hos läkare inom 90 dagar medan motsvarande siffra inom flera andra områden, bland annat njurmedicin och reumatisk sjukvård, var över 90 procent. Inom cancervård fick i princip alla patienter sitt besök inom tidsgränsen. De medicinska konsekvenserna av långa väntetider skiljer sig dock åt mellan olika vårdområden, och vårdgarantins tidsgräns om 90 dagar är inte relevant för vissa diagnoser och vårdområden, bland annat flera diagnoser inom cancerområdet.

Andel patienter som fått nybesök inom den specialiserade vården inom 90 dagar.



Not: Patientvalt väntande är inkluderade i beräkningen.  
Källa: Väntetidsdatabasen.

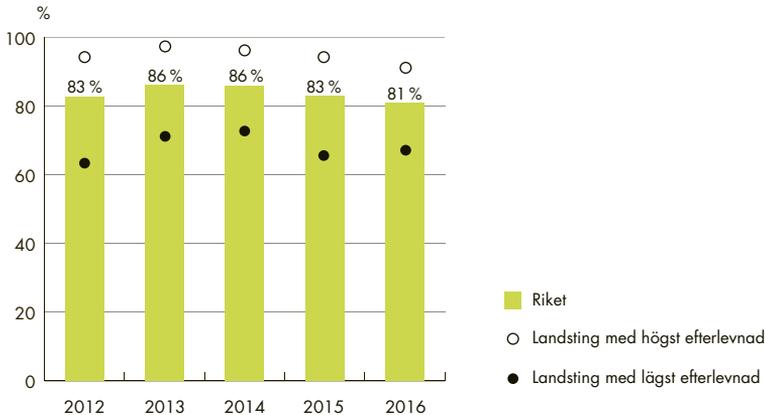
### *Behandlingsgaranti – planerad vård inom 90 dagar*

Under 2016 fick 81 procent av patienterna planerad vård (till exempel en operation eller annan behandling) inom specialistsjukvården inom 90 dagar. Det innebär att nära 120 000 behandlingar inte gjordes inom vårdgarantins gräns. Bäst resultat uppnåddes 2013 och 2014 då 86 procent fick planerad vård inom vårdgarantins gränser.

Skillnaderna mellan landsting är stora. År 2016 genomfördes 91 procent av de planerade behandlingarna inom 90 dagar i landstinget med bäst efterlevnad, medan motsvarande andel för det landstinget med sämst efterlevnad var 67 procent – en skillnad på 24 procentenheter. Sedan 2012 har ungefär hälften av landstingen förbättrat sin efterlevnad medan andra hälften har försämrats sin.

Det finns också stora skillnader mellan vårdområden och sedan 2012 har det skett en förbättring inom vissa och en försämring inom andra. Öron-näsahals, handkirurgi och neurokirurgi är de områden där försämringen sedan 2012 varit störst, medan plastikkirurgi uppvisar den största förbättringen. Liksom för nybesök inom den specialiserade vården kan konsekvenserna av att tidsgränsen inte hålls skilja sig mellan vårdområden, och tidsgränsen är inte lika relevant som bortre gräns för alla områden.

Andel patienter som fått planerad vård (operation eller annan behandling) inom 90 dagar.



Not: Patientvalt väntande är inkluderade i beräkningen.  
Källa: Väntetidsdatabasen.

## Allt fler väntar längre på vård

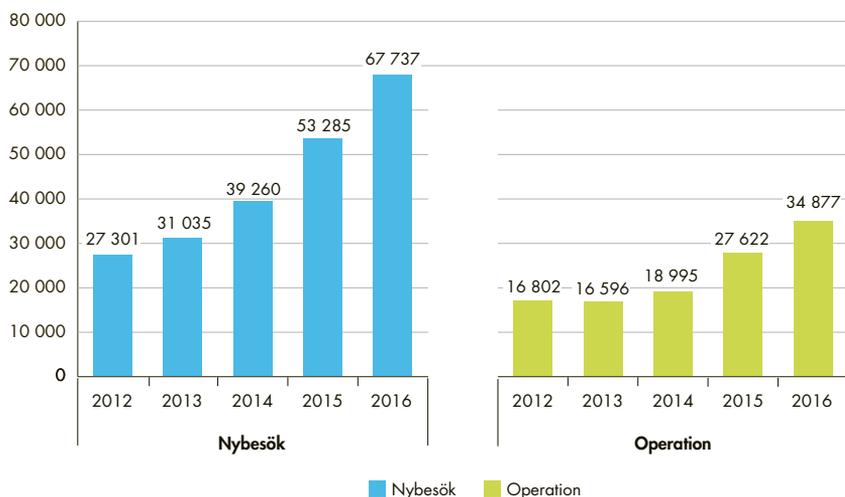
Allt fler patienter står på väntelistorna till specialistvård allt längre tid 2016 jämfört med tidigare år. Mellan 2012 och 2016 ökade antalet patienter som har väntat mer än 90 dagar på nybesök inom den specialiserade vården från drygt 27 000 till nära 68 000. Antalet som har väntat mer än 90 dagar på operation eller annan behandling ökade från knappt 17 000 till nära 35 000. Antalet som väntat väsentligt längre än vårdgarantins gränser, sex månader eller mer, ökar också, från 7 000 till nära 24 000 för nybesök och från 5 000 till drygt 14 000 för operation och andra behandlingar.

Samtidigt som allt fler väntar allt längre på vård genomförs en stor del av nybesöken inom den specialiserade vården, operationerna och andra behandlingar snabbt, utan stora förändringar över tid. För samtliga år 2013–2016 gjordes 49 procent av nybesöken och 43–45 procent av operationerna inom 30 dagar. Detta mönster är förenligt med att det sker en prioritering

av patienterna, där en del av patienterna får vård snabbt medan andra får vänta längre. Men eftersom den befintliga väntetidsstatistiken inte innehåller information om patienternas medicinska behov går det inte att avgöra hur behoven ser ut för de patienter som har väntat länge, eller hur behoven skiljer sig från patienter som får vård snabbare.

Vården ska prioritera efter behov, men oavsett vilka behov de som väntar länge har, är det av yttersta vikt för varje enskild patient att få vård inom rimlig tid. Vårdgarantin, som den nu är formulerad, är inte heller primärt en garanti för de med de största behoven utan en garanti att alla, även de med med förhållandvis mindre behov, ska få vård inom rimlig tid. Långa väntetider är inte bra ur ett patientperspektiv och den växande kön är ett allvarligt tecken på en försämrad tillgänglighet.

Antal patienter som väntat mer än 90 dagar på nybesök inom den specialiserade vården respektive operation eller annan behandling 2012–2016.



Not: Patientvalt väntande är inkluderade i beräkningen.  
Källa: Väntetidsdatabasen.

## Produktionskapaciteten har inte ökat i takt med antalet patienter

Om antalet patienter som söker och bedöms vara i behov av vård är fler än antalet som får vård bildas kö. För samtliga år 2013–2016 finner vi att antalet patienter som sökte och bedömdes vara i behov av vård var fler än antalet som fick vård. År 2016 skulle antalet genomförda nybesök inom den specialiserade vården respektive operationer eller andra åtgärder ha behövt vara omkring 900 respektive 370 fler per månad för att uppnå balans mellan inflödet av

patienter till vården och mängden genomförd vård. Under 2016 ökade antalet personer i kön till nybesök med nära 11 000. Kön till operation eller andra behandlingar ökade med 4 500 patienter.

### **Det behövs information om patienternas behov för att kunna värdera väntetidernas utveckling och skillnader över landet**

Det finns flera möjliga förklaringar till att antalet patienter som söker vård ökar. Det kan exempelvis bero på att befolkningen växer och att vi blir äldre, att fler drabbas av sjukdomar såsom cancer, eller att den medicintekniska utvecklingen erbjuder ökade behandlingsmöjligheter. Det kan också bero på att fler bedöms vara i behov av vård för att indikationer för vård och behandling förändrats – till exempel en förändring av vilka patienter som med goda resultat kan erbjudas en viss behandling eller omprioriteringar som medför att patienter med mindre behov än tidigare sätts upp på väntlistan. När fler söker vård och produktionskapaciteten inte ökar i samma takt bildas kö. Men den förlängda kön kan också bero på en ny köadministration, exempelvis att rutinerna för att uppdatera listan förändrats.

Eftersom det saknas information om patienternas vårdbehov är det omöjligt att avgöra vilken roll dessa olika faktorer har spelat i specialistvårdens växande köer. Av samma skäl är det svårt att tolka skillnader mellan landsting. Utan information om behoven går det inte att avgöra om patienter med samma behov i olika landsting har samma tillgänglighet – det vill säga om tillgängligheten är jämlik – och om eventuella skillnader beror på att landstingen har olika kriterier för vilka patienter som erbjuds vård eller har olika rutiner i sin köadministration.

### **Tillgängligheten till primärvården överskattas i väntetidsstatistiken**

När vi har tagit del av hur väntetidsmätningarna fungerar för primärvården kan vi konstatera att väntetidsstatistiken inte omfattar alla patienter. Bland annat exkluderas vissa patienter som har önskemål om att träffa en viss läkare i primärvården, patienter som går på drop-in men inte får något besök, patienter som inte får någon tid på vårdcentraler där man endast kan boka besök samma dag eller med mycket kort framförhållning och patienter som ombeds att vända sig till någon annan vårdcentral för att det inte finns några lediga tider på den aktuella vårdcentralen. Sådana aspekter är viktiga för den patientupplevda tillgängligheten. Att de exkluderas i väntetidsstatistiken gör sannolikt att vårdgarantins efterlevnad och tillgängligheten överskattas i väntetidsdatabasens resultatredovisning.



## REKOMMENDATIONER

Landstingen har ansvar för att vården är tillgänglig för befolkningen och för att patienterna får vård inom vårdgarantins tidsgränser. De bör prioritera ett långsiktigt och systematiskt tillgänglighetsarbete. Mot bakgrund av att tillgängligheten är ett långvarigt problem, att efterlevnaden av vårdgarantins tidsgränser brister och att utvecklingen går åt fel håll, behöver även regeringen utveckla den strategiska styrningen för att främja en förbättrad tillgänglighet.

### **Landstingen bör stärka sitt arbete med att säkerställa en god tillgänglighet till vård efter behov**

Landstingsledningarna bör tydligt prioritera ett långsiktigt, systematiskt och kontinuerligt tillgänglighetsarbete, oberoende av statliga satsningar och stimulansmedel. Vårdanalys ger följande rekommendationer till landstingen för att förbättra efterlevnaden av vårdgarantin och säkerställa en god tillgänglighet till hälso- och sjukvård efter behov:

#### ► *Fokusera på ett långsiktigt och systematiskt tillgänglighetsarbete och säkerställ att vårdgarantin efterlevs*

Landstingen måste ta ansvar för och prioritera ett långsiktigt, systematiskt och kontinuerligt tillgänglighetsarbete där de följer upp och analyserar tillgängligheten och vårdgarantins efterlevnad, vidtar åtgärder och ser till att de genomförs i verksamheterna. För att uppnå balans mellan antalet patienter och antal genomförda vårdinsatser bör landstingen utveckla sin produktions- och kapacitetsplanering och utveckla metoder för att på förhand kunna bedöma förändringar i antalet patienter som är i behov av vård. Förbättrade arbetsätt, bland annat en mer långsiktig och kontinuerlig schemaläggning av läkare samt en mer välfungerande planering av verksamheten, kan också göra stor skillnad. Det finns inte någon enskild nationell lösning på problemen med långa väntetider, utan landstingen behöver anpassa sina åtgärder efter lokala förutsättningar, utmaningar och brister. Viktiga insatser kan göras inom ramarna för befintliga resurser både vad gäller bemanning och ekonomi. De landsting och verksamheter som uppvisar sämre resultat bör särskilt analysera sin situation, lära av verksamheter som lyckas bättre och driva ett fokuserat utvecklingsarbete.

► *Analysera förutsättningarna för tillgänglighet gemensamt och för dialog med staten om strategiska åtgärder*

Vid sidan av ett förstärkt landstingsinternt tillgänglighetsarbete bör landstingen intensifiera sitt samarbete kring analyser och prognoser som är av nationell och landstingsgemensam karaktär. Till exempel bör man följa och analysera konsekvenserna av nya behandlingsformer, befolkningsförändringar och kompetensförsörjningsbehov tillsammans. Med utgångspunkt i ett sådant gemensamt analysarbete bör landstingen föra dialog med regeringen om strategiskt viktiga åtgärdsområden som kompetensförsörjning, nivåstrukturering och andra prioriterade utvecklingsområden som behöver hanteras gemensamt av staten och landstingen.

► *Samarbeta kring medicinska revisioner av väntetider och vård efter behov*

Som komplement till olika former av administrativa uppföljningar rekommenderar Vårdanalys landstingen att samarbeta kring medicinska revisioner utförda av professionerna. Syftet skulle vara att sätta ljuset på medicinska prioriteringar genom att granska hur prioriteringar och behovsklassificeringar görs, ge stöd till verksamheterna i deras prioriteringar, och stödja utvecklingen mot en mer jämlik vård i hela landet.

**Regeringen bör fokusera på att förbättra förutsättningarna för jämlik tillgänglighet i hela landet**

Regeringen bör fokusera sin styrning på att strategiskt och långsiktigt förbättra förutsättningarna för landstingens tillgänglighetsarbete. Vårdanalys lämnar följande rekommendationer till regeringen vad gäller den strategiska styrningen, uppföljning, tillsyn och det långsiktiga utvecklingsarbetet för en bättre tillgänglighet:

► *Fokusera den statliga styrningen på att långsiktigt förbättra förutsättningar för tillgänglighet och ställ krav på landstingen att leva upp till vårdgarantin*

Regeringen bör fokusera på att arbeta långsiktigt och strategiskt tillsammans med landstingen för att förbättra tillgängligheten. Inriktningen bör vara att ge förutsättningar för landstingens långsiktiga och konti-



nuerliga tillgänglighetsarbete och inte i första hand på kortsiktiga statliga satsningar. En viktig del i regeringens arbete bör utgöras av dialog med landstingen om prioriterade utvecklingsområden som behöver hanteras gemensamt av staten och landstingen. Men regeringen bör också ställa krav på och följa upp att landstingen arbetar på ett långsiktigt och systematiskt sätt och lever upp till vårdgarantin. Den statliga styrningen bör utgå från ett patient- och befolkningsperspektiv på tillgänglighet och inte enbart fokusera på väntetider.

► *Utveckla och säkerställ en väl fungerande tillgänglighetsuppföljning*

Regeringen bör säkerställa att det nationella tillgänglighetsarbetet följs upp systematiskt och ur ett patientperspektiv. För att kunna utveckla den statliga styrningen är det nödvändigt att staten har tillgång till information om, och inflytande över, hur väntetiderna, vårdgarantins efterlevnad och vårdens tillgänglighet i stort följs upp. Nedan listar vi fyra specifika punkter som vi rekommenderar regeringen att genomföra för att stärka tillgänglighetsuppföljningen.

- **Ge Socialstyrelsen ett långsiktigt ansvar för en samlad och kontinuerlig uppföljning av tillgängligheten ur ett patientperspektiv**

Tillgängligheten till hälso- och sjukvård har följts upp på regeringens initiativ ett flertal gånger, och det finns flera pågående uppföljningsarbeten. Samtidigt finns det flera kunskapsluckor, inte minst vad gäller tillgänglighet ur ett patientperspektiv. Regeringen bör överväga att ge Socialstyrelsen ett mer långsiktigt uppdrag att ansvara för en samlad uppföljning och analys av tillgänglighet ur ett patientperspektiv.

- **Intensifiera arbetet med att få in väntetider i patientregistret**

Socialstyrelsen utvecklar på uppdrag av regeringen ett sätt att följa väntetider i patientregistret. Det skulle väsentligt kunna öka möjligheterna till mer kvalificerade analyser av väntetider. Vårdanalys rekommenderar därför regeringen att fortsätta detta arbete, men också att kontinuerligt utvärdera det i förhållande till hur väntetidsdatabasen kan utvecklas.

- **Ge Socialstyrelsen i uppdrag att se över möjligheterna att utveckla gemensamma behovsklassificeringar inom ramarna för en utvecklad kunskapsstyrning**

Information om patienternas behov är nödvändig för att kunna värdera väntetidernas utveckling och analysera om tillgängligheten är jämlik. Men det är inte möjligt att göra i dag eftersom det saknas information om behov och diagnoser i väntetidsdatabasen. Det finns stora utmaningar med att skapa en nationell uppföljning av väntetider utifrån behov. Men eftersom patienternas behov är en sådan väsentlig information menar vi att möjligheterna att koppla samman väntetider med någon form av behovsklassificering och att integrera detta i kunskapsstyrningen bör ses över. I många verksamheter används redan i dag klassificeringar för att prioritera patienter, men det finns ingen nationell standard.

- **Fortsätt att stödja utvecklingen av den nationella väntetidsdatabasen men ställ krav på kvalitetsförbättring**

Den nationella väntetidsdatabasen är den främsta källan till nationell uppföljning av väntetider. Databasen har förbättrats kontinuerligt, men det finns fortfarande behov av utveckling. Regeringen bör därför fortsätta att stödja väntetidsdatabasen, men också ställa krav på utveckling och kvalitetsförbättringar i syfte att öka statistikens relevans och tillförlitlighet.

- ▶ **Överväg att utöka tillsynen av vårdgarantins efterlevnad och det systematiska tillgänglighetsarbetet**

Landstingen är ansvariga för att leva upp till författningskravet om vård inom vårdgarantins tidsgränser. Men många patienter får inte vård inom tidsgränserna. Vårdanalys rekommenderar regeringen att stärka Inspektionen för vård och omsorgs (IVO) resurser att genomföra tillsyn av hur landstingen och deras verksamheter lever upp till vårdgarantin och skyldigheten att ge vård efter behov samt att de arbetar med detta på ett systematiskt sätt.

- ▶ **Överväg att se över vårdgarantins innehåll och att komplettera den med andra insatser**

Dagens vårdgaranti omfattar inte alla delar av vårdkedjan. Exempelvis inkluderas inte väntetid till olika utredningar. Tidsgränsernas relevans



skiljer sig också åt mellan patienter med olika diagnoser – för vissa patienter kan en längsta väntetid på 90 dagar till behandling vara alldeles för lång vilket gör att garantin inte fyller någon funktion i praktiken. Vi rekommenderar regeringen att överväga att se över om vårdgarantin kan förstärkas och göras mer relevant ur patientperspektiv genom att inkludera fler delar av vårdkedjan i vårdgarantin. Vi rekommenderar också regeringen att överväga om väntetiderna till vård för mer brådskande behov kan bli föremål för en tydligare statlig styrning.





# Innehåll

<b>1</b>	<b>Väntetider – ett fortsatt problem .....</b>	<b>27</b>
1.1	Det är angeläget att hälso- och sjukvården fokuserar på tillgänglighet....	27
1.2	Vårdgarantin är ett brett och viktigt verktyg i tillgänglighetsarbetet .....	31
1.3	Rapportens syfte är att att följa upp vårdgarantin och analysera förändringar .....	36
<b>2</b>	<b>Nationella väntetidsdatabasen .....</b>	<b>41</b>
2.1	Väntetidsdatabasen är uppbyggd kring vårdgarantin .....	41
2.2	Genomförda vårdinsatser och antalet väntande ger olika perspektiv på väntetidssituationen .....	44
2.3	Vi inkluderar de patientvalt väntande i beräkningen av hur väl vårdgarantins tidsgränser hålls .....	45
<b>3</b>	<b>Uppföljning av vårdgarantin.....</b>	<b>55</b>
3.1	Omkring 90 procent får telefonkontakt med primärvården samma dag .....	55
3.2	Omkring 85 procent får träffa läkare i primärvården inom sju dagar .....	56
3.3	Vårdgarantins efterlevnad försämras över tid för nybesök inom den specialiserade vården .....	62
3.4	Färre får operation inom tidsgränsen men på många håll förbättras efterlevnaden .....	73



<b>4</b>	<b>Fördjupad analys.....</b>	<b>85</b>
4.1	Fler får vänta länge – men en del får vård snabbt .....	85
4.2	Flerårig obalans mellan antalet patienter och antalet som får vård har lett till längre köer .....	90
4.3	Tydligare försämring i vårdgarantins efterlevnad de senaste åren.....	100
4.4	För att värdera väntetidernas utveckling och skillnader över landet behövs information om patienternas behov .....	100
4.5	Väntetidsstatistiken överskattar tillgängligheten till primärvården.....	103
<b>5</b>	<b>Rekommendationer .....</b>	<b>111</b>
5.1	Landstingen bör stärka sitt arbete med att säkerställa en god tillgänglighet till vård efter behov .....	112
5.2	Regeringen bör fokusera på att förbättra förutsättningarna för jämlik tillgänglighet i hela landet.....	114
<b>6</b>	<b>Referenser.....</b>	<b>123</b>
	<b>Bilagor .....</b>	<b>131</b>
	Bilaga 1 – Patientvald väntan: resultat för vårdgarantins efterlevnad med och utan patientvalt väntande.....	131
	Bilaga 2 – Dekomponering av förändring i efterlevnad över tid .....	133
	Bilaga 3 – Inflow, utflow och köbalans .....	141





# Väntetider – ett fortsatt problem

Bristande tillgänglighet och långa väntetider i vården har länge varit ett problem i Sverige. Att förbättra tillgängligheten har därför varit ett uttryckligt mål för hälso- och sjukvårdspolitiken under lång tid, och staten har i flera omgångar genomfört insatser i syfte att minska väntetiderna. Ett viktigt styrmedel i tillgänglighetsarbetet är vårdgarantin. Den ställer krav på hälso- och sjukvården att se till att patienter får till exempel besök eller behandling inom givna tidsgränser (9 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, 6 kap. 1 § hälso- och sjukvårdsförordning (2017:80), HSF).

Denna rapport består av en uppföljning av hur väl vårdgarantins tidsgränser följs samt analyser som ska bidra till en ökad förståelse av utvecklingen och kunna användas i det fortsatta tillgänglighetsarbetet. Vi lämnar också rekommendationer till regeringen och till landstingen. I detta inledande kapitel beskriver vi vårdgarantin och visar på att det är angeläget med fortsatt fokus på och arbete med väntetider.

## 1.1 DET ÄR ANGELÄGET ATT HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN FOKUSERAR PÅ TILLGÄNGLIGHET

För att hälso- och sjukvården ska lyckas med sitt uppdrag att ge god vård på lika villkor till hela befolkningen behöver alla delar i hälso- och sjukvårdssystemet vara tillgängliga utifrån befolkningens behov och förutsättningar. Väntetider är en aspekt av tillgänglighet som har stor betydelse ur patienternas perspektiv – både för hälsa och vårdkvalitet men också för förtroendet för vården. Väntetiderna har trots upprepade insatser fortsatt att vara ett problem i svensk hälso- och sjukvård.

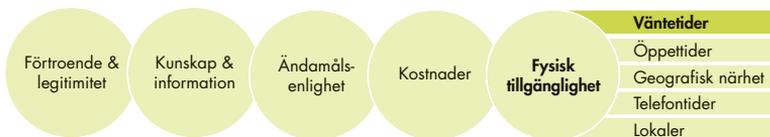


### 1.1.1 Väntetider är en viktig aspekt av tillgängligheten

Väntetider till vård är en viktig aspekt av tillgängligheten till hälso- och sjukvården. Men tillgänglighet rymmer också mycket mer än väntetider, till exempel att man har råd att besöka vården, att man vet hur man söker vård och att vården är fysiskt tillgänglig, det vill säga att det inte är för långa avstånd eller att lokalerna är anpassade för olika behov. I ett ramverk skapat av Levesque och medförfattare (2013), och som Vårdanalys har 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* (Vårdanalys 2014a). Den här rapporten handlar om väntetider, vilket i ramverket utgör en del av den fysiska tillgängligheten.

Att vården ska vara lätt tillgänglig ingår också i det lagstadgade kravet på att bedriva hälso- och sjukvårdsverksamhet så att kraven på en god vård uppfylls (5 kap. 1 § HSL). Med det avses geografiska förhållanden och närhet enligt förarbetena men det kan även röra sig om andra förhållanden. Som exempel nämns öppethållande vid mottagningarna, jourtjänstgöring och hur förekomsten av köer ser ut (prop. 1981/82:97 s. 57, 117).

**Figur 1.** Tillgänglighetsbegreppet utifrån fem parametrar.



Källa: Vårdanalys (2014a) och Vårdanalys (2015a). Bearbetad utifrån Levesque och medförfattare (2013).

### 1.1.2 Väntetider har betydelse för kvalitet och förtroende

I många branscher är tillgänglighet en fråga om service, och det gäller i vissa fall även hälso- och sjukvården. Men bristande tillgänglighet i hälso- och sjukvården kan ha betydligt större betydelse; att få tag på rätt läkemedel eller att få träffa en läkare man har förtroende för är inte bara en fråga om service. I värsta fall kan bristande tillgänglighet få allvarliga konsekvenser. Långa väntetider till besök och behandling i vården kan leda till att en sjukdom eller ett medicinskt tillstånd förvärras för en patient. Exempelvis kan långa väntetider leda till ett förlängt lidande för patienterna (Siciliani och Hurst 2005) och för cancerpatienter kan väntetider leda till större

tumörtillväxt än vad som hade varit fallet vid en snabbare behandling (Jensen m.fl. 2007). För mer brådskande tillstånd är långa väntetider negativt för hälsoutfallet, men sambandet mellan långa väntetider och hälsoutfall när det gäller planerade operationer är mer osäkra (Borowitz m.fl. 2013).

Långa väntetider kan också leda till oro, stress och rädsla. Att behöva vänta länge på att få kontakt med vården och på att få en behandling kan vara väldigt frustrerande både för patienten och anhöriga.

Väntetider kan också vara ineffektivt ur ett kostnadsperspektiv, exempelvis om en mer omfattande och kostsam behandling behöver sättas in på grund av ett försämrat hälsoläge under väntetiden, om patienten tvingas söka vård akut eller om individer behöver vara borta från arbete eller studier längre än nödvändigt (Centre for Spatial Economics 2006).

Det finns också en risk att långa väntetider påverkar befolkningens förtroende för hälso- och sjukvården negativt. Vi har i en tidigare analys sett en samvariation mellan väntetider och befolkningens förtroende för primärvården (Vårdanalys 2017a). Detta resultat indikerar att väntetidsfrågan är viktig inte bara för den enskilda patienten, utan även i ett bredare perspektiv, för befolkningens förtroende för hälso- och sjukvården och i förlängningen för hälso- och sjukvårdens legitimitet.

### 1.1.3 Patienter rapporterar långa väntetider och bristande tillgänglighet

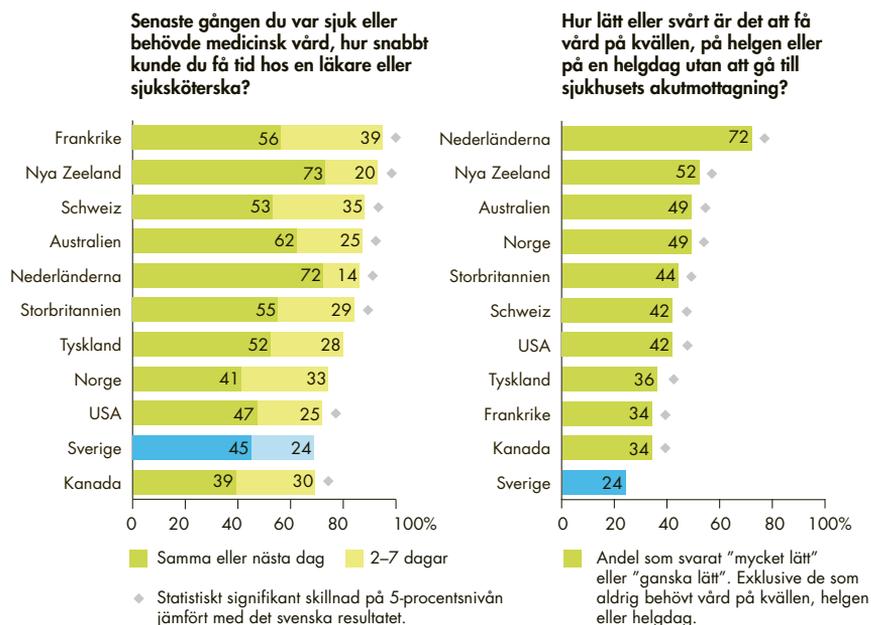
Flera patientenkäter visar på att patienter i svensk hälso- och sjukvård upplever bristande tillgänglighet och långa väntetider, och det finns resultat som indikerar en försämrad snarare än förbättrad tillgänglighet.

I en internationell jämförelse visar det sig att svenska patienter upplever tillgängligheten till hälso- och sjukvården som sämre än patienter i andra jämförbara länder (se figur 2) (Vårdanalys 2016). Patienter i Sverige upplever att de fick vänta längre än patienter i andra länder, och de upplever en sämre tillgänglighet till vård på kvällar och helger än patienter i de andra länderna i undersökningen.

Som en del av utvärderingen av patientlagens genomslag genomförde Vårdanalys två patientenkäter, en 2014 och en 2016. Enkätundersökningen som genomfördes 2014 visade att dålig tillgänglighet eller lång väntetid var den vanligaste orsaken till att patienter ville framföra synpunkter eller klagomål på vården (Vårdanalys 2015b och 2017b). Den uppföljande enkätundersökningen som genomfördes 2016 visade att patienter på olika sätt upplevde en sämre tillgänglighet i vården 2016 jämfört med 2014.



**Figur 2.** Internationell jämförelse av tillgänglighet till läkare eller sjuksköterska och tillgänglighet till vård på kvällen och helger.

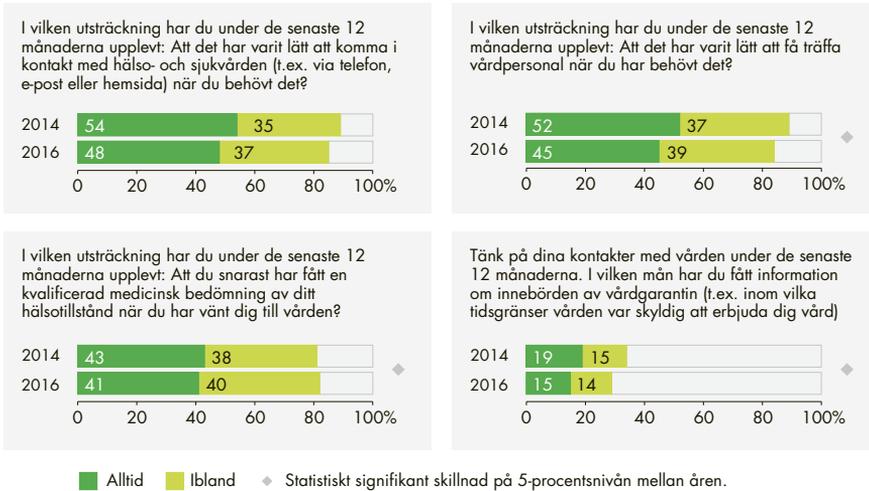


Källa: Vårdanalys (2016).

Figur 3 redovisar resultaten för några av de frågor som rör tillgänglighet och vårdgaranti i undersökningarna 2014 och 2016. Färre patienter ansåg att det var lätt att komma i kontakt med eller att ta sig till vården och att de hade lätt att få träffa vårdpersonal vid behov år 2016 jämfört med 2014. Drygt 40 procent av patienterna uppgav att de alltid hade fått en kvalificerad medicinsk bedömning snarast då de vänt sig till vården. En majoritet av patienterna uppgav att de aldrig fick information om vårdgaranti i sina kontakter med vården.

I SKL:s nationella patientenkät som riktades till patienter i specialiserad öppenvård 2016 och till patienter i primärvård 2015 framkommer att cirka 86 respektive 82 procent ansåg att de fick besöka vården inom rimlig tid (SKL 2015 och 2016a).

**Figur 3.** Patienters erfarenhet av tillgänglighet till vården 2014 och 2016.



Källa: Vårdanalys (2017b).

## 1.2 VÅRDGARANTIN ÄR ETT BRETT OCH VIKTIGT VERKTYG I TILLGÄNGLIGHETSARBETET

Flera varianter av styrningsverktyg har använts i olika länder för att försöka få bukt med långa väntetider. Ett populärt instrument har varit att införa olika typer av vårdgarantier (Siciliani m.fl. 2013). I detta avsnitt beskrivs den svenska vårdgarantin.

### 1.2.1 Vårdgarantin anger tidsgränser för när vissa delar av vårdkedjan ska erbjudas

I Sverige infördes en första form av vårdgaranti ursprungligen 1992 och den har sedan förändrats och utvecklats över tid. 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 SKL. Dagens författningsreglerade vårdgaranti infördes 2010 (på förslag i prop. 2009/10:67). Då infördes vårdgarantibestämmelserna i den dåvarande hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och i den då gällande förordningen (2010:349) om vårdgaranti. Dessa bestämmelser fördes över med i sak oförändrat innehåll till dagens HSL och HSF i samband med att dessa trädde

i kraft i april 2017. Det finns också en bestämmelse om vårdgarantin i 2 kap. 3 § patientlagen, med ett innehåll som motsvarar vårdgarantibestämmelsen i HSL. Enligt HSL ska landstinget erbjuda vårdgaranti åt den som omfattas av landstingets ansvar att erbjuda en god hälso- och sjukvård och vårdgarantin ska innehålla en försäkran om att den enskilde inom viss tid får kontakt med primärvården, besöka läkare inom primärvården, besöka den specialiserade vården och planerad vård (9 kap. 1 § HSL). De specifika tidsgränserna regleras i HSF (6 kap. 1 § HSF).

Vårdgarantins nuvarande tidsgränser illustreras i figur 4 och brukar sammanfattas med 0–7–90–90. Patienter ska få kontakt med primärvården samma dag som man söker kontakt (tillgänglighetsgaranti). Man ska få besöka läkare inom primärvården inom sju dagar från det att man har sökt kontakt med primärvården, om vårdgivaren har bedömt att det finns behov av att besöka en läkare (besöksgaranti inom primärvården). Patienter ska få besöka den specialiserade vården inom 90 dagar från det att remiss har utfärdats eller, om någon remiss inte är nödvändig, från det att patienten har sökt kontakt med den specialiserade vården (besöksgaranti inom den specialiserade vården). Slutligen ska man få planerad vård inom 90 dagar från det att vårdgivaren har beslutat att den enskilde ska få den aktuella vården (behandlingsgaranti) (9 kap. 1 § HSL, 6 kap 1 § HSF).

Inom ramen för utredningen *Samordnad utveckling för god och nära vård* lades under våren 2017 ett förslag om ”en förstärkt vårdgaranti i primärvården” (SOU 2017:53). Förslaget gäller besök i primärvården och innebär att garantin ska ändras så att den enskilde inom viss tid får en medicinsk bedömning, där den medicinska bedömningen ersätter dagens garanti om besök. Syftet är att förtydliga möjligheten till andra kontaktformer

**Figur 4.** Nationella vårdgarantins fyra tidsgränser.



än den fysiska samt betona det kvalitativa innehållet i mötet. I förslaget ingår även att andra legitimerade yrkesgrupper än läkare innefattas. Den medicinska bedömningen behöver alltså inte göras av läkare. Tidsgränsen föreslås ändras till tre dagar.

### **1.2.2 Vårdgarantin inkluderar endast delar av vårdkedjan**

Vårdgarantin gör alltså 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 planerad vård 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 6 kap. 1 § HSF). 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 överstigit.

Vårdgarantin säger inte heller något om kvaliteten på den vård som ges, hur vårdprocesserna ska fungera för patienten eller hur kontakterna med vården, till exempel tidsbokningar, ska fungera. Dessa aspekter är också viktiga för patienten och påverkar tillsammans med väntetiderna till alla delar av vårdkedjan patienternas sammantagna upplevelser av vården och dess tillgänglighet. Att vårdgarantins tidsgränser hålls räcker alltså inte för att vården ska vara tillgänglig ur ett patientperspektiv.

### **1.2.3 Landstingen är skyldiga att informera om vårdgarantin och erbjuda vård hos en annan vårdgivare om tidsgränsen inte kan hållas**

Vårdgivaren har en skyldighet att ge patienten individuellt anpassad information om vårdgarantin (3 kap. 2 § och 6 §§ patientlagen). Hälso- och sjukvårdspersonalen har också ett ansvar att se till att patienten och dennes närstående ges information om vårdgarantin (6 kap. 6 § patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL). Om landstingen inte kan erbjuda besök inom den specialiserade vården eller planerad vård inom tidsgränserna ska landstinget se till att patienten får vård hos annan vårdgivare utan extra kostnad (9 kap. 2 § HSL). I övrigt finns det inga särskilda påföljder kopplade till fall då vårdgarantin inte efterlevs.

Sedan den 1 januari 2015 finns en lagstadgad möjlighet att välja utförare inom den offentligt finansierade öppenvården (till exempel dagkirurgi) i



valfritt landsting (9 kap. 1 § patientlagen). Men för patienter som väljer att söka vård utanför sitt hemlandsting gäller inte vårdgarantin (8 kap. 3 § HSL). Det innebär att landstingen inte är skyldiga att erbjuda utomlänspatienter vård inom vårdgarantins tidsgränser.

#### **1.2.4 Vårdgarantin är utformad likadant för alla och anger en bortre gräns för väntan**

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. Vårdgarantins tidsgränser är en bortre gräns och anger hur länge man som längst ska behöva vänta.

Prioriteringar i hälso- och sjukvården ska följa de av riksdagen beslutade riktlinjerna för prioriteringar inom hälso- och sjukvården (prop. 1996/97:60, bet. 1996/97:SoU14, rskr. 1996/97:186). Enligt beslutet ska patienter med de största behoven ges företräde i vården. Detta innebär att vårdgarantins tidsgränser är mer relevanta för vissa vårdområden och vissa patientgrupper än för andra. Inom vårdområden där patienter generellt behöver vård snabbt eller för enskilda patienter som är allvarligt sjuka har vårdgarantin liten betydelse eftersom riktlinjerna för prioriteringar inom hälso- och sjukvården säger att patienter med de största behoven ska ges företräde. Vårdgarantin är särskilt relevant för patienter som inte har akuta behov. För denna grupp av patienter utgör den en viktig signal om hur länge man som längst ska behöva vänta på vård.

#### **1.2.5 Under en period understöddes vårdgarantin av en prestationsbaserad ersättning**

Mellan åren 2009 och 2014 understödde staten vårdgarantin genom att fördela en miljard – den så kallade kömiljarden – årligen till landstingen efter hur väl de lyckades i väntetidsarbetet i specialistsjukvården. Kömiljarden reglerades via årliga överenskommelser mellan regeringen och SKL, varav den senaste avsåg 2014 (Socialdepartementet och SKL 2013). Överenskommelserna ställde vissa grundläggande krav för att någon ersättning över huvud taget skulle betalas ut, bland annat att landstingen skulle rapportera till väntetidsdatabasen. Väntetidsdatabasen administreras av Sveriges kommuner och landsting (SKL) och låg till grund

för utbetalningarna av kömiljarden. Ersättningen fördelades sedan till landstingen utifrån deras måluppfyllelse för olika väntetidsmål, i relation till landstingets befolkningensmängd.

År 2015 ersattes kömiljarden av en tillgänglighets- och samordningsmiljard som gällde under ett år. I överenskommelsen mellan regeringen och SKL bestämdes att landstingen skulle ta fram handlingsplaner för samordning och tillgänglighet tillsammans med såväl patient- som verksamhetsföreträdare samt att landstingen skulle följa upp och rapportera hur tillgängligheten i vården utvecklas. Däremot fördelades inte medlen inom överenskommelsen som en prestationsbaserad ersättning (Socialdepartementet och SKL 2015).

### **1.2.6 Det finns andra insatser för förbättrad tillgänglighet som är mer riktade än vårdgarantin**

Vid sidan av vårdgarantin och kömiljarden, som var breda tillgänglighetsreformer, finns andra initiativ för en ökad tillgänglighet. Ett sådant exempel är de patientkontrakt som regeringen nyligen beslutat om enligt ett förslag i budgetpropositionen för 2017. Patientkontraktet ska utgöra en plan över de vårdinsatser som vården beslutat om för en patient och vara ett stöd i samordningen av olika vårdkontakter samt säkerställa att den sammanlagda tiden för vård och behandling blir så kort som möjligt. Enligt regeringen ska detta också innebära att patienten blir delaktig i sin egen vårdplanering (Socialdepartementet 2017).

Ett annat exempel är de standardiserade vårdförloppen inom cancer vården (Socialdepartementet 2015). Långa väntetider till cancervård har fått mycket medial uppmärksamhet (t.ex. SVT (2014), Dagens Medicin (2015), Aftonbladet (2016), Sveriges Radio (2017)). Socialstyrelsen (2015) har visat att det finns stora skillnader i väntetider till cancervård mellan landstingen. Tillgänglighetsarbetet i cancer vården genomförs som en satsning åren 2015–2018 för att uppnå en mer jämlik och tillgänglig cancervård med fokus på att korta väntetiderna och minska regionala skillnader (Socialdepartementet 2015). Inom ramen för satsningen får landstingen bland annat ersättning av staten för att införa så kallade standardiserade vårdförlopp. Standardiserade vårdförlopp beskriver vilka utredningar och första behandlingar som ska göras för olika diagnoser och anger också tidsgränser inom vilka dessa åtgärder bör göras. Utifrån det standardiserade vårdförloppet ska också en individuell vårdplan upprättas för varje cancerpatient där man ska ta hänsyn till patientens önskemål och individuella situation. Uppföljningar visar



att patienter som utretts i enlighet med ett standardiserat vårdförlopp får behandling snabbare än tidigare (RCC 2017, Socialstyrelsen 2016). Förebilden till standardiserade vårdförlopp kommer från Danmark där en satsning på *pakkeførløb* har visat visats minska tiderna från misstanke om cancer till behandlingsstart för de patienter som inkluderas i pakkeførløben (Larsen m. fl. 2013).

### 1.3 RAPPORTENS SYFTE ÄR ATT ATT FÖLJA UPP VÅRDGARANTIN OCH ANALYSERA FÖRÄNDRINGAR

Vårdgarantin har följts upp flera gånger förut. Tidigare uppföljningar (Socialstyrelsen 2012, 2013a, 2014 och Vårdanalys 2014a) har kommit till slutsatsen att väntetiderna till den specialiserade vården minskade efter att vårdgarantireformen och kömiljarden infördes. Både det totala antalet väntande och antalet som väntar mer än 90 dagar sjönk fram till och med 2013 (Vårdanalys 2014a). Omkring 90 procent av patienterna fick vård inom vårdgarantins gränser vid denna tid.

År 2014 fick Vårdanalys ett regeringsuppdrag (S2014/8929/SAM) att återigen följa upp och analysera vårdgarantin. Vid sidan av att följa upp hur väl tidsgränserna i nationella vårdgarantin hölls, ingick det också i uppdraget att analysera varför långa väntetider uppstår, att belysa eventuella undanträngningseffekter till följd av vårdgarantin, samt att beskriva vårdgivarnas och vårpersonalens information till patienter om vårdgarantin. Rutan på sidan 37 återger en kort sammanfattning av slutsatserna från detta arbete. Vad gäller vårdgarantins tidsgränser fann vi inga stora förändringar i efterlevnaden fram till och med 2014 (Vårdanalys 2015a). Däremot såg vi tecken på en försämrad tillgänglighet efter 2014, och vi pekade därför på vikten av fortsatt uppföljning.

Socialstyrelsen arbetar sedan 2014 på uppdrag av regeringen (S2014/4157/FS och S2016/00445/FS) med att utveckla uppföljningen av hälso- och sjukvårdens tillgänglighet. Inom ramen för uppdraget arbetar Socialstyrelsen bland annat med att utveckla ett vårdprocess-id som gör det möjligt att följa patientens väg genom specialistvården i patientregistret (Socialstyrelsen 2013b). Myndigheten följer även upp och redovisar väntetider för akutmottagningar (Socialstyrelsen 2017a) och har följt upp väntetider, kontinuitet och samordning för patienter med kroniska sjukdomar med hjälp av kvalitetsregister, patientregistret och nationell patientenkät (Socialstyrelsen 2017b).

Sedan Vårdanalys förra uppföljning av vårdgarantin har det blivit tydligt och känt att väntetiderna har försämrats, inte minst i specialistvården. Detta har även uppmärksammats i media (DN 2016a, 2016b; SVT 2016, 2017; SvD 2016; Aftonbladet 2016) och i facktidningar (Sjukhusläkaren 2016; Läkartidningen 2016; Dagens Samhälle 2017; Dagens Medicin 2017). I den här rapporten undersöker vi återigen hur väntetiderna har utvecklats och hur väl vårdgarantins tidsgränser hålls. Analysen baseras på statistik från den nationella väntetidsdatabasen. Kapitel 2 introducerar väntetidsdatabasen och beskriver några metodologiska vägval som vi har gjort. Kapitel 3 består av en uppföljning där vi redogör för hur väl vårdgarantins tidsgränser hålls nationellt, men också hur detta skiljer sig mellan olika landsting och vårdområden. Kapitel 4 består av en fördjupad analys av de huvudsakliga resultaten från uppföljningen. Därefter följer ett avslutande kapitel där vi lämnar rekommendationer till regeringen och landstingen.

## VÅRDANALYS TIDIGARE UPPFÖLJNING AV NATIONELLA VÅRDGARANTIN

*Variande väntan på vård – Analys och uppföljning av den nationella vårdgarantin (Vårdanalys 2015a)*

### Några av rapportens slutsatser i korthet:

- Vårdgarantin följs för omkring 90 procent av patienterna, men det finns betydande skillnader mellan verksamheter – både inom och mellan landsting och vårdområden.
- Det finns stora möjligheter att korta väntetiderna genom bättre arbetssätt och effektivare användning av tillgängliga resurser.
- 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 når inte patienter med svårare och flera sjukdomar. Tillgänglighetsarbetet bör därför inte begränsas till vårdgarantins hållpunkter utan vårdgarantin behöver kompletteras med andra insatser för patienter med svårare och flera sjukdomar.









## Nationella väntetidsdatabasen

Den nationella väntetidsdatabasen har utvecklats för att göra det möjligt att följa upp vårdgarantin. Vår uppföljning och analys av den nationella vårdgarantin baseras på statistik från väntetidsdatabasen. I det här kapitlet beskriver vi hur databasen mäter väntetiderna för vårdgarantins fyra delar. Vi förklarar också begreppet *patientvald väntan*. Vi har valt att inkludera patientvalt väntande i uppföljningen och analyserna.

### 2.1 VÄNTETIDSDATABASEN ÄR UPPBYGGD KRING VÅRDGARANTIN

Väntetidsdatabasen är den huvudsakliga källan för att följa upp vårdgarantin och den låg tidigare även till grund för utbetalningar av kömiljarden. SKL administrerar väntetidsdatabasen, och landstingen ska rapportera in uppgifter om väntetider till den enligt gällande författningar (9 kap. 3 § HSL och 6 kap. 3 § HSF). Däremot finns det inga oberoende externa kontroller av hur insamlingen går till.

I väntetidsdatabasen mäts telefontillgänglighet, tid till läkarbesök i primärvården, tid till nybesök inom den specialiserade vården för ett urval av specialistområden samt tid till ett urval av operationer och andra behandlingar i specialistvården. Resultat från uppföljningen presenteras löpande på webbplatsen Väntetider i vården ([www.vantetider.se](http://www.vantetider.se)). Tabell 1 redogör kortfattat för hur de olika delarna av vårdgarantin följs upp i väntetidsdatabasen.



## 2.1.1 Uppföljning av tillgänglighetsgarantin och besöksgarantin inom primärvården

*Tillgänglighetsgarantin* mäts som telefontillgänglighet. Mätningarna görs två gånger om året och pågår då under en kalendermånad (mars och oktober). Andelen besvarade telefonsamtal som handlar om rådgivning eller tidsbokning rapporteras. Uppgifterna hämtas endast från vårdcentraler med återuppringnings- eller datoriserade telefonisystem. Stockholms läns landsting deltar inte i mätningarna eftersom de gör egna mätningar med en annan metod (SKL 2016b).

Andra kontaktvägar än telefon ingår inte i mätningarna. Det innebär att väntetidsdatabasen endast mäter ett sätt att söka kontakt med primärvården även om tillgänglighetsgarantin enligt vårdgarantin inte bara gäller telefonkontakt utan även andra kontaktvägar.

När det gäller *besöksgarantin inom primärvården* inkluderar mätningen patienter som bedömts vara i behov av ett första besök för ett nytt hälsoproblem eller för en kraftig försämring av ett tidigare känt hälsoproblem. För de patienter som har gjort ett sådant läkarbesök under mätningsperioden anges hur lång väntetiden blev i antalet dagar. Mätningen genomförs två gånger om året, under en två veckor lång period som är känd på

**Tabell 1.** Nationella mätningar av vårdgarantin i väntetidsdatabasen.

Del av vårdgarantin	När sker rapportering?	Hur mäts detta?
Tillgänglighetsgaranti (primärvården)	Två gånger om året (vår och höst)	Det totala antalet telefonsamtal och hur stor andel av dessa som besvarades samma dag
Besöksgaranti inom primärvården	Två gånger om året (vår och höst)	Hur många dagar de patienter som fått ett läkarbesök har väntat
Besöksgaranti inom den specialiserade vården	Månadsvis	Nybesök inom den specialiserade vården (urval av specialismråden) <ol style="list-style-type: none"> <li>Genomförda nybesök: Hur många dagar de patienter som gjort ett nybesök har väntat (i tidsintervall)</li> <li>Väntande: Hur många dagar de patienter som står på väntelistan har väntat (i tidsintervall)</li> </ol>
Behandlingsgaranti	Månadsvis	Ett urval av operationer, behandlingar och andra åtgärder inom specialiserad vård <ol style="list-style-type: none"> <li>Genomförda operationer och andra åtgärder: Hur många dagar de patienter som gjort en operation eller annan åtgärd har väntat (i tidsintervall)</li> <li>Väntande: Hur många dagar de patienter som står på väntelistan har väntat (i tidsintervall)</li> </ol>

Källa: SKL (2013), SKL (2016b) och SKL (2017).

förhand, en gång på våren och en gång på hösten (oftast mars och oktober). Exempel på situationer som inte omfattas av mätningen är patienter som har remiss från specialiserad vård för ett nyupptäckt medicinskt problem som har handlagts och behandlats i den specialiserade vården, patienter som har remiss från specialiserad vård för fortsatt kontroll och uppföljning, nylistade eller nyinflyttade patienter som behöver kontroll eller fortsatt uppföljning av kronisk sjukdom som tidigare följdes upp på förra vårdcentralen, samt vaccinationer och hälsointyg (SKL 2016b).

### 2.1.2 Uppföljning av besöksgarantin inom den specialiserade vården och behandlingsgarantin

När det gäller *besöksgarantin inom den specialiserade vården* mäts nybesök hos ett urval av specialiteter (26 stycken, se SKL (2017)).

När det gäller *behandlingsgarantin* mäts ett urval av operationer, behandlingar och andra åtgärder i specialistvården (omkring 60 stycken, se SKL (2017)). När vi hädanefter i rapporten redovisar resultaten för behandlingsgarantin använder vi samlingstermen *operationer*, även om mätningen inte enbart inkluderar operationer och även om behandlingsgarantin avser planerad vård och inte enbart operationer.

Mätningarna av nybesök inom den specialiserade vården och operationer inkluderar alla offentliga sjukhus. Privata sjukhus och mottagningar ingår om landstinget har anmält enheten och det finns förutsättningar för verksamheten att rapportera de uppgifter som efterfrågas (SKL 2017). Informationen rapporteras månadsvis. Den anger inte det specifika antalet dagar som en patient har väntat, utan väntetiderna anges i tidsintervall (0–30 dagar, 30–60 dagar, 60–90 dagar och så vidare) (SKL 2013), vilket är en tydlig koppling till både vårdgarantin och den tidigare kömiljarden. Informationen är aggregerad på klinik- eller mottagningsnivå. Det finns två mått: dels antalet *genomförda* nybesök och operationer, dels antalet väntande patienter (SKL 2013). Dessa två mått förklaras mer utförligt i nästa avsnitt (2.2).

### 2.1.3 Vissa landsting rapporterar ytterligare information om väntetiderna

Väntetidsdatabasen utvecklas kontinuerligt. I tillägg till de mätningar som omfattar samtliga landsting, och som beskrivs ovan, rapporterar exempelvis numer flera landsting resultat för vårdgarantins två delar i primärvården varje månad, genom automatiska överföringar. Av landstingen rapporterar 16 information om besöksgarantin inom den specialiserade



vården och behandlingsgarantin i antal dagar en patient har väntat i stället för i intervall och det finns också information om patientens kön och ålder. Dessa förändringar innebär bättre förutsättningar för en bra uppföljning. Men eftersom inte alla landsting rapporterar sådan information utgår vår nationella uppföljning från den mer heltäckande, men mindre detaljerade, rapporteringen.

## 2.2 GENOMFÖRDA VÅRDINSATSER OCH ANTALET VÄNTANDE GER OLIKA PERSPEKTIV PÅ VÄNTETIDSSITUATIONEN

Som framgår av tabell 1 innehåller rapporteringen vad gäller tidsgränserna för besöksgaranti inom den specialiserade vården och behandlingsgarantin två skilda mått för väntetiden: *genomförda* nybesök respektive operationer samt antalet *väntande* på nybesök respektive operationer (SKL 2013). Vi använder båda måtten i följande kapitel. Tabell 2 sammanfattar och kontrasterar innebörden av dem.

Historiskt har väntetidsdatabasen i första hand fokuserat på att mäta antalet patienter som vid en viss tidpunkt står på väntelistan, det vill säga antalet *väntande*. Hur väl vårdgarantin följs mäts då som andelen patienter i kön som väntat mindre än 90 dagar. Exempelvis, om 100 patienter väntar på ett nybesök på en viss klinik vid rapporteringen i slutet av en viss månad, och 80 av dessa vid det tillfället väntat högst 90 dagar, är vårdgarantins efterlevnad 80 procent. Måttet består alltså av väntande patienter som ännu inte har fått vård.

**Tabell 2.** Förklaring av de två måtten *antal väntande* och *genomförda* nybesök inom den specialiserade vården respektive operationer som rapporteras till väntetidsdatabasen vad gäller besöksgarantin inom den specialiserade vården och behandlingsgarantin.

	Antal väntande	Genomförda nybesök respektive operationer
<b>Vad mäts?</b>	Totala antalet patienter som står på väntelistan i slutet av månad x, fördelat på olika tidsintervall.	Totala antalet genomförda nybesök (respektive operationer) under månad x, fördelat på olika tidsintervall.
<b>Beräkning av vårdgarantins efterlevnad, det vill säga hur väl tidsgränsen hålls</b>	$\frac{\text{Antal patienter som har väntat högst 90 dagar}}{\text{Totala antalet patienter på väntelistan}}$	$\frac{\text{Antal nybesök (respektive operationer) som gjorts med patienter som har väntat högst 90 dagar}}{\text{Totala antalet nybesök (respektive operationer) som genomförts under månad x}}$
<b>Tolkning</b>	<p>Andel patienter som väntar på vård som hitintills har väntat högst 90 dagar.</p> <p>Ger en ögonblicksbild av väntelistan i slutet av varje månad. Måttet anger dock inte vad den faktiska väntetiden blev i slutändan.</p>	<p>Andel genomförda nybesök (respektive operationer) som har gjorts med patienter som väntade högst 90 dagar.</p> <p>Bortser från patienter som står på väntelistan även om man vet att de inte har fått vård inom tidsgränsen.</p>

Sedan februari 2012 rapporteras även väntetiderna till faktiskt *genomförda* nybesök och operationer. Hur väl vårdgarantin hålls mäts då som andelen patienter som fått nybesök respektive operation inom 90 dagar, som andel av alla nybesök eller operationer som har genomförts. Exempelvis, om en viss klinik genomför 80 operationer en viss månad, och 60 av dessa bestod av patienter som hade väntat högst 90 dagar, hölls tidsgränsen i 75 procent av fallen. Måttet består alltså av de patienter som har fått vård under den aktuella perioden.

Inget av måtten är optimalt. De fångar olika aspekter av väntetiden och hur kön ser ut, och behöver användas i kombination för att få en bra bild av väntetidssituationen. Att enbart använda information om antalet väntande är problematiskt för att det inte anger när patienter faktiskt har fått vård. Att en stor andel har väntat mindre än 90 dagar en viss månad innebär inte att de kommer få vård inom tidsgränsen – de kanske kommer att få vänta riktigt länge.

Att beräkna vårdgarantins efterlevnad baserat på genomförda besök är också problematiskt eftersom måttet bortser från den väntande kön. I teorin kan efterlevnaden baserat på genomförda besök vara 100 procent trots att det finns en kö med patienter som fått vänta riktigt länge, om nytillkomna till kön hela tiden får vård först. Även om detta inte sker fullt ut i praktiken ska vården prioritera, vilket gör att nytillkomna inte alltid ställs sist i kön. Den som har störst behov ska ha vård först. Detta gör att det kan finnas en relativt stor andel patienter som väntat mer än 90 dagar samtidigt som en stor andel av de nybesök eller operations som genomförs görs med patienter som väntat under 90 dagar.

Figur 5 består av ett räkneexempel för att illustrera hur vårdgarantins efterlevnad beräknas utifrån de två måtten.

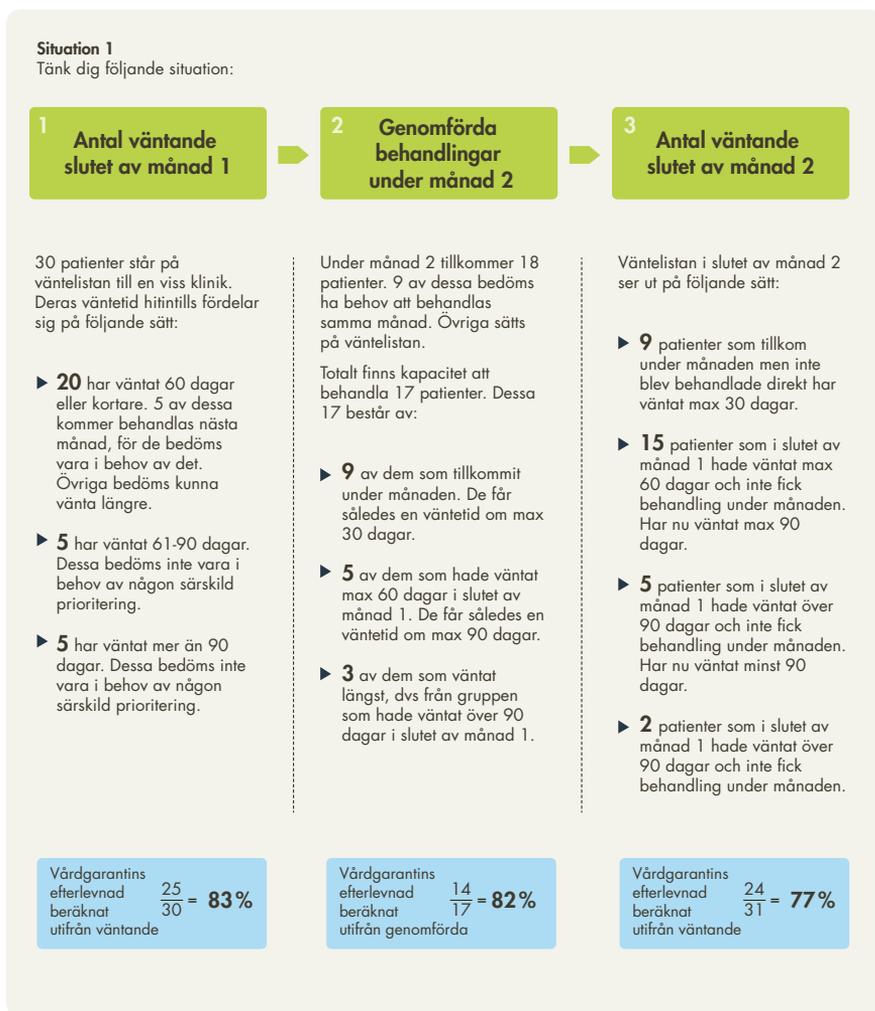
### 2.3 VI INKLUDERAR DE PATIENTVALT VÄNTANDE I BERÄKNINGEN AV HUR VÄL VÅRDGARANTINS TIDSGRÄNSER HÅLLS

Enligt HSF ska tid då den enskilde frivilligt avstår från vård inte räknas in i bedömningen av om vårdgarantin uppfylls eller inte för besöksgarantin inom den specialiserade vården och behandlingsgarantin. Enligt samma förordning ska den enskilde anses frivilligt avstå från vård om hen har informerats om vårdgarantin och erbjudits vård i enlighet med vårdgarantin, men meddelat vårdgivaren att hen avstår från erbjudandet (6 kap. 2 § HSF).

I rapporteringen till väntetidsdatabasen kan landstingen ange att patienter är så kallat patientvalt väntande. Patientvald väntan kan registreras



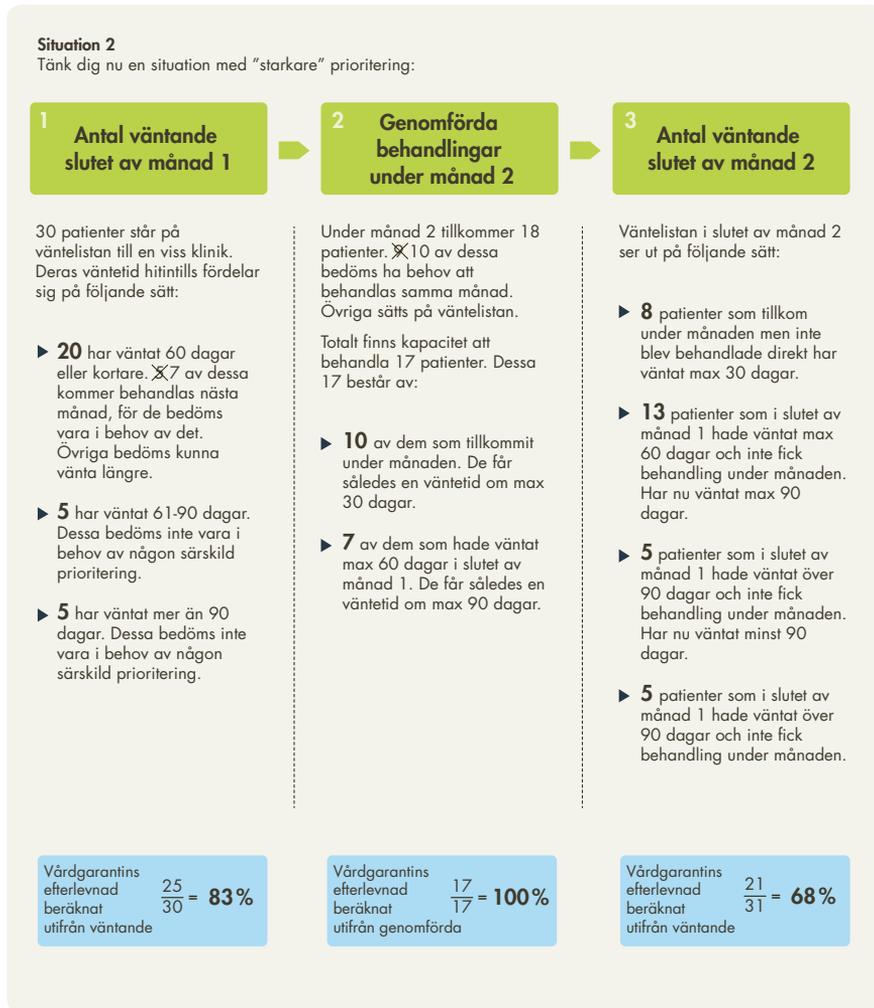
**Figur 5.** Beräkning av vårdgarantins efterlevnad utifrån väntande och genomförda nybesök respektive operationer – ett räkneexempel.



vid rapporteringen av besöksgarantin inom primärvården, besöksgarantin inom den specialiserade vården och behandlingsgarantin. Patientvald väntan kan alltså registreras även för besöksgarantin inom primärvården, trots att besöksgarantin inom primärvården inte omfattas av ovan beskriven bestämmelse i förordningen om frivillig väntan.

Landstingen har kommit överens om riktlinjer och anvisningar om när patienter ska markeras som patientvalt väntande. I primärvården handlar

Figur 5. (forts.)



det exempelvis om patienter som har önskemål om att träffa en viss läkare eller som får förhinder att komma på ett inbokat besök, och det inte finns någon ny tid inom sjudagarsgränsen (SKL 2016b). I specialistvården handlar det exempelvis om patienter som blir erbjuden vård på annat sjukhus, men väljer att vänta på ledig tid på "egna" sjukhuset, eller om patienter som vill bli behandlade av en viss läkare (SKL 2013 och 2014). I rutan på nästa uppslag redogör vi mer utförligt för hur patientvald väntan



## SKL:s riktlinjer om patientvald väntan i rapporteringen till väntetidsdatabasen

### *Besöksgarantin inom primärvården*

Vid rapportering av väntetiden till genomförda läkarbesök i primärvården ska, enligt SKL:s anvisningsdokument, patientvald väntetid "användas för att markera att patienten själv valt en tid för läkarbesök som ligger längre fram i tiden än sju dagar, i de fall där patienten initialt erbjuds en tid inom 7-dagars-gränsen".

Nedan anges de situationer som enligt SKL:s anvisningar omfattas av patientvald väntan.

- Patienten erbjuds besök inom sju kalenderdagar, men ber uttryckligen att få komma senare.
- Patientens "egen" läkare inte kan ta emot inom sju dagar (ledighet, fulltecknad tidbok med mera), varför patienten erbjuds besök hos annan läkare på enheten. Patienten vill dock vänta tills den "egna" läkaren kan ta emot. Gäller även när patienten vill träffa en annan särskild läkare än den som erbjuds och som inte kan ta emot inom sju dagar.
- Patienten erbjuds besök inom sju dagar hos läkare av motsatt kön. Patienten vill komma till läkare av samma kön, men kan inte få ett besök hos läkare av samma kön inom sju dagar.
- Patienten har en bokad tid inom sju dagar men ringer några dagar före och meddelar förhinder. Enheten kan inte erbjuda ny tid inom tidsgränsen sju dagar.
- Patienten uteblir från överenskommen besökstid och hör av sig senare och vill ha en ny tid (alternativt enheten kontaktar patienten).

Källa: SKL (2016b).

### *Besöksgarantin inom specialiserad vård och behandlingsgarantin*

Vad gäller rapporteringen av väntetider till nybesök inom den specialiserade vården och operationer innebär patientvald väntan att patienten har fått *information* om vårdgarantin och *aktivt* har avstått *erbjudande* om vård inom vårdgarantins tidsgräns. Enligt SKL:s anvisningar förutsätter patientvald väntan att vårdgivaren erbjuder tid och information om möjligheter att välja alternativa tider, med god framförhållning som möjliggör patientens personliga planering. Det förutsätter också att vårdgivaren informerar om vårdgarantin och erbjuder möjlighet till dialog om rättigheter, möjligheter, skyldigheter samt konsekvensen av att tacka nej till en tid inom vårdgarantins tidsgräns. Att aktivt avstå innebär att patienten tackar nej till erbjuden tid genom, exempelvis genom personlig kontakt, brev, internet eller telefon. Uteblivet svar på erbjuden tid, ombokning av erbjuden tid eller att patienten uteblir är exempel som inte innebär att aktivt avstå.

Riktlinjerna skiljer mellan *erbjuden* och *överenskommen* tid. En erbjuden tid motsvarar en kallelse, medan en överenskommen tid innebär att patienten varit delaktig i valet av tid.

Nedan anges exempel på situationer där patienten anses vara patientvalt väntande.

- Patienten vill omboka en *överenskommen* tid men en ny tid kan inte ges inom tidsgränsen. Om patienten däremot vill omboka en *erbjuden* tid är denne inte patientvalt väntande även om det inte finns någon ny tid inom tidsgränsen.
- Patienten vill träffa en särskild läkare trots att väntetiden överstiger tidsgränsen.

Forts.

- "Hemmasjukhuset" kan inte erbjuda en vårdkontakt inom tidsgränsen och patienten erbjuds kontakt på ett annat sjukhus med kortare väntetid i eller utanför det egna landstinget. Patienten tackar uttryckligen nej till en vårdkontakt på ett annat sjukhus, det vill säga accepterar att vänta över tidsgränsen.
- Kliniken erbjuder bokning via webben och det finns lediga tider inom tidsgränsen som patienten kan välja. Patienten väljer dock en tid som ligger utanför tidsgränsen.

Källa: SKL (2013) och SKL (2014).

definieras enligt de riktlinjer och anvisningar som landstingen ska använda vid rapporteringen till väntetidsdatabasen.

De patienter som markeras som patientvalt väntande i rapporteringen till väntetidsdatabasen inkluderas inte i resultatredovisningen av vårdgarantins efterlevnad på webbplatsen Väntetider i vården ([www.vantetider.se](http://www.vantetider.se)). I denna rapport har vi dock valt att inkludera dem i våra beräkningar. Vad gäller besöksgarantin inom primärvården finns det, som framgår ovan, ingen skrivning i författningstexten om frivilligt väntande. Detta är ett motiv till att inte bortse från dem i analysen av vårdgarantins efterlevnad.

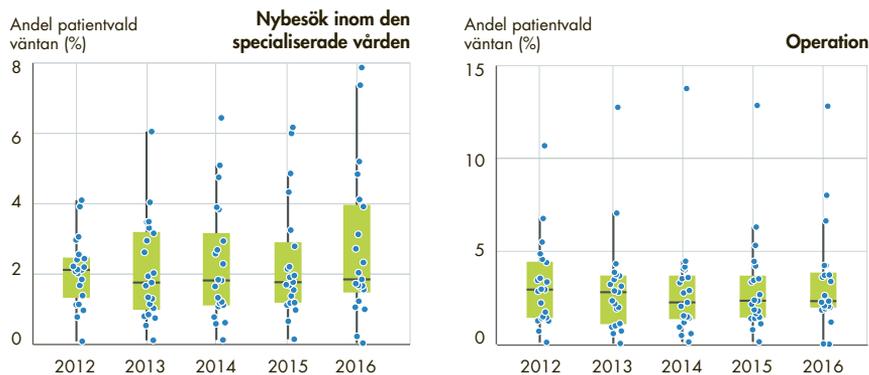
Vad gäller besöksgarantin inom den specialiserade vården och behandlingsgarantin är den främsta anledningen till att inkludera de patientvalt väntande att det finns relativt stora skillnader mellan landstingen i andelen patienter som markeras som patientvalt väntande (se figur 6). För nybesök inom den specialiserade vården står Kronoberg och Uppsala ut från övriga i att redovisa en patientvald väntan på över sex procent under de senare åren. Skillnaderna mellan landstingen ökar över tid. För operationer är variationen i förekomsten av patientvald väntan lägre än i för nybesök. Ett landsting står ut: i Stockholm är förekomsten av patientvald väntan fyra gånger högre än medianen i genomsnitt under perioden.

Även för besöksgarantin inom primärvården finns stora skillnader i andelen patientvald väntan, och skillnaderna har ökat över tid, framför allt mellan 2009 och 2012 (se figur 7). Västerbotten och Uppsala står ut med höga andelar patientvald väntan. Skillnaden mellan det landsting med mest respektive minst andel patientvald väntan är i genomsnitt omkring 12 procentenheter under perioden.

Utifrån befintlig data går det inte svara på varför andelen patientvald väntan skiljer sig mellan landsting och år. Det är inte självklart att de skillnader som ses i figur 6 och 7 kan förklaras av att patienter i olika landsting har (så pass) skilda preferenser. Det är inte heller uppenbart varför dessa skulle variera över tid på det sätt som figurerna redovisar. En möjlig förklaring

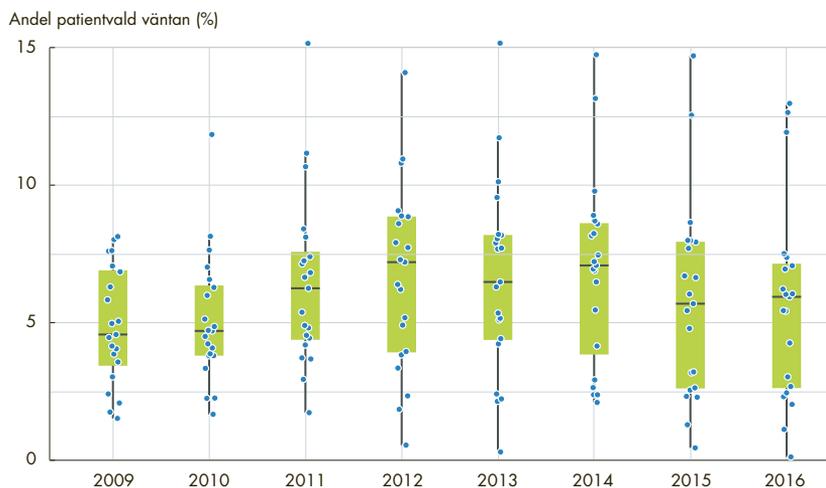


**Figur 6.** Patientvalt väntande på nybesök inom den specialiserade vården respektive operation. Andel patienter (procent) av totala antalet väntande som registrerats som patientvalt väntande per landsting och år (2012–2016).



Not: Se rutan på nästa sida för förklaring till hur man läser låddiagram.  
Källa: Väntetidsdatabasen.

**Figur 7.** Patientvalt väntande i primärvården. Andel patienter (procent) som registrerats som patientvalt väntande bland dem som fått ett läkarbesök per landsting och år (2009–2016).



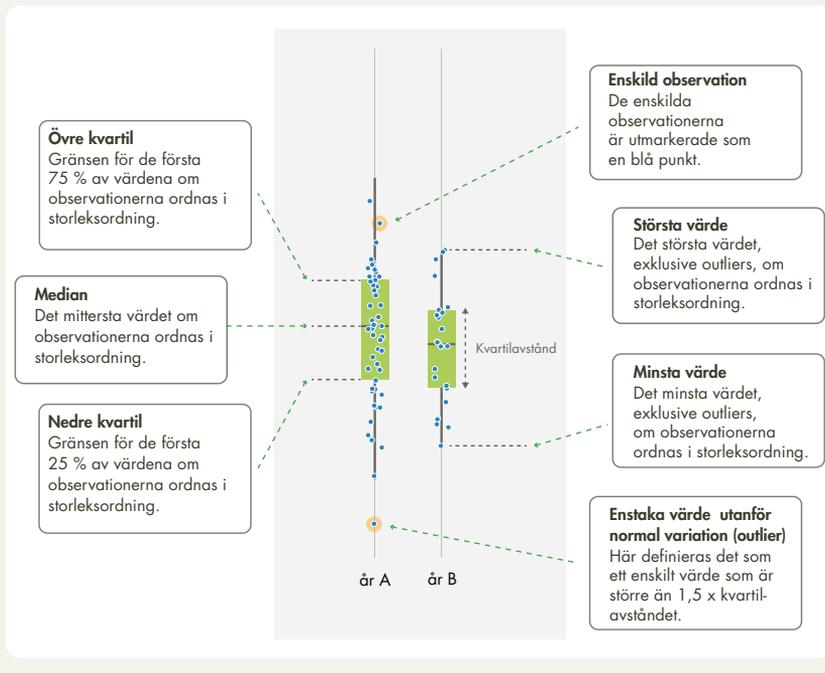
Not: Se rutan på nästa sida för förklaring till hur man läser låddiagram.  
Källa: Väntetidsdatabasen.

är att rapporteringen och tolkningen av patientvald väntan skiljer sig åt mellan landstingen, och sannolikt även mellan verksamheter inom landstingen. Det blir därför svårt att göra rättvisande jämförelser av vårdgarantins efterlevnad, både mellan landsting och över tid, när patientvald väntan exkluderas.

Huruvida de patientvalt väntande inkluderas eller inte när andelen patienter som får vård inom vårdgarantins gränser beräknas får viss påverkan på resultaten. Jämfört med de resultat som presenteras på webbplatsen Väntetider i vården kommer alltså våra resultat och siffror att skilja sig åt och uppvisa en lägre efterlevnad. För primärvården rör det sig om en skillnad på 5–7 procentenheter, och för specialistvården rör det sig om en skillnad på upp till 4 procentenheter (se bilaga 1).

### FÖRKLARING AV LÅDDIAGRAM

Figur 6 och 7 redovisar andelen patientvalt väntande per landsting och år med hjälp av låddiagram (box plot på engelska). I diagrammet visas medianen (det mittersta värdet) i andelen patientvalt väntande per år, största och minsta värde samt alla observationer däremellan. "Lådan" i mitten innehåller 50 procent av alla observationer, medan 25 procent av observationerna ligger nedanför lådan (under nedre kvartilgränsen i lådan) och 25 procent ligger ovanför lådan (över den övre kvartilgränsen i lådan). Punkterna i diagrammet är enskilda observationer, i det här fallet landsting.









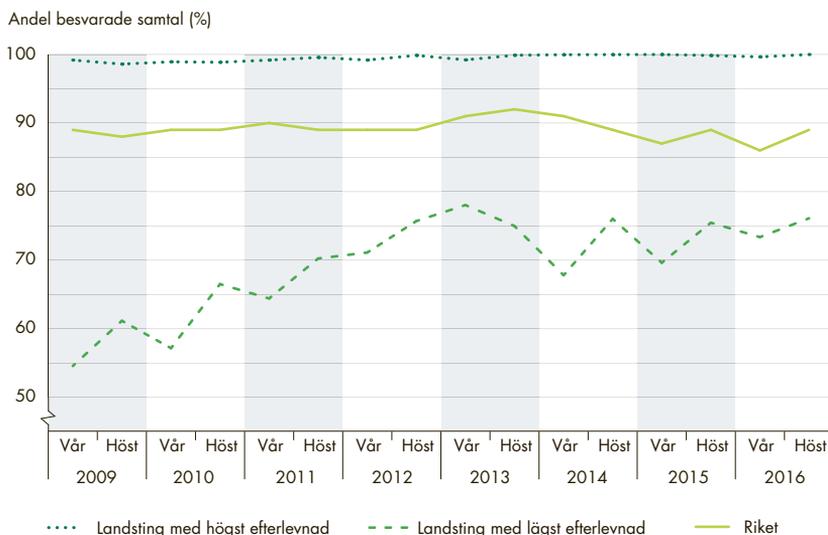
## Uppföljning av vårdgarantin

I det här kapitlet används den nationella väntetidsdatabasen för att redovisa hur stor andel av patienterna som får vård inom vårdgarantins tidsgränser avseende kontakt med primärvården, läkarbesök i primärvården, besök i den specialiserade vården och behandling. Vi redoogör för utvecklingen över tid (2012–2016) och undersöker bland annat skillnader i vårdgarantins efterlevnad mellan landsting, vårdområden och verksamheter. Resultaten visar generellt en försämring i efterlevnaden, i synnerhet sedan 2014 eller 2015. Men det finns stora skillnader i både nivå och förändring mellan olika landsting och vårdområden, vilket gör det svårt att tala om en nationellt enhetlig trend.

### 3.1 OMKRING 90 PROCENT FÅR TELEFONKONTAKT MED PRIMÄRVÅRDEN SAMMA DAG

Vårdgarantins första del, tillgänglighetsgarantin, mäts i väntetidsdatabasen som telefontillgänglighet (se avsnitt 2.1 för mer information om mätningen). Figur 8 visar att telefontillgängligheten mellan 2009 och 2016 har legat stabilt kring strax under 90 procent för riket som helhet. Det innebär att omkring nio av tio kommer i kontakt med sin vårdcentral samma dag. Märkbart är att lägstnivån, det vill säga det landsting som i varje mätning har minst andel besvarade samtal, har ökat, från att som lägst ha legat omkring 55 procent under 2009 till att 2016 ligga på cirka 75 procent. För riket som helhet uppnåddes den högsta efterlevnaden under 2013 då 92 procent fick kontakt med primärvården samma dag. Därefter ses en försämring om drygt 4 procentenheter till 2016 då cirka 87 procent fick kontakt med primärvården samma dag.



**Figur 8.** Andel av telefonsamtal till primärvården som besvarades samma dag 2009–2016.

Not: Stockholm ingår inte i beräkningarna.  
Källa: Väntetidsdatabasen.

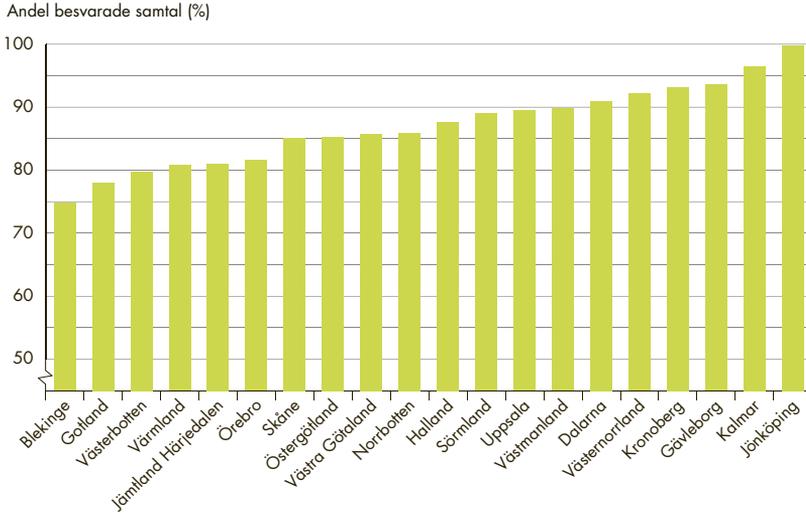
Det finns stora skillnader mellan landsting i andelen besvarade telefonsamtal, även om dessa har blivit mindre över tid. Under våren 2009 skiljde det 44 procentenheter mellan landstingen med högst respektive lägst efterlevnad, medan motsvarande skillnad under hösten 2016 var 25 procentenheter. De landsting som återkommande ligger lågt i telefontillgänglighet är Värmland, Jämtland Härjedalen, Blekinge, Skåne och Västerbotten medan Kalmar, Kronoberg och Jönköping ligger högt.

Figur 9 visar hur resultaten skiljer sig mellan landstingen för mätningarna under 2016. 75 procent av telefonsamtalen till primärvården besvarades i Blekinge, medan motsvarande siffra i Jönköping var över 99 procent. I 14 landsting besvarades mindre än 90 procent av samtalen.

### 3.2 OMRING 85 PROCENT FÅR TRÄFFA LÄKARE I PRIMÄRVÅRDEN INOM SJU DAGAR

Väntetidsdatabasens mätning av vårdgarantins andra del, besöksgarantin inom primärvården, består av antal genomförda läkarbesök inom sju dagar (se avsnitt 2.1 för mer information om mätningen). Andelen läkarbesök som genomförs inom sju dagar försämras något över tid. Det finns stora skillnader

**Figur 9.** Andel av telefonsamtal till primärvården som besvarades samma dag.  
Per landsting 2016.



Not: Stockholm ingår inte i beräkningarna.  
Källa: Väntetidsdatabasen.

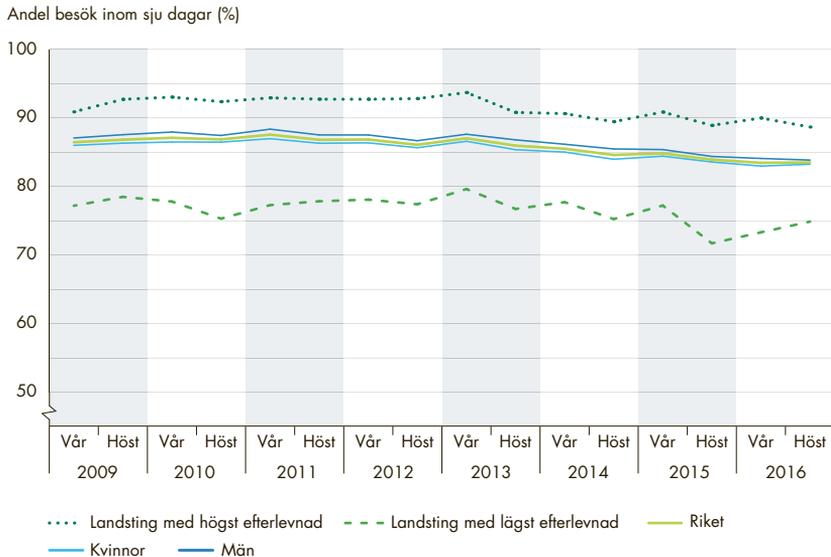
mellan landstingen i hur väl tidsgränsen hålls, och skillnaderna består över tid. Däremot är skillnaderna mellan män och kvinnor små, och vi ser inga markanta skillnader mellan offentliga och privata vårdcentraler.

### 3.2.1 Viss försämring över tid och bestående skillnader mellan landstingen

Figur 10 visar andelen patienter som fått läkarbesök inom sju dagar under 2009–2016, inklusive de patienter som markeras som så kallat patientvalt väntande (se kapitel 2). Enligt detta mått var vårdgarantins efterlevnad strax över 85 procent fram till hösten 2014. Därefter har andelen patienter som får träffa en läkare inom sju dagar sjunkit till 83 procent. Det innebär att drygt 83 500 läkarbesök i primärvården 2016 inte gjordes inom vårdgarantins tidsgräns, och att bland de läkarbesök som genomfördes, hade nästan två av tio patienter väntat mer än sju dagar. Det bästa resultatet uppnåddes 2013 då 87 procent fick träffa läkare inom tidsgränsen.

I landstinget med högst efterlevnad fick 88 till 90 procent av patienterna sitt besök inom sju dagar, medan motsvarande siffra i landstinget med lägst efterlevnad låg inom spannet 71–79 procent. Skillnaden mellan landstingen

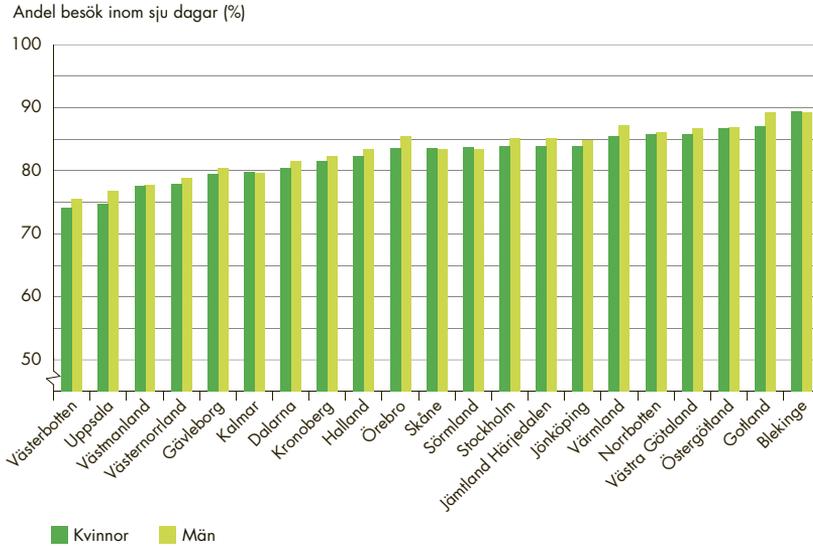


**Figur 10.** Andel som fått läkarbesök i primärvården inom sju dagar 2009–2016.

Not: Patientvalt väntande är inkluderade i beräkningen.  
Källa: Väntetidsdatabasen.

med högst respektive lägst efterlevnad är också tämligen konstant över tid på strax under 14 procentenheter. De landsting som under perioden ligger lägst i efterlevnad är Uppsala, Västerbotten och Västmanland. I början av perioden har Halland och Värmland återkommande höga resultat medan det mot slutet av perioden inte är något landsting som återkommande uppvisar en hög efterlevnad jämfört med de andra. Över tid ser vi med andra ord en svagt negativ trend i efterlevnaden av vårdgarantins andra tidsgräns för riket som helhet, samtidigt som regionala skillnader har bestått. Figur 11 visar vårdgarantins efterlevnad för 2016 uppdelat på landsting och kön. I Västerbotten fick 74 procent sitt läkarbesök inom sju dagar, medan 89 procent fick det i Blekinge.

Män får i genomsnitt sitt besök inom sju dagar något oftare än kvinnor, men skillnaderna är små, omkring en procentenhet för riket som helhet (figur 10). I vissa landsting, exempelvis Västerbotten, Örebro och Gotland är skillnaderna mellan män och kvinnor något större (1,5, 1,8 respektive 2,2 procentenheter) (figur 11).

**Figur 11.** Andel som fått läkarbesök i primärvården inom sju dagar 2016. Per landsting och kön.

Not: Patientvalt väntande är inkluderade i beräkningen.  
Källa: Väntetidsdatabasen.

### 3.2.2 Många får läkarbesök snabbare än inom sju dagar men väntetiderna försämras gradvis över tid

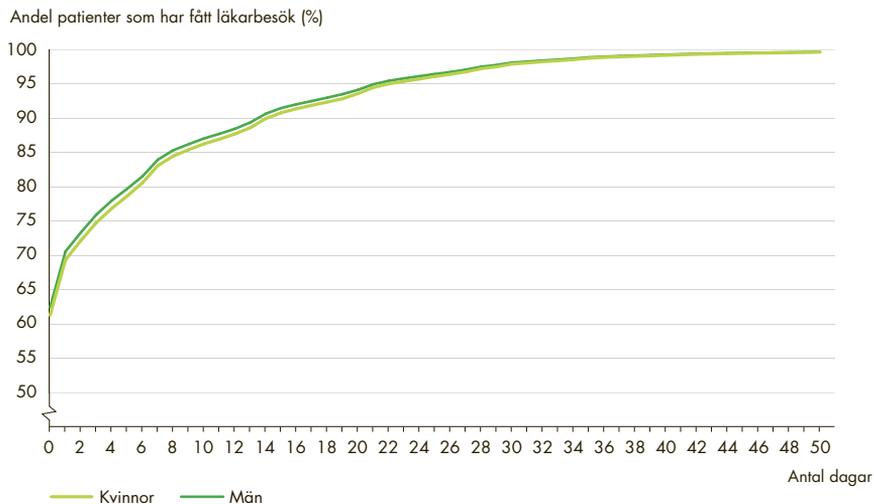
Samtidigt som inte alla patienter får träffa en läkare i primärvården inom sju dagar visar figur 12 att en stor andel av besöken görs med betydligt kortare väntetider. Drygt 60 procent får ett besök samma dag, och inom fyra dagar har runt 75 procent fått sitt läkarbesök. Samtidigt finns det patienter som får vänta betydligt längre än vårdgarantins sju dagar. Efter två veckor har tio procent av patienterna fortfarande inte träffat en läkare.

Samma mönster som ovan vad gäller skillnader mellan män och kvinnor förekommer också här; män får i genomsnitt träffa en läkare något snabbare jämfört med kvinnor även om skillnaderna är små.

Figur 13 visar hur andelen som får träffa en läkare har förändrats mellan 2009 och 2016 efter *antalet väntedagar*. Tre procentenheter färre fick vård inom sju dagar 2016 jämfört med 2009. Samtidigt tar det i genomsnitt tre dagar längre att uppnå 2009 års besöksandel på 87 procent vid sju dagar år 2016. Kurvorna visar också att mellan 2009 och 2011 förbättrades tillgängligheten och fler fick läkarbesök snabbare. Men från 2013 och framåt flyttas kurvorna successivt åt höger i figuren, vilket innebär att patienter i genomsnitt får vänta längre på att få träffa en läkare.

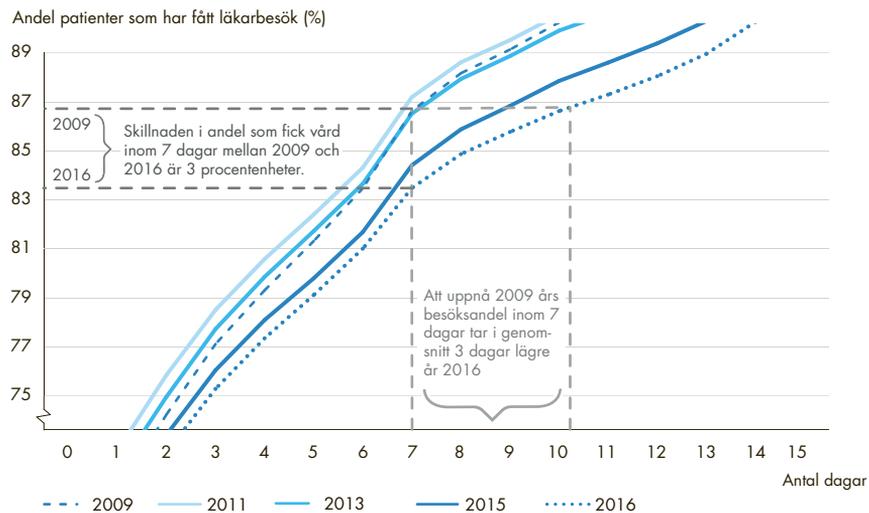


**Figur 12.** Andel patienter som fått läkarbesök i primärvården vid olika antal väntedagar (kumulativ andel), år 2016.



Not: Patientvalt väntande är inkluderade i beräkningen.  
Källa: Väntetidsdatabasen.

**Figur 13.** Andel patienter som fått läkarbesök i primärvården vid olika antal väntedagar (kumulativ andel), år 2009–2016.



Not: Patientvalt väntande är inkluderade i beräkningen.  
Källa: Väntetidsdatabasen.

### 3.2.3 Små skillnader mellan offentliga och privata vårdcentraler

Tabell 3 redovisar den genomsnittliga efterlevnaden av vårdgarantin och väntetider för offentliga och privata vårdcentraler för år 2014 respektive 2016. År 2014 uppvisade offentliga och privata vårdcentraler i princip samma efterlevnad av vårdgarantin och lika längd på väntetider till nybesök hos läkare. Mellan 2014 och 2016 försämrades både efterlevnaden och den genomsnittliga väntetiden, och försämringen var större för privata vårdcentraler. År 2016 var efterlevnaden 1,3 procentenheter högre för offentliga vårdcentraler jämfört med privata och den genomsnittliga väntetiden var marginellt kortare (0,3 dagar).

Resultaten i tabell 3 skiljer sig från den statistik som SKL presenterar på webbplatsen Väntetider i vården ([www.vantetider.se](http://www.vantetider.se)) där exempelvis offentliga vårdcentraler uppvisar en efterlevnad på 88 procent medan privata vårdcentraler har en efterlevnad på 91 procent i mätningen hösten 2016. Skillnaden mot våra resultat är markant och beror på att SKL exkluderar patientvald väntan medan vi inkluderar patientvald väntan (se avsnitt 2.3). Ett av skälen till att inkludera patientvald väntan är att möjliggöra mer rättvisande jämförelser mellan exempelvis landsting och år. De förhållandevis stora skillnader i andel patientvald väntan mellan landsting och år som presenteras i kapitel 2 tyder på att rapporteringen och tolkningen av patientvald väntan skiljer sig åt mellan landstingen på ett sätt som varken är slumpmässigt eller enkelt kan förklaras av skillnader i patienters beteenden eller preferenser mellan olika landsting.

Skillnaden i andel patientvald väntan är ännu mer markant mellan offentliga och privata vårdcentraler. Andelen patientvald väntan på offentliga vårdcentraler är 5,5 procent och 9,2 procent på privata vårdcentraler. Privata vårdcentraler uppvisar alltså en omkring 70 procent högre andel patientvald väntan. Skillnaden på 3,6 procentenheter är statistiskt säkerställd och kvarstår efter att hänsyn har tagits till eventuella skillnader i patientunderlag i termer av kön och ålder samt storlek på vårdcentralen i

**Tabell 3.** Andel läkarbesök inom sju dagar och väntetider (antal dagar) för offentliga och privata vårdcentraler (2014 och 2016).

	2014		2016	
	Offentlig	Privat	Offentlig	Privat
Andel läkarbesök inom sju dagar	85,1 %	85,0 %	84,0 %	82,7 %
Genomsnittlig väntetid (antal dagar)	3,3	3,4	3,8	4,1

Källa: Väntetidsdatabasen.



termen av antal patienter och hur många läkare som är anställda. Det är inte uppenbart att skillnaden i andelen patientvald väntan mellan offentliga och privata vårdcentraler kan förklaras av att patienter på offentliga respektive privata vårdcentraler har skilda preferenser när det kommer till att boka tider för läkarbesök. Vi menar därför att jämförelsen mellan offentliga och privata vårdcentraler blir mer rättvisande när patientvald väntan inkluderas.

### 3.3 VÅRDGARANTINS EFTERLEVAD FÖRSÄMRAS ÖVER TID FÖR NYBESÖK INOM DEN SPECIALISERADE VÅRDEN

Vårdgarantins tredje del, besöksgaranti inom den specialiserade vården, mäts i väntetidsdatabasen genom nybesök hos ett urval av specialistområden (se avsnitt 2.1 och 2.2 för mer information om mätningen). Andelen patienter som får nybesök hos dessa specialistmottagningar inom tidsgränsen om 90 dagar har minskat sedan 2012. Det finns stora skillnader mellan landstingen i hur väl tidsgränsen hålls, och dessa skillnader ökar över tid. Det finns också skillnader mellan vårdområden i hur väl tidsgränsen hålls. Över tid försämras efterlevnaden i nästan alla landsting och inom nästan samtliga vårdområden, men storleken på försämringen skiljer sig åt.

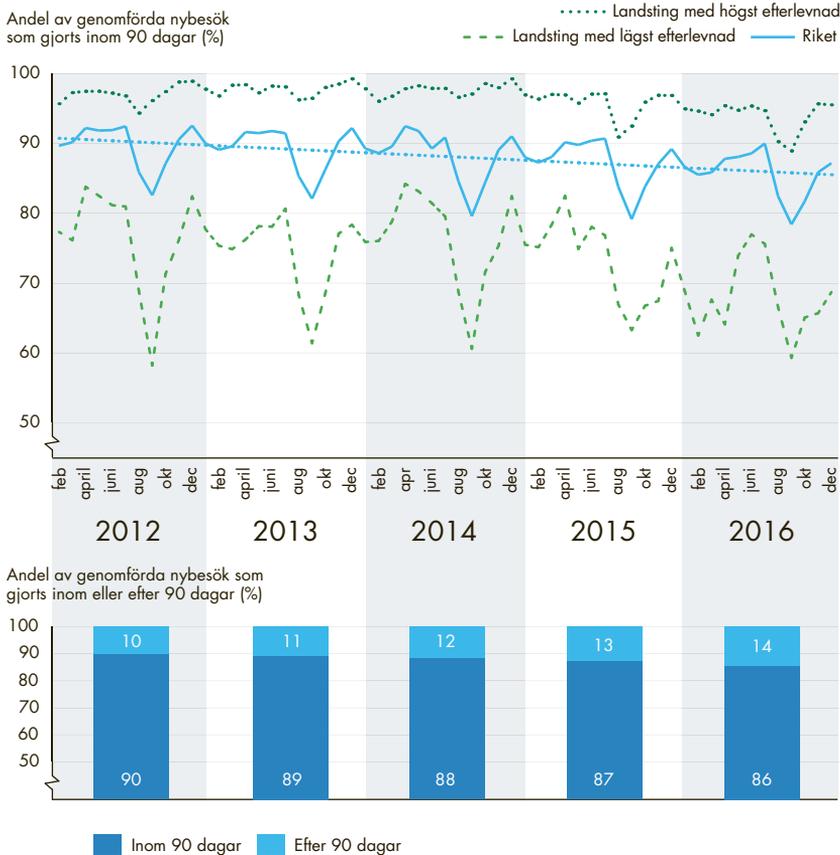
#### 3.3.1 Försämrade efterlevnad över tid och större skillnader mellan landsting

Figur 14 visar i vilken utsträckning *genomförda* nybesök inom den specialiserade vården gjordes inom 90 dagar mellan 2012 och 2016, för riket som helhet samt i det landsting med högst respektive lägst efterlevnad varje månad. I genomsnitt minskade efterlevnaden av vårdgarantin enligt detta mått med en procentenhet årligen under perioden. 90 procent fick sitt nybesök inom 90 dagar 2012 medan motsvarande andel 2016 är 86 procent. Andelen som väntat mer än 90 dagar innan genomfört besök ökar i motsvarande utsträckning, från 10 till 14 procent.

Skillnaden mellan landstingen med den högsta respektive den lägsta efterlevnaden (variationsvidden) är stor och ökar över tid. År 2012 var skillnaden i genomsnitt under året 20 procentenheter medan motsvarande skillnad hade ökat till 25 procentenheter 2016. Gotland har generellt högst efterlevnad medan det inte finns några landsting som över tid skiljer ut sig genom att uppvisa lägst efterlevnad.

Det finns också stor variation över året. Skillnaderna mellan olika tider på året är generellt större än skillnaderna mellan åren. Under september

**Figur 14.** Andel av nybesök inom den specialiserade vården som genomfördes inom 90 dagar 2012–2016.



Not: Patientvalt väntande är inkluderade i beräkningen.  
Källa: Väntetidsdatabasen.

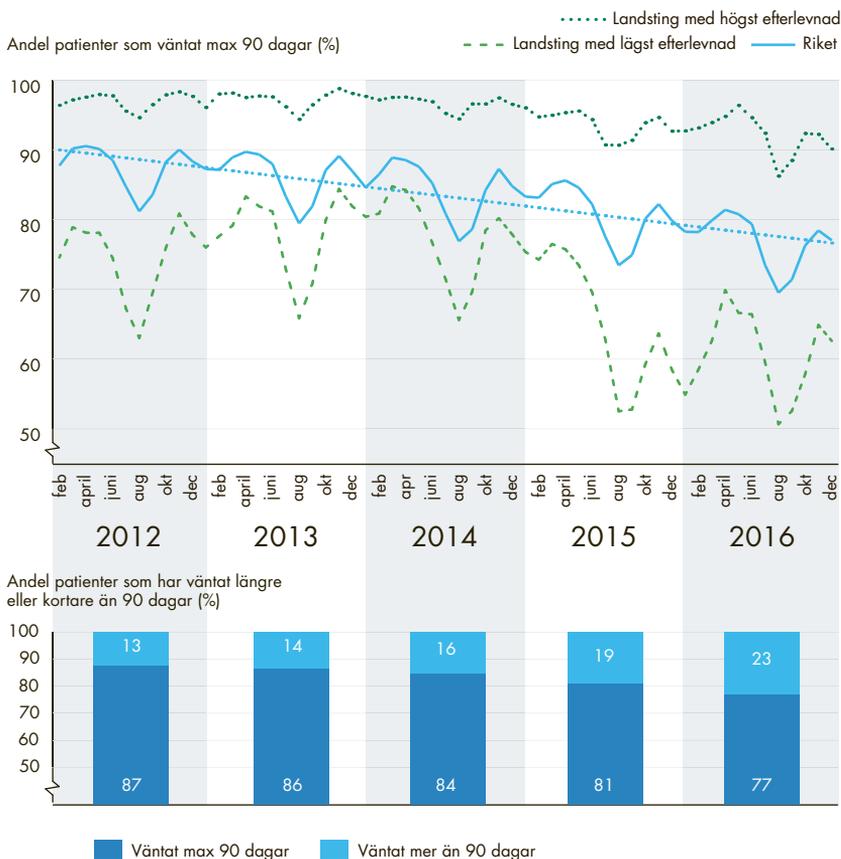
genomfördes i genomsnitt över tidsperioden 80 procent av besöken inom 90 dagar, medan motsvarande siffra för december är 90 procent. Andelen sjunker under september eftersom färre besök genomförs under sommaren och att patienter som når en väntetid om 90 dagar i juli och augusti i stället får vård i september.

Figur 15 fokuserar i stället på *antalet väntande*, det vill säga antalet patienter som vid en viss tidpunkt står på väntelista till nybesök inom den specialiserade vården. Detta ger värdefull information om hur situationen ser ut för patienter som ännu inte fått ett besök. Efterlevnaden av vårdgarantin enligt detta mått minskar markant, med tio procentenheter,

över tid. Andelen som väntat högst 90 dagar minskar från 87 till 77 procent mellan 2012 och 2016. Andelen som väntat mer än 90 dagar ökar på motsvarande sätt, från 13 till 23 procent. Förändringen från år till år blir större över tiden.

Skillnaden mellan landstingen med den högsta respektive den lägsta efterlevnaden ökar över tid. År 2015 särskiljer sig som ett år där särskilt det sämsta resultatet försämrats betydligt varefter ingen återhämtning i större bemärkelse har skett. Det här fallet 2015 till en lägre efterlevnad tycks därmed spegla en, under tidsperioden, bestående förändring snarare än en tillfällig nedgång.

**Figur 15.** Andel av väntande patienter som väntat 90 dagar eller mindre på nybesök inom den specialiserade vården 2012–2016.



Not: Patientvalt väntande är inkluderade i beräkningen.  
 Källa: Väntetidsdatabasen.

Figur 14 och 15 redovisar alltså hur väl vårdgarantins tidsgräns om 90 dagar hålls beräknat utifrån de två olika måtten *genomförda* nybesök respektive *antal väntande* på nybesök (se avsnitt 2.2). Båda måtten visar en försämring över tid, men försämringen är betydligt större vad gäller *antalet väntande*. Figur 16 visar utvecklingen för riket som helhet för dessa båda mått i samma diagram, och här blir det tydligt att de två måtten ger olika resultat, särskilt mot slutet av tidsperioden. Fram till 2014 följer de två måtten varandra ganska väl, och resultatet för vårdgarantins efterlevnad är ungefär densamma oavsett vilket av dessa två mått som används. Därefter börjar måtten gå isär allt mer. Staplarna i figuren visar skillnaden mellan måtten. Från dessa syns att skillnaden ökar, och blir mer permanent, runt 2015. Bland de nybesök som genomförs görs fortfarande en stor, om än minskande, del inom 90 dagar, men det finns en väntelista där allt fler väntar mer än 90 dagar. Som räkneexemplet i avsnitt 2.2 belyser, är det möjligt att upprätthålla en hög andel genomförda besök inom 90 dagar samtidigt som andelen som stått på väntelistorna högst 90 dagar minskar. Det beror på hur patienter prioriteras i kön.

**Figur 16.** Vårdgarantins efterlevnad för nybesök inom den specialiserade vården beräknat utifrån två mått, *genomförda* nybesök och *antal väntande* på nybesök, 2012–2016.

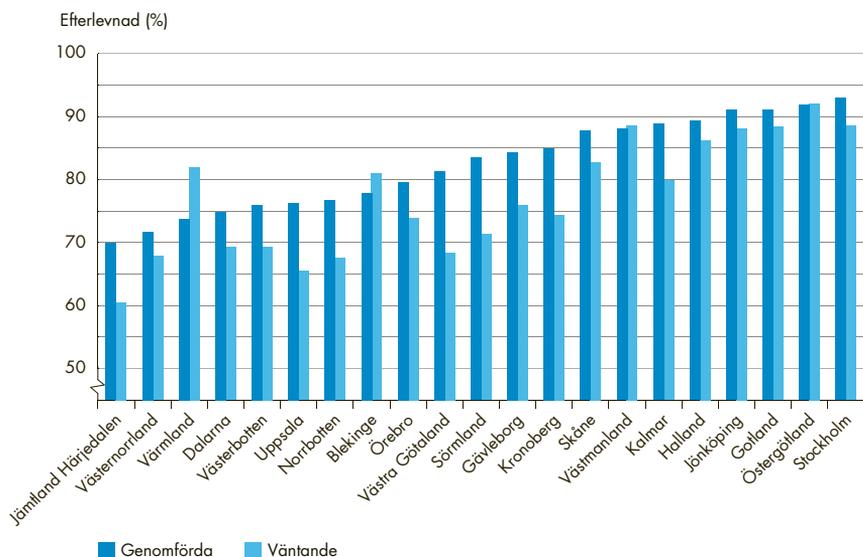


Not: Patientvalt väntande är inkluderade i beräkningen.  
Källa: Väntetidsdatabasen.

### 3.3.2 Det finns stora skillnader i hur landstingen lever upp till vårdgarantin och i hur väntetiderna har utvecklats

De regionala skillnaderna i hur vårdgarantin efterlevs är stora. I landstinget med högst efterlevnad genomfördes 93 procent av besöken inom 90 dagar, medan motsvarande andel i landstinget med lägst efterlevnad var 70 procent år 2016 (se figur 17). Det innebär en skillnad på 23 procentenheter. Variationsvidden för väntande är ännu större. Andelen patienter som hade väntat högst 90 dagar sträcker sig från 60 till 92 procent, det vill säga en skillnad om 31 procentenheter. Figur 17 visar också att de landsting som har en hög efterlevnad beräknat utifrån *genomförda* nybesök generellt också har en hög efterlevnad när den beräknas utifrån *antalet väntande* patienter. Korrelationskoefficienten, som är ett mått på samvariationen, är 0,82.

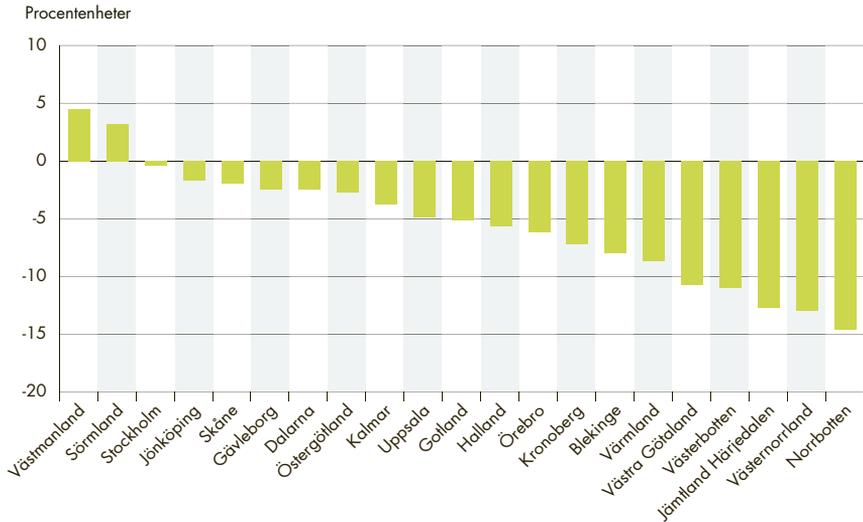
**Figur 17.** Vårdgarantins efterlevnad för nybesök inom den specialiserade vården beräknat utifrån två mått, *genomförda* nybesök och *antal väntande* på nybesök. Per landsting 2016.



Not: Patientvalt väntande är inkluderade i beräkningen.  
Källa: Väntetidsdatabasen.

Det finns också stora skillnader mellan landstingen när det gäller hur efterlevnaden av vårdgarantin har förändrats över tid (se figur 18). Mellan 2012 och 2016 förbättrades efterlevnaden i två landsting med 3–4 procentenheter medan den försämrades i resterade landsting med upp till nära 15 procentenheter. Det finns med andra ord en stor regional variation kring den nedåtgående trenden i vårdgarantins efterlevnad som ses för riket som helhet.

**Figur 18.** Förändring mellan 2012 och 2016 i landstingens efterlevnad av vårdgarantin för nybesök inom den specialiserade vården (andel genomförda nybesök inom 90 dagar).



Not: Patientvalt väntande är inkluderade i beräkningen.  
Källa: Väntetidsdatabasen.

För att få en bättre förståelse för hur varje enskilt landsting har påverkat den försämring om 4,1 procentenheter som ses för riket som helhet mellan 2012 och 2016 har vi tagit hänsyn till hur besöksandelen skiljer sig mellan landstingen och hur det har förändrats över tid. I tabell 4 redovisas förändringen i andelen som fått nybesök inom 90 dagar i landstingen (från figur 18) tillsammans med andelen av besöken som genomförts i respektive landsting. Försämringen av vårdgarantins efterlevnad för riket som helhet förklaras nämligen dels av förändringen inom landstingen där hänsyn tas till landstings storlek, dels av omfördelning av patienter mellan landsting vilket kan få en effekt på efterlevnaden för riket som helhet om exempelvis landsting med relativt hög efterlevnad blir större. När det kommer till förändringen i efterlevnad för nybesök ser vi att det senare har skett. Tack vare att besöksandelen har ökat i landsting med en efterlevnad högre än genomsnittet har den nationella försämringen mildrats med 0,4 procentenheter (se längst ner i högra kolumnen i tabell 4). Den nationella försämringen på -4,1 procentenheter utgörs av försämringen som skett inom landstingen på -4,5 procentenheter och den mildrande effekten om 0,4 procentenheter som beror på att en större andel patienter får sitt besök i landsting med en relativt hög



efterlevnad (över genomsnittet). En mer detaljerad beskrivning av denna beräkning och en mer fullständig beskrivning av varje landstings enskilda bidrag återfinns i bilaga 2.

Omkring 35 procent av nedgången i efterlevnaden av vårdgarantin i riket utgörs av den utveckling som skett i Västra Götaland (se tabell 4). Att Västra Götaland förklarar en så stor del beror på att efterlevnaden försämrats kraftigt i landstinget samtidigt som landstinget är förhållandevis stort – cirka 15 procent av alla nybesök görs där. Det kan jämföras med Norrbotten som är det landsting som förklarar näst mest av den nationella försämringen, närmare bestämt 8 procent. Att Norrbotten som endast står för 2,5 procent av nybesöken i landet ändå förklarar en så stor del av försämringen i riket beror

**Tabell 4.** Landstingens påverkan på rikets förändring i efterlevnad avseende nybesök inom den specialiserade vården på -4,1 procentenheter mellan 2012 och 2016.

Landsting	Förändring i vårdgarantins efterlevnad 2012–2016 (procentenheter)*	Genomsnittlig patientandel 2012 och 2016 (i procent)^	Bidrag till förändringen i riket som helhet		Omfördelnings-effekt (procentenheter)
			Procentenheter	Procent	
Norrbotten	-14,6	2,4 %	-0,4	8,0 %	0,0
Västernorrland	-12,9	2,0 %	-0,3	5,9 %	0,0
Jämtland Härjedalen	-12,7	1,1 %	-0,1	3,2 %	0,0
Västerbotten	-11,0	3,2 %	-0,4	7,9 %	0,0
Västra Götaland	-10,8	15,3 %	-1,6	36,8 %	0,0
Värmland	-8,6	2,2 %	-0,2	4,2 %	0,0
Blekinge	-8,0	1,9 %	-0,2	3,4 %	0,0
Kronoberg	-7,2	1,9 %	-0,1	3,1 %	0,0
Örebro	-6,1	3,7 %	-0,2	5,1 %	0,0
Halland	-5,6	3,0 %	-0,2	3,8 %	-0,1
Gotland	-5,1	0,9 %	0,0	1,0 %	0,0
Uppsala	-4,8	3,5 %	-0,2	3,8 %	0,0
Kalmar	-3,8	2,8 %	-0,1	2,4 %	0,0
Östergötland	-2,7	4,4 %	-0,1	2,6 %	0,0
Dalarna	-2,5	2,7 %	-0,1	1,5 %	0,0
Gävleborg	-2,4	3,6 %	-0,1	1,9 %	0,0
Skåne	-2,0	15,6 %	-0,3	6,8 %	0,0
Jönköping	-1,7	3,3 %	-0,1	1,2 %	0,0
Stockholm	-0,4	20,9 %	-0,1	1,9 %	0,4
Sörmland	3,2	3,0 %	0,1	-2,2 %	0,0
Västmanland	4,5	2,5 %	0,1	-2,5 %	0,0
<b>Riket</b>		<b>100 %</b>	<b>-4,5</b>	<b>100 %</b>	<b>0,4</b>

\* Dessa siffror är samma som de som redovisas i figur 18.

^ Genomsnittlig patientandel motsvarar hur stor andel av nybesöken som genomfördes i landstinget (genomsnitt av 2012 och 2016). Det behöver inte fullt ut motsvara hur stor andel av befolkningen som bor i landstinget.

Not: Patientvalt väntande är inkluderade i beräkningen. Se bilaga 2 för mer detaljerade resultat.

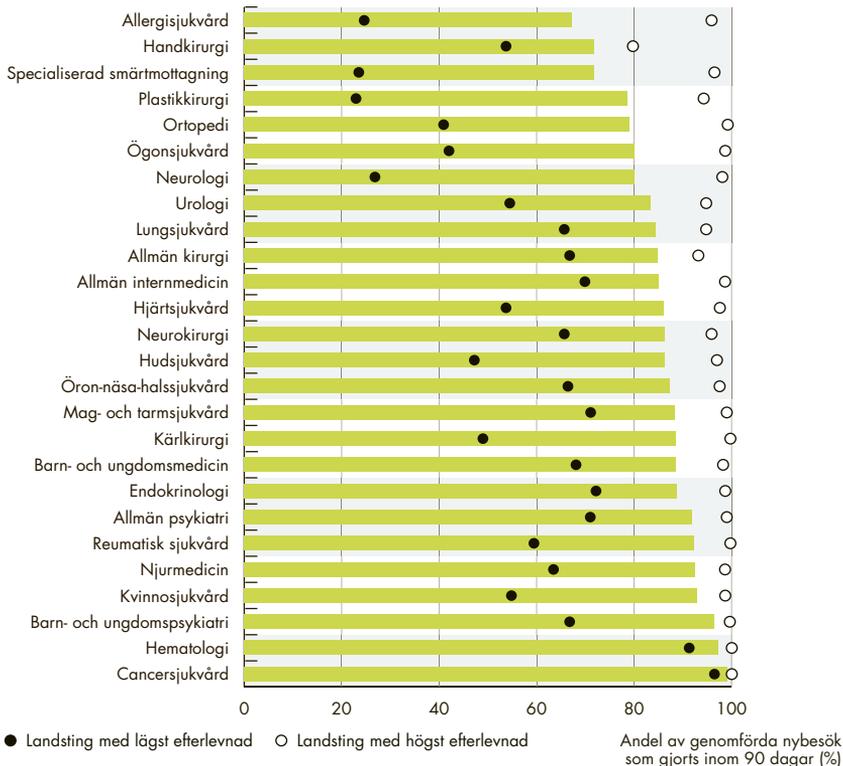
Källa: Väntetidsdatabasen.

på att försämringen har varit så stor, -14,6 procentenheter. Vi ser också att Stockholm påverkar den samlade förändringen i efterlevnaden av vårdgarantin i riket positivt trots att efterlevnaden i landstinget har minskat. Det beror på att en större andel av besöken görs inom landstinget som trots nedgången i efterlevnad de senaste åren fortfarande har en relativt hög efterlevnad jämfört med landstingen i genomsnitt.

### 3.3.3 Stora skillnader i vårdgarantins efterlevnad mellan vårdområden

Figur 19 visar att det finns stora skillnader mellan specialistområden i hur väl tidsgränsen för nybesök inom 90 dagar hålls. Skillnaden mellan de vårdområden med högst respektive lägst efterlevnad är 32 procentenheter. År 2016 fick endast 67 procent av patienterna inom allergisjukvård ett nybesök hos läkare inom 90 dagar medan motsvarande siffra inom flera andra områden,

**Figur 19.** Andel av nybesök inom den specialiserade vården som genomfördes inom 90 dagar. Per vårdområde 2016. Nationellt genomsnitt samt skillnad mellan landstingen med högst respektive lägst efterlevnad.



Not: Patientvalt väntande är inkluderade i beräkningen.  
Källa: Väntetidsdatabasen.

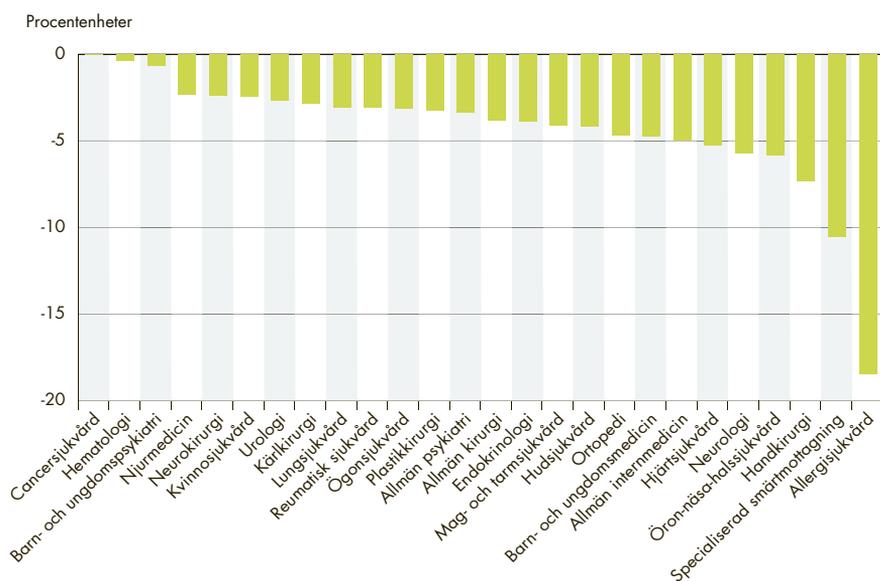
bland annat njurmedicin och reumatisk sjukvård, var över 90 procent. Inom cancervård fick i princip alla patienter sitt besök inom tidsgränsen.

De medicinska konsekvenserna av långa väntetider skiljer sig dock åt mellan olika vårdområden och vårdgarantins tidsgräns om 90 dagar är inte relevant för vissa diagnoser och vårdområden, bland annat för flera diagnoser inom cancerområdet. Det är också viktigt att notera att resultaten endast avser nybesök och inte återbesök. En hög efterlevnad 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.

Figur 19 visar också att det finns stora skillnader mellan landstingen inom respektive vårdområde, i genomsnitt 40 procentenheter. Sambandet mellan efterlevnad och spridningen visar att ju lägre efterlevnaden är desto större är skillnaden mellan landstingen (korrelationskoefficienten är omkring -0,7). Det syns tydligt när vi jämför cancersjukvård, vars spridning är 3,4 procentenheter, med allergisjukvård där skillnaderna mellan landsting är hela 71 procentenheter.

Figur 20 visar att samtliga vårdområden uppvisar en försämring av vårdgarantins efterlevnad mellan 2012 och 2016, men hur stor försämringen är skiljer sig mellan olika vårdområden. Återigen är det viktigt att komma ihåg

**Figur 20.** Förändring mellan 2012 och 2016 i andelen genomförda nybesök inom den specialiserade vården inom 90 dagar för olika vårdområden.



Not: Patientvalt väntande är inkluderade i beräkningen.  
Källa: Väntetidsdatabasen.

att de medicinska konsekvenserna av försämrad tillgänglighet kan skilja sig mellan olika vårdområden. Men tidsgränsen om 90 dagar gäller för alla vårdområden.

På samma sätt som för landstingen har vi beräknat hur mycket respektive vårdområde har bidragit till försämringen för riket som helhet om -4,1 procentenheter (se tabell 5). 40 procent av försämringen för riket som

**Tabell 5.** Vårdområdets påverkan på försämringen av vårdgarantins efterlevnad om - 4,1 procentenheter i riket som helhet mellan 2012 och 2016.

Vårdområde	Förändring i vårdgarantins efterlevnad 2012–2016 (procentenheter)*	Genomsnittlig patientandel 2012 och 2016 (i procent)^	Bidrag till förändringen i riket som helhet		Omfördelnings-effekt (procent-enheter)
			Procent-enheter	Procent	
Allergisjukvård	-18,4	0,5 %	-0,1	2,2 %	0,0
Specialiserad smärtmottagning	-10,5	0,6 %	-0,1	1,6 %	0,0
Handkirurgi	-7,3	1,5 %	-0,1	2,8 %	0,1
Öron-näsa-halssjukvård	-5,8	11,3 %	-0,7	16,5 %	0,0
Neurologi	-5,7	1,7 %	-0,1	2,5 %	0,0
Hjärtsjukvård	-5,3	2,3 %	-0,1	3,0 %	0,0
Allmän internmedicin	-5,0	1,5 %	-0,1	1,8 %	0,0
Barn- och ungdomsmedicin	-4,7	5,2 %	-0,2	6,2 %	0,0
Ortopedi	-4,7	13,1 %	-0,6	15,3 %	0,0
Hudsjukvård	-4,2	11,3 %	-0,5	11,8 %	0,0
Mag- och tarmsjukvård	-4,1	0,9 %	0,0	1,0 %	0,0
Endokrinologi	-3,9	1,0 %	0,0	1,0 %	0,0
Allmän kirurgi	-3,8	8,7 %	-0,3	8,3 %	0,0
Allmän psykiatri	-3,4	3,4 %	-0,1	2,8 %	0,0
Plastikkirurgi	-3,3	0,6 %	0,0	0,5 %	0,0
Ögonsjukvård	-3,1	12,2 %	-0,4	9,5 %	-0,1
Reumatisk sjukvård	-3,1	1,1 %	0,0	0,9 %	0,0
Lungsjukvård	-3,1	1,3 %	0,0	1,0 %	0,0
Kärlkirurgi	-2,9	0,9 %	0,0	0,7 %	0,0
Urologi	-2,7	3,9 %	-0,1	2,6 %	0,0
Kvinnosjukvård	-2,4	11,9 %	-0,3	7,3 %	0,0
Neurokirurgi	-2,4	0,2 %	0,0	0,1 %	0,0
Njurmedicin	-2,3	0,3 %	0,0	0,2 %	0,0
Barn- och ungdomspsykiatri	-0,6	2,4 %	0,0	0,4 %	0,0
Hematologi	-0,4	0,6 %	0,0	0,1 %	0,0
Cancersjukvård	0,0	1,3 %	0,0	0,0 %	0,0
<b>Riket</b>			<b>- 4,0</b>	<b>100 %</b>	<b>- 0,1</b>

\* Dessa siffror är samma som de som redovisas i figur 20.

^ Genomsnittlig patientandel motsvarar hur stor andel av nybesöken som genomfördes inom det vårdområdet (genomsnitt av 2012 och 2016).

Not: Se bilaga 2 för beskrivning av beräkningen och en utvidgad resultattabell. Patientvalt väntande är inkluderade i beräkningen.

Källa: Väntetidsdatabasen.

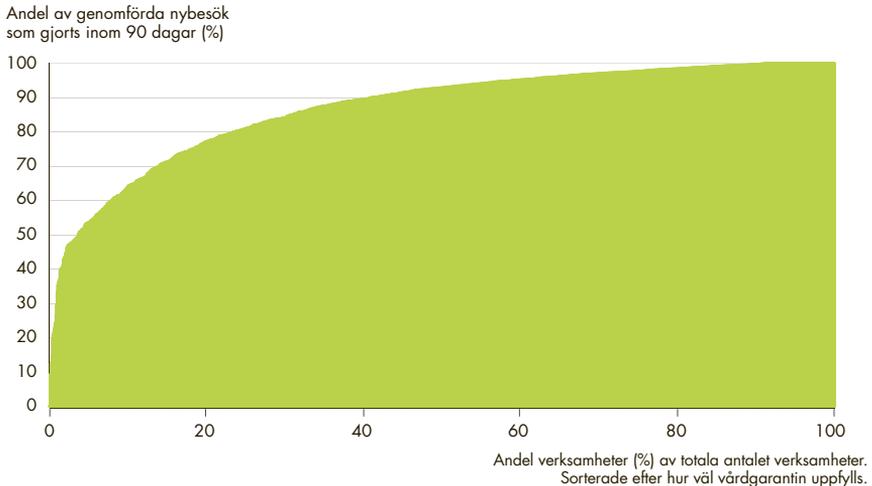


helhet förklaras av tre vårdområden; öron- näsa- och halssjukvård, ortopedi och hudsjukvård. Men även andra vårdområden väger tungt, exempelvis ögonsjukvård och allmänkirurgi. De vårdområden som har påverkat försämringen för riket som helhet mest är inte nödvändigtvis de områden som uppvisar den största försämringen av vårdgarantins efterlevnad. I stället får andelen besök inom respektive område en stor betydelse.

### 3.3.4 40 procent av verksamheterna klarar inte att genomföra 90 procent av nybesöken inom vårdgarantins tidsgräns

Figur 21 visar hur vårdgarantins efterlevnad ser ut på verksamhetsnivå. Det finns en stor variation i hur väl enskilda verksamheter klarar att leva upp till vårdgarantins krav. Omkring 40 procent av verksamheterna har en efterlevnad på 90 procent eller lägre och 10 procent av verksamheterna har en efterlevnad på 65 procent eller lägre. Samtidigt betyder det att 90 procent av verksamheterna har en efterlevnad om minst 65 procent.

**Figur 21.** Andel av nybesök inom den specialiserade vården som genomfördes inom 90 dagar. Per verksamhet 2016.



Not: Patientvalt väntande är inkluderade i beräkningen. Med verksamhet avses kombination av vårdgivare (såsom Karolinska universitetssjukhuset, Angereds sjukhus o.s.v.) och vårdområde (såsom allergisjukvård, ortopedi o.s.v.). Totalt 1393 verksamheter. Ingen hänsyn tas till hur många besök som genomförs i varje verksamhet. Baseras på genomförda besök.

Källa: Väntetidsdatabasen.

### 3.4 FÄRRE FÅR OPERATION INOM TIDSGRÄNSEN MEN PÅ MÅNGA HÅLL FÖRBÄTTRAS EFTERLEVNADEN

Vårdgarantins fjärde del, behandlingsgarantin, mäts i väntetidsdatabasen genom ett urval av operationer, behandlingar och andra åtgärder i specialistvården (se avsnitt 2.1 och 2.2). Vi använder hädanefter samlingstermen *operationer*, även om mätningen även inkluderar några andra behandlingar och åtgärder.

För riket som helhet försämras vårdgarantins efterlevnad både när efterlevnaden beräknas utifrån *genomförda* operationer, men särskilt försämras efterlevnaden när den beräknas utifrån *antalet väntande* patienter. Skillnaderna mellan landsting och mellan vårdområden är stora, sett till nivå såväl som till riktningen och storleken på utveckling över tid. Vissa landsting och vårdområden uppvisar en förbättring medan andra landsting och vårdområden uppvisar en försämrad efterlevnad.

#### 3.4.1 Försämrad efterlevnad av vårdgarantin

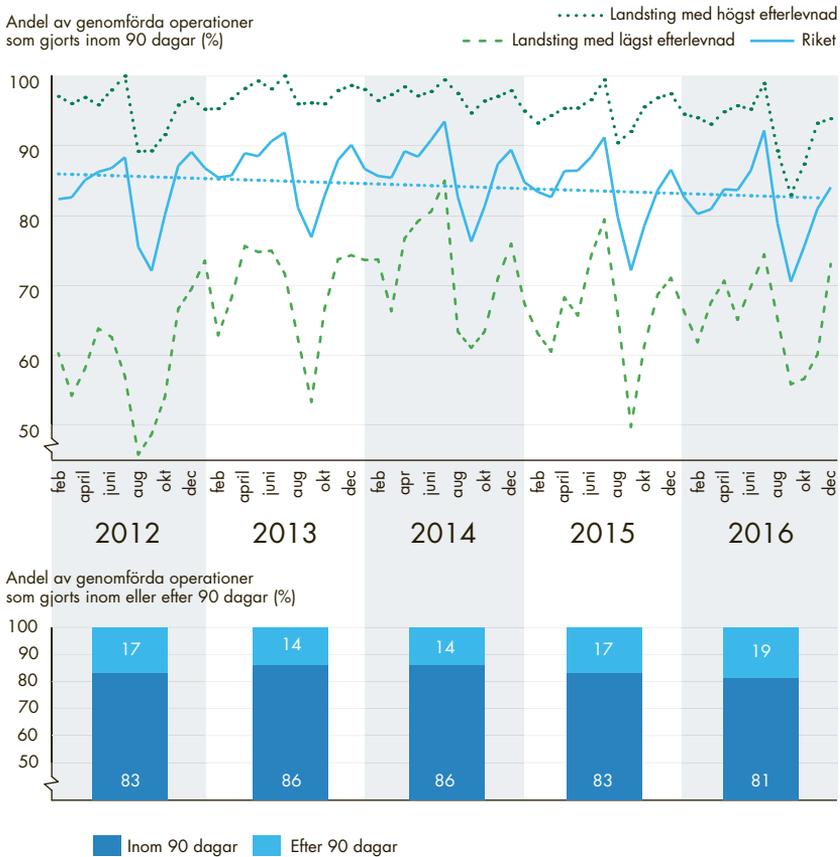
Figur 22 visar i vilken utsträckning *genomförda* operationer gjordes inom 90 dagar mellan 2012 och 2016, för riket som helhet samt i det landsting som hade högst respektive lägst efterlevnad varje månad. År 2012 genomfördes 83 procent av operationerna inom 90 dagar. År 2016 sjönk andelen till 81 procent. Det innebär att nära 120 000 behandlingar inte gjordes inom vårdgarantins tidsgräns 2016. Till skillnad från en tydligt nedgående trend i vårdgarantins efterlevnad för nybesök inom den specialiserade vården (se avsnitt 3.3.1) ökade andelen genomförda operationer inom tidsgränsen mellan år 2012 och 2014, för att sedan avta från 2014 till 2016. Högst efterlevnad uppnåddes 2013 och 2014 då 86 procent fick operation inom 90 dagar.

Det finns stora skillnader mellan landstingen med högst respektive lägst efterlevnad, men skillnaden minskar över tid. Även standardavvikelsen har blivit lägre vilket indikerar att det inte enbart är skillnaden mellan landstingen med högst respektive lägst efterlevnad som blivit mindre utan även skillnaderna mellan samtliga landsting. Högst efterlevnad redovisar generellt Gotland medan det inte finns några landsting som över tid skiljer ut sig genom att uppvisa lägst efterlevnad.

Figur 23 fokuserar i stället på *antalet väntande* patienter och visar en markant försämring i tillgängligheten och större skillnader mellan landstingen. Andelen patienter som har väntat högst 90 dagar på operation minskar markant under tidsperioden vilket innebär att allt fler har väntat mer än 90



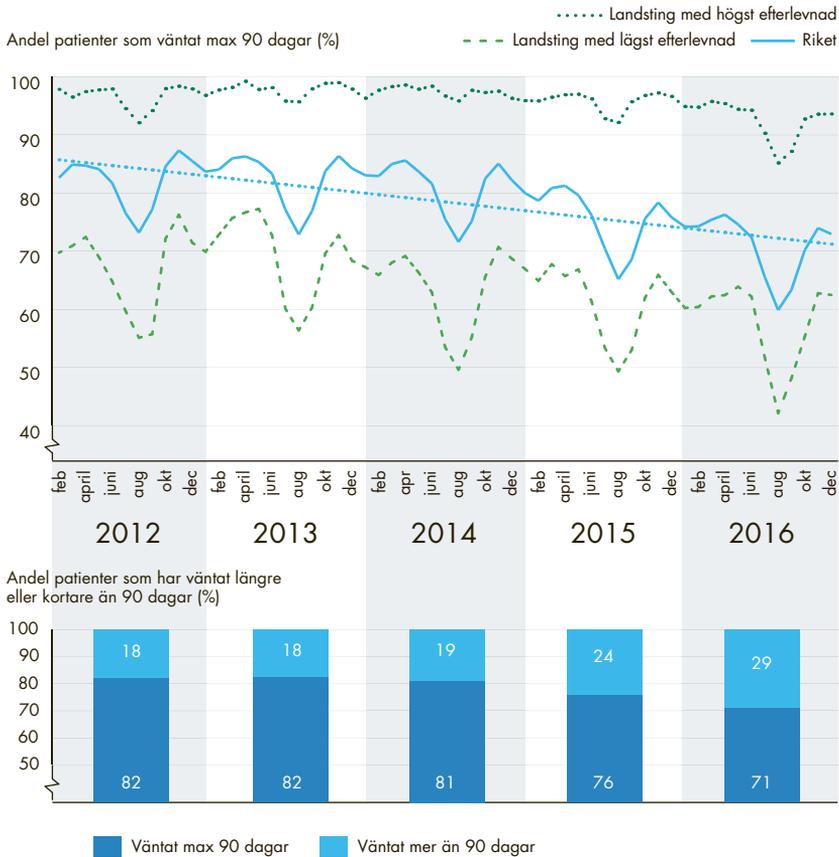
**Figur 22.** Andel av operationer som genomfördes inom 90 dagar 2012–2016.



Not: Patientväntande är inkluderade i beräkningen.  
Källa: Väntetidsdatabasen.

dagar. Mellan 2012 och 2016 ökade andelen som hade väntat mer än 90 dagar med 11 procentenheter, från 18 till 29 procent. Skillnaden mellan landstingen med högst respektive lägst efterlevnad (variationsvidden) är stor och ökar över tid. År 2012 var skillnaden i genomsnitt under året 30 procentenheter medan motsvarande skillnad hade ökat till 35 procentenheter 2016.

Figur 24 visar utvecklingen av vårdgarantins efterlevnad mellan 2012 och 2016 för de båda måtten *genomförda* operationer och *antalet väntande* (se avsnitt 2.2). Liksom för nybesök inom den specialiserade vården (se avsnitt 3.3.1) blir det tydligt att de två måtten ger olika resultat, särskilt mot slutet av perioden. Staplarna i figuren visar skillnaden mellan måtten, och från dessa

**Figur 23.** Andel patienter som väntar på operation som väntat högst 90 dagar 2012–2016.

Not: Patientvalt väntande är inkluderade i beräkningen.

Källa: Väntetidsdatabasen.

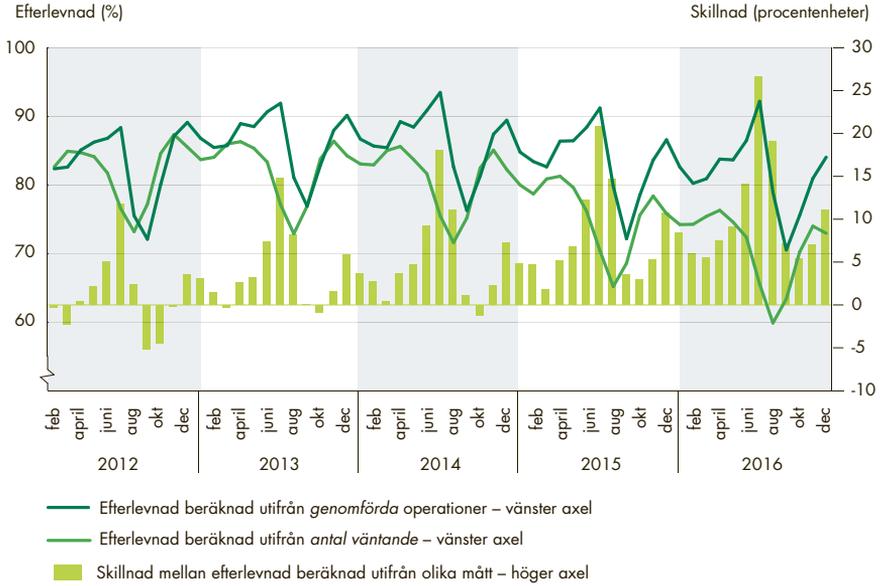
syns att de båda måtten följer varandra förhållandevis väl fram till 2014 men sedan går isär alltmer. Bland de operationer som genomförs görs fortfarande en stor, men minskande, andel inom 90 dagar, men det finns en väntelista där allt fler har väntat mer än 90 dagar.

### 3.4.2 Landstingens efterlevnad utvecklas i olika riktning över tid

Figur 25 visar att det finns stora skillnader mellan landstingen i hur väl vårdgarantins tidsgräns om 90 dagar hålls för operationer. I landstinget med högst efterlevnad genomfördes 91 procent av operationerna inom 90 dagar

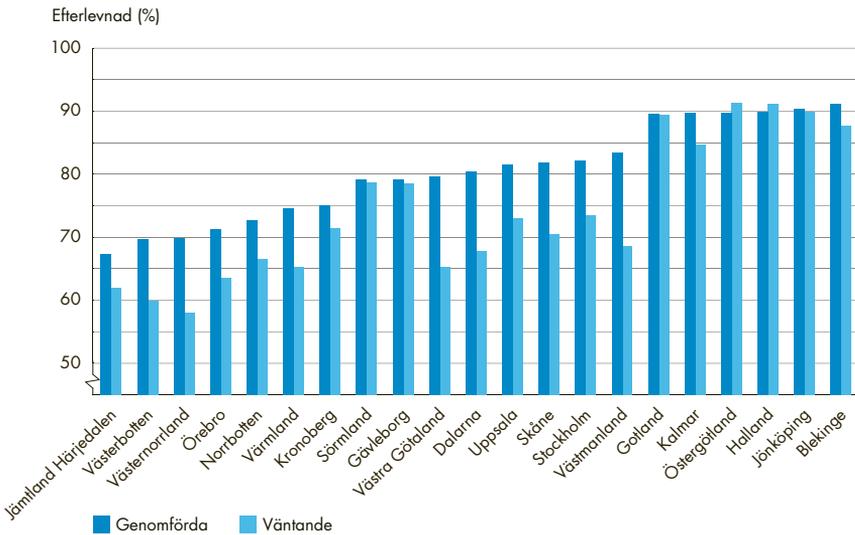


**Figur 24.** Vårdgarantins efterlevnad för operation beräknat utifrån två mått, *genomförda* operationer och *antal väntande* på operation, 2012–2016.



Not: Patientvalt väntande är inkluderade i beräkningen.  
 Källa: Väntetidsdatabasen.

**Figur 25.** Vårdgarantins efterlevnad för operationer beräknat utifrån två mått, *genomförda* operationer och *antal väntande* på operation. Per landsting 2016.



Not: Patientvalt väntande är inkluderade i beräkningen.  
 Källa: Väntetidsdatabasen.

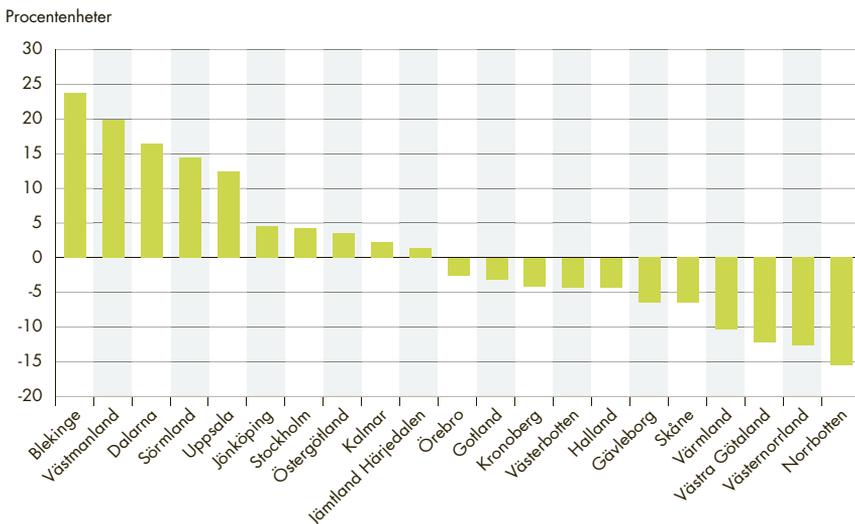
år 2016, medan motsvarande andel i landstinget med lägst efterlevnad var 67 procent – en skillnad på 24 procentenheter.

För *antal väntande* är efterlevnaden några procentenheter mindre för både genomsnittet (-6), högsta (-3) och lägsta (-5) efterlevnad jämfört med måttet som baseras på *genomförda* operationer. Landsting som har en hög efterlevnad för *genomförda* operationer har generellt också en hög efterlevnad för *antal väntande*. Korrelationskoefficienten är omkring 0,90, vilket är att betraktas som mycket högt.

Bakom försämringen av vårdgarantins efterlevnad som syns för riket som helhet finns det stora skillnader mellan landstingen. Figur 26 visar att utvecklingen mellan 2012 och 2016 avseende hur väl vårdgarantin hålls skiljer sig markant, både vad gäller riktning och storlek. Hälften av landstingen uppvisar en förbättrad efterlevnad och hälften uppvisar en försämrad efterlevnad.

Hur mycket av utvecklingen i landstingen som slår igenom och syns i försämringen om -1,9 procentenheter som observeras för riket som helhet mellan 2012 och 2016 redovisas i tabell 6. Landsting som är stora och landsting som uppvisar stora förändringar har generellt en större påverkan på utvecklingen för riket.

**Figur 26.** Förändring mellan 2012 och 2016 i landstingens efterlevnad av vårdgarantin för operationer (andel *genomförda* operationer inom 90 dagar).



Not: Patientvalt väntande är inkluderade i beräkningen.  
Källa: Väntetidsdatabasen.

**Tabell 6.** Landstingens påverkan på rikets förändring i efterlevnad avseende operationer på -1,9 procentenheter mellan 2012 och 2016.

Landsting	Förändring i vårdgarantins efterlevnad 2012-2016 (procentenheter)*	Genomsnittlig patientandel 2012 och 2016 (i procent)^	Bidrag till förändringen i riket som helhet		Omfördelnings-effekt (procentenheter)
			Procentenheter	Procent	
Norrbottnen	-15,5	2,9 %	-0,4	29,5 %	0,0
Västernorrland	-12,6	1,9 %	-0,2	15,6 %	0,0
Västra Götaland	-12,2	18,3 %	-2,2	146,9 %	-0,2
Värmland	-10,4	3,4 %	-0,4	23,0 %	0,0
Skåne	-6,5	14,3 %	-0,9	60,6 %	-0,1
Gävleborg	-6,5	2,7 %	-0,2	11,6 %	0,0
Halland	-4,3	4,1 %	-0,2	11,6 %	0,0
Västerbotten	-4,2	3,5 %	-0,1	9,8 %	0,0
Kronoberg	-4,1	2,4 %	-0,1	6,4 %	0,0
Gotland	-3,1	0,6 %	0,0	1,3 %	0,0
Örebro	-2,6	3,4 %	-0,1	5,7 %	0,0
Jämtland Härjedalen	1,4	1,3 %	0,0	-1,3 %	0,1
Kalmar	2,2	2,8 %	0,1	-4,0 %	0,0
Östergötland	3,5	5,0 %	0,2	-11,4 %	0,0
Stockholm	4,2	17,3 %	0,7	-48,0 %	0,0
Jönköping	4,5	3,1 %	0,1	-9,1 %	0,0
Uppsala	12,4	2,5 %	0,3	-20,4 %	0,0
Sörmland	14,5	2,3 %	0,3	-21,5 %	0,0
Dalarna	16,4	3,2 %	0,5	-34,1 %	-0,1
Västmanland	19,9	2,8 %	0,6	-36,6 %	0,0
Blekinge	23,7	2,3 %	0,5	-35,6 %	0,0
<b>Riket</b>			<b>-1,5</b>	<b>100 %</b>	<b>-0,4</b>

\* Dessa siffror är samma som de som redovisas i figur 26.

^ Genomsnittlig patientandel motsvarar hur stor andel av operationerna som genomfördes i landstinget (genomsnitt av 2012 och 2016). Det behöver inte fullt ut motsvara hur stor andel av befolkningen som bor i landstinget.

Not: Se bilaga 2 för beskrivning av beräkningen och en utvidgad resultattabell. Patientvalt väntande är inkluderade i beräkningen.

Källa: Väntetidsdatabasen.

Den minskade efterlevnaden som syns för riket som helhet drivs framför allt av Västra Götaland och Skåne. Eftersom flest antal operationer utförs i Västra Götaland slår den minskade efterlevnaden inom landstinget igenom nationellt. Storleken på bidraget är nära 150 procent av den genomsnittliga (patientsandelsvägda) försämringen av efterlevnaden för riket som helhet. De landsting som har förbättrat sin efterlevnad över tid mildrar försämringen för riket. I Stockholm förbättrades efterlevnaden med 4,2 procentenheter, vilket får ett stort utslag för riket som helhet eftersom en stor del av operationerna

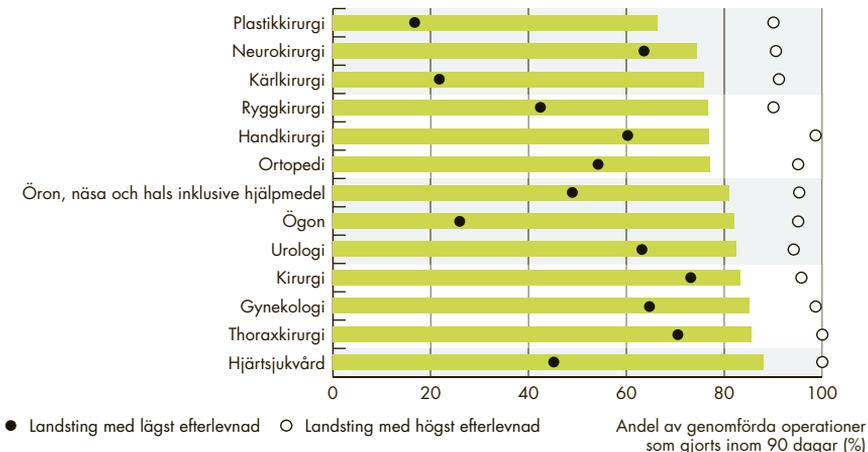
utförs i Stockholm. En mindre andel operationer utförs i Västmanland, Blekinge och Dalarna men dessa landsting slår ändå igenom för riket på grund av stora förbättringar i vårdgarantins efterlevnad.

En liten del (-0,4 procentenheter) av försämringen som syns för riket som helhet beror på en omfördelning av patienter mellan landstingen. Andelen operationer som gjordes i Västra Götaland och Skåne minskar över tid, samtidigt som dessa landsting har en högre efterlevnad än landstingen i genomsnitt. Vi ser också att andelen operationer som gjordes i Dalarna ökar över tid samtidigt som Dalarna har en sämre efterlevnad än landstingen i genomsnitt. Sammantaget innebär dessa omflyttningar att efterlevnaden för riket som helhet försämrades.

### 3.4.3 Vårdområdens efterlevnad utvecklas i olika riktning över tid

Det finns också stora skillnader mellan olika vårdområden i hur väl vårdgarantins tidsgräns hålls (se figur 27). År 2016 hölls tidsgränsen i störst utsträckning inom hjärtsjukvård där 88 procent av patienterna fick operation inom 90 dagar. Lägst efterlevnad av vårdgarantin hade plastikkirurgi där 66 procent fick operation inom tidsgränsen. De medicinska konsekvenserna av att vårdgarantins tidsgränser inte hålls kan dock tänkas skilja sig mellan

**Figur 27.** Andel av operationer som genomfördes inom 90 dagar. Per vårdområde 2016. Nationellt genomsnitt samt skillnad mellan landstingen med högst respektive lägst efterlevnad.



Not: Patientvalt väntande är inkluderade i beräkningen.

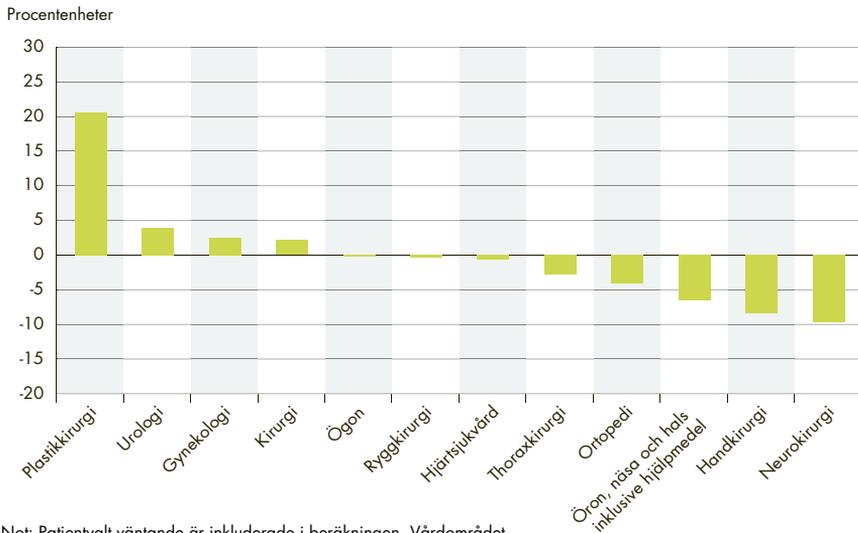
Källa: Väntetidsdatabasen.

olika vårdområden, och tidsgränsen om 90 dagar är inte lika relevant för alla vårdområden. Spridningen inom vårdområden mellan landsting är stor, i genomsnitt 45 procentenheter.

Figur 28 visar att utvecklingen i efterlevnad mellan 2012 och 2016 skiljer sig mycket mellan olika vårdområden. För hälften av vårdområdena förbättrades efterlevnaden och för hälften försämrades den. Plastikkirurgi uppvisade den största förbättringen (+20 procentenheter) och neurokirurgi uppvisade den största försämringen (-10 procentenheter).

Hur stor del av försämringen för riket som helhet som förklaras av varje enskilt vårdområde redovisas i tabell 7. Störst bidrag till försämringen ges av öron, näsa och hals samt ortopedi medan kirurgi och plastikkirurgi bidrar mest till förbättrad efterlevnad.

**Figur 28.** Förändring mellan 2012 och 2016 i andelen genomförda operationer inom 90 dagar för olika vårdområden.



Not: Patientvalt väntande är inkluderade i beräkningen. Vårdområdet kärkirurgi är exkluderat eftersom det saknas data för 2012.

Källa: Väntetidsdatabasen.

### 3.4.4 Omkring 60 procent av landets verksamheter klarar inte att leva upp till en 90 procents efterlevnad av vårdgarantin för operation

Figur 29 redovisar hur vårdgarantins efterlevnad såg ut på verksamhetsnivå 2016. Drygt 60 procent av verksamheterna genomförde högst 90 procent av operationerna inom tidsgränsen. Det innebär samtidigt att omkring 40 procent höll tidsgränsen i 90 procent av fallen. Omkring 15 procent av verksamheterna höll tidsgränsen för i princip alla patienter som fick en operation.

**Tabell 7.** Vårdområdets påverkan på försämringen av vårdgarantins efterlevnad om -1,8 procentenheter för riket som helhet mellan 2012 och 2016.

Vårdområde	Förändring i vårdgarantins efterlevnad 2012–2016 (procentenheter)*	Genomsnittlig patientandel 2012 och 2016 (i procent)^	Bidrag till förändringen i riket som helhet		Omfördelnings-effekt (procentenheter)
			Procentenheter	Procent	
Neurokirurgi	-9,6	0,7 %	-0,1	3,5 %	0,0
Handkirurgi	-8,5	6,0 %	-0,5	28,2 %	0,0
Öron, näsa och hals inklusive hjälpmedel	-6,6	19,4 %	-1,3	71,2 %	-0,2
Ortopedi	-4,1	18,5 %	-0,8	42,4 %	0,0
Thoraxkirurgi	-2,7	1,6 %	0,0	2,5 %	0,0
Hjärtsjukvård	-0,6	1,8 %	0,0	0,6 %	0,1
Ryggkirurgi	-0,3	1,9 %	0,0	0,4 %	0,0
Ögon	-0,2	22,3 %	0,0	2,1 %	0,0
Kirurgi	2,1	15,9 %	0,3	-18,9 %	0,1
Gynekologi	2,5	6,2 %	0,2	-8,6 %	0,2
Urologi	3,9	4,5 %	0,2	-9,9 %	0,0
Plastikkirurgi	20,6	1,2 %	0,2	-13,4 %	-0,1
<b>Riket</b>			<b>-1,8</b>	<b>100 %</b>	<b>0,0</b>

\* Dessa siffror är samma som de som redovisas i figur 28.

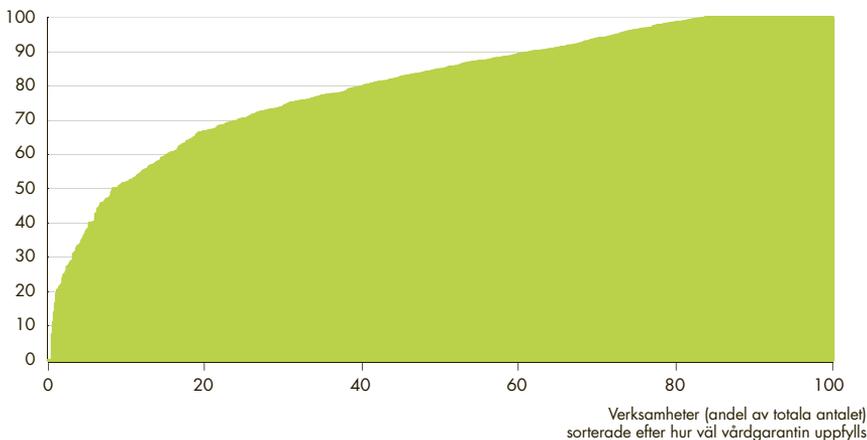
^ Genomsnittlig patientandel motsvarar hur stor andel av operationerna som genomfördes inom det vårdområdet (genomsnitt av 2012 och 2016).

Not: Vårdområdet kärnkirurgi är exkluderat eftersom det saknas data för 2012. När kärnkirurgi exkluderas är försämringen för riket som helhet -1,8 procentenheter. Se bilaga 2 för beskrivning av beräkningen och en utvidgad resultattabell. Patientvalt väntande är inkluderade i beräkningen.

Källa: Väntetidsdatabasen.

**Figur 29.** Andel av operationer som genomfördes inom 90 dagar. Per verksamhet 2016.

Andel av genomförda operationer som gjorts inom 90 dagar (%)



Not: Patientvalt väntande är inkluderade i beräkningen. Med verksamhet avses kombination av vårdgivare (såsom Karolinska universitetssjukhuset, Angereds sjukhus o.s.v.) och vårdområde (såsom ortopedi, urologi o.s.v.). Totalt 741 verksamheter. Ingen hänsyn tas till hur många besök som genomförs i varje verksamhet. Baseras på genomförda besök. Källa: Väntetidsdatabasen.







## Fördjupad analys

I det här kapitlet fördjupar vi analyserna av resultaten från den uppföljning av vårdgarantin som presenterades i förra kapitlet. Syftet är att öka förståelsen för vad resultaten visar, hur resultaten kan tolkas och vad som driver den försämrade efterlevnaden av vårdgarantin.

Resultaten visar att allt fler patienter har väntat mer än 90 dagar på specialistvård, och gruppen som har väntat länge, över ett halvår, blir också allt större. Samtidigt finns det en stor grupp patienter som fortfarande får vård snabbt, inom 30 dagar. Bakom den förlängda kön ser vi en flerårig obalans mellan antalet vårdsökande och antalet behandlade, vilket pekar på att tillgänglighetsproblemet är av strukturell snarare än tillfällig karaktär. Men för att kunna värdera väntetidernas utveckling och skillnader över landet behövs information om patienternas behov. Liksom i tidigare uppföljningar konstaterar vi slutligen också att väntetidsstatistiken överskattar tillgängligheten till primärvården.

### 4.1 FLER FÅR VÄNTA LÄNGE – MEN EN DEL FÅR VÅRD SNABBT

Andelen och antalet patienter som har väntat länge på nybesök inom den specialiserade vården och operation blir allt större. Samtidigt genomförs en stor del av nybesöken och operationerna snabbt och så har det varit under hela tidsperioden 2012–2016. Det sker alltså en prioritering av patienterna, där en del av patienterna får vård snabbt, medan andra får vänta länge. Hälso- och sjukvården är skyldiga att prioritera i enlighet med riktlinjerna för prioriteringar inom hälso- och sjukvården som säger att den som har större behov ska prioriteras före. Men även om vården prioriterar efter behov så att de med mer brådskande tillstånd får vård snabbare är det viktigt för varje enskild patient att få vård inom rimlig tid. Vårdgarantins tidsgräns gäller för alla patienter, förutom de som själva väljer att vänta längre på vård.



#### 4.1.1 Väntetidsdatabasen visar att både andelen och antalet patienter som väntar länge på specialistvård ökar...

Förutom att andelen patienter som har väntat mer än 90 dagar på nybesök inom den specialiserade vården och operation har ökat sedan 2012, visar figur 30 att andelarna som väntat betydligt längre än 90 dagar, såsom 6–12 månader och över ett år också har ökat. En allt större andel av dem som finns på väntelistorna väntar alltså längre. Exempelvis ökar andelen patienter som har väntat 6–12 månader på nybesök från 2,5 till 6,3 procent. Motsvarande ökning för operation är från drygt 4 till 9 procent.

Antalet patienter som väntat mer än 90 dagar har också ökat väsentligt sedan 2012. Figur 31 visar exempelvis att antalet patienter som väntat på nybesök 90 dagar eller mer ökade från drygt 27 000 till nära 68 000 patienter mellan 2012 och 2016, en ökning med 140 procent. Antalet som väntat på nybesök väsentligt längre än vårdgarantins gräns, sex månader eller mer, har mer än fördubblats. Även antalet patienter som har väntat mer än 90 dagar på operation ökar, från knappt 17 000 till nära 35 000, det vill säga lite mer än en fördubbling.

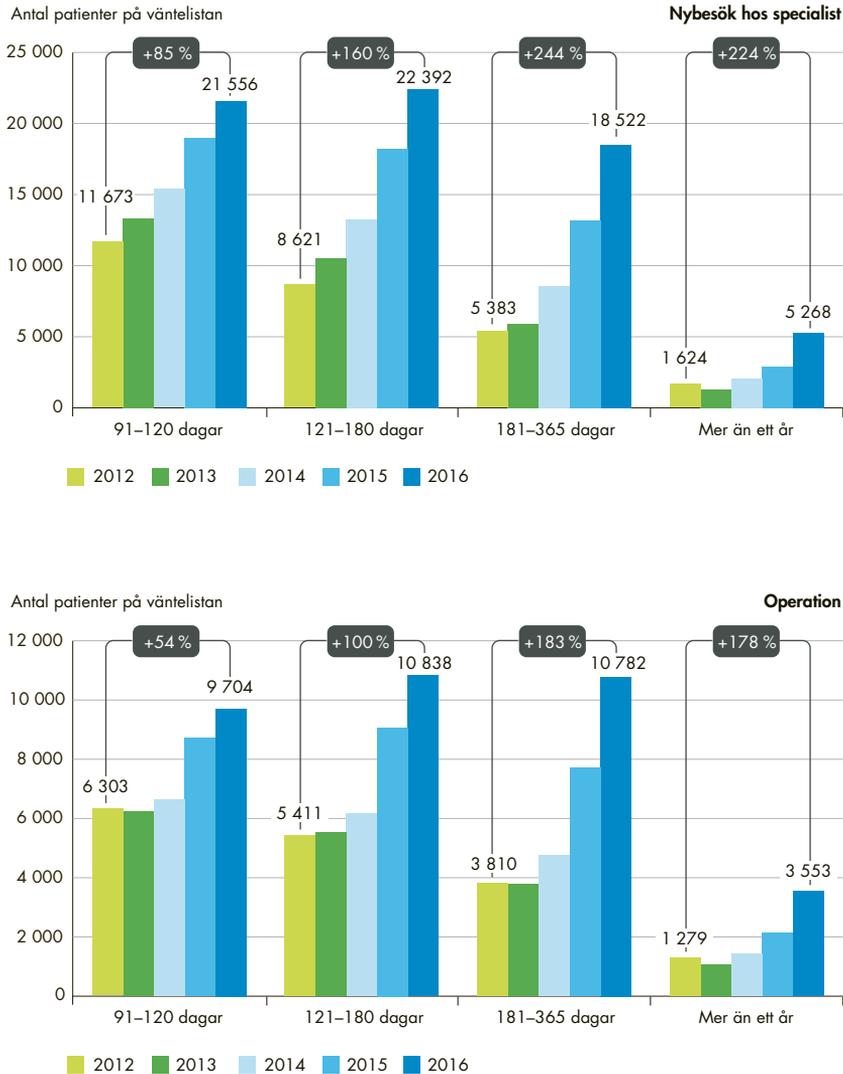
**Figur 30.** Andel patienter som har väntat 90 dagar eller mer på nybesök inom den specialiserade vården respektive operation fördelat på olika tidsintervall 2012–2016. Andelar (procent) av totalt antal väntande.



Not: Antalet väntande redovisas i väntetidsdatabasen som en ögonblicksbild en dag i månaden. Andelarna som redovisas i figuren är beräknade utifrån genomsnitt av årets tolv månader, d.v.s. antalet patienter som väntat mer än 90 dagar (genomsnittet av årets tolv månader) som andel av det totala antalet patienter på väntelistorna (genomsnitt för årets tolv månader). Patientvalt väntande är inkluderade i beräkningarna.

Källa: Väntetidsdatabasen.

**Figur 31.** Antal patienter som har väntat 90 dagar eller mer på nybesök inom den specialiserade vården respektive operation fördelat på olika tidsintervall 2012–2016.



Not: Antalet väntande redovisas i väntetidsdatabasen som en ögonblicksbild en dag i månaden. För respektive tidsintervall anger figuren genomsnittet av antalet patienter på väntelistorna för årets tolv månader. Exempelvis, de 5 268 patienterna som har väntat mer än ett år på nybesök år 2016 är det genomsnittliga antalet väntande mer än ett år per månad januari-december 2016. Beräkningarna inkluderar patientvalt väntande.

Källa: Väntetidsdatabasen.

## 4.1.2 ...men många patienter får fortfarande vård snabbt

Samtidigt som andelen och antalet patienter som har väntat mer än 90 dagar på nybesök inom den specialiserade vården eller operation ökar markant över tid genomförs många nybesök och operationer fortfarande med relativt korta väntetider. Mellan 2013 och 2016 skedde det inte någon förändring i andelen nybesök som genomfördes snabbt; 49 procent av besöken genomförs inom 30 dagar (se tabell 8). Andelen av de genomförda nybesöken som gjordes inom 31–60 dagar förändrades inte heller så mycket, från 28 till 25 procent. När det gäller operationer genomfördes 43 procent inom 30 dagar och 24 procent mellan 31 och 60 dagar år 2016, vilket inte skiljer sig så mycket jämfört med tidigare år (tabell 8). Många får alltså fortfarande vård snabbt, trots att kön blir allt längre på många håll.

Om alla patienter alltid hade ställts sist i kön, skulle även andelen nybesök och operationer som genomförs inom 30 och 60 dagar minska över tid. Att så inte är fallet talar därför för att det sker en prioritering av patienterna, där en del av patienterna får vård snabbt, medan andra får vänta länge.

**Tabell 8.** Antal och andel av genomförda nybesök inom den specialiserade vården och operationer som gjordes inom 30 och 60 dagar samt antal och andel patienter som har väntat mer än 90 dagar på nybesök och operation, per år 2013–2016.

	2013	2014	2015	2016
<b>Nybesök inom den specialiserade vården</b>				
Totalt antal genomförda nybesök inom 0-30 dagar	848 631	882 178	924 559	935 452
Andel nybesök genomförda inom 0-30 dagar	49 %	49 %	49 %	49 %
Totalt antal genomförda nybesök inom 31-60 dagar	495 709	497 636	493 337	471 973
Andel nybesök genomförda inom 31-60 dagar	28 %	27 %	26 %	25 %
Antal patienter som väntat mer än 90 dagar	31 035	39 260	53 285	67 737
Andel patienter som väntat mer än 90 dagar	14 %	16 %	19 %	23 %
<b>Operation</b>				
Totalt antal genomförda operationer inom 30 dagar	277 004	288 400	281 349	268 930
Andel operationer genomförda inom 30 dagar	44 %	45 %	44 %	43 %
Totalt antal genomförda operationer inom 31-60 dagar	169 895	174 160	158 994	149 355
Andel operationer genomförda inom 31-60 dagar	27 %	27 %	25 %	24 %
Antal patienter som väntat mer än 90 dagar	16 596	18 995	27 622	34 877
Andel patienter som väntat mer än 90 dagar	18 %	19 %	24 %	29 %

Not: År 2012 exkluderas eftersom information om antal genomföra nybesök och operationer saknas för januari. Patientvalt väntande är inkluderade i beräkningarna.  
Källa: Väntetidsdatabasen.

### 4.1.3 Prioriteringar görs men information om prioriteringsgrupper samlas inte in

Eftersom det inte finns någon information om patienternas behov i väntetids-databasen är det omöjligt att svara på vilka medicinska behov de patienter som inte får vård inom vårdgarantins tidsgräns har, och hur det skiljer sig från patienter som får vård snabbare. För att fullfölja en sådan analys skulle man behöva veta mer om patienternas vårdbehov, exempelvis om patienten tillhör prioriteringsgrupp 1, 2 eller 3 och hur dessa grupper definieras.

Även om det inte samlas in någon information om patienters behov eller prioriteringsgrad sker det ett ständigt prioriteringsarbete i vården så att de med störst, eller mest brådskande, behov får vård först. I vår förra uppföljning av vårdgarantin (Vårdanalys 2015a) genomförde vi intervjuer med remissbedömare och tidsbokare inom vårdområdena neurologi och ortopedi. Syftet var att förstå hur arbetet med väntelistorna fungerade i praktiken. Intervjuerna visade att många verksamheter arbetar med någon form av prioriteringsgrupper. När en läkare bedömer en remiss är det vanligt att hen också bedömer hur snabbt patienten behöver vård och förmedlar detta på något sätt till tidsbokaren som sedan tar hänsyn till detta när patienter kallas till besök. På liknande sätt innehåller en operationsanmälan ofta en angivelse om hur brådskande operationen är (Vårdanalys 2015a). Patienter i den högsta prioriteringsgruppen kallas snabbt till besök och operation, medan patienter i den lägsta prioriteringsgruppen får vänta längre. Ett sådant tillvägagångssätt är i linje med observationen att antalet och andelen av de nybesök och operationer som genomförs inom 30 dagar inte minskar, samtidigt som andelen och antalet patienter som har väntat mer än 90 dagar ökar betydligt.

### 4.1.4 Vården ska prioritera efter behov men vårdgarantins tidsgräns gäller alla patienter

Trots att en ganska konstant andel av patienterna får vård snabbt och även om vården prioriterar efter behov är det ett problem att allt fler väntar allt längre. Har man sökt vård och blivit bedömd att vara i behov av ett nybesök inom den specialiserade vården eller en operation är det troligt att patienten i många fall också vill att detta ska bli av så snabbt som möjligt. Väntan kan vara både oroande, frustrerande och förenad med lidande för den enskilde patienten, även om det finns andra patienter som har mer brådskande behov. Om vården låter många som har bedömts vara i behov av vård vänta alltför länge kan det dessutom påverka befolkningens förtroende för hälso- och sjukvården negativt och följaktligen systemets legitimitet, inte minst



eftersom det finns ett löfte till befolkningen genom en författningsreglerad garanti om vård inom viss tid. Snabb tillgång till vård är ett viktigt motiv för privata sjukvårdsförsäkringar (Ds 2016:29 s. 23).

## 4.2 FLERÅRIG OBALANS MELLAN ANTALET PATIENTER OCH ANTALET SOM FÅR VÅRD HAR LETT TILL LÄNGRE KÖER

Antalet patienter som står på landstingens väntelistor till nybesök inom den specialiserade vården och operation har ökat betydligt sedan 2012. Men att fler väntar behöver inte nödvändigtvis vara ett problem och innebära längre väntetider. Antalet patienter som väntar måste sättas i relation till hur många nybesök och operationer som genomförs. Kö och förlängda väntetider uppstår när det finns en obalans mellan antalet som får vård och antalet som söker och bedöms vara i behov av vård.

I detta avsnitt analyserar vi utvecklingen av antalet väntande och hur den förhåller sig till antalet genomförda nybesök och operationer. Resultaten visar att det har funnits ett visst produktionsunderskott åtminstone sedan 2013.

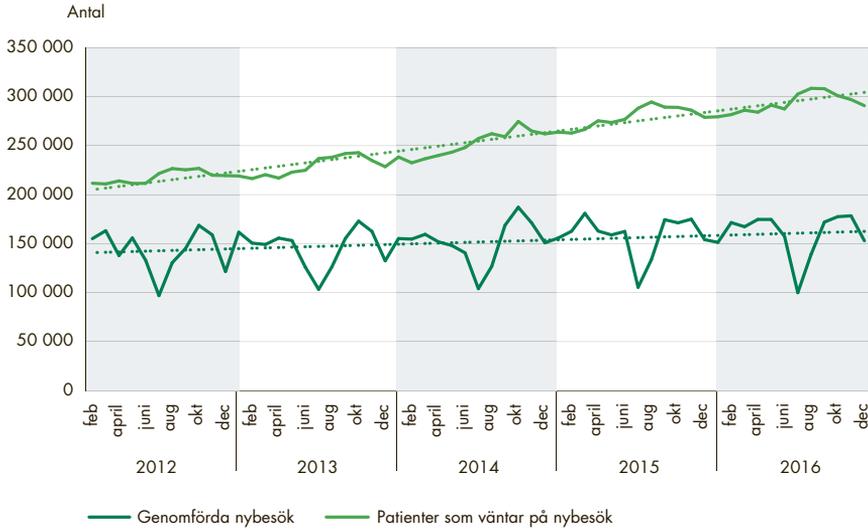
### 4.2.1 Produktionskapaciteten har inte ökat i takt med antalet patienter

Allt fler patienter väntar på nybesök inom den specialiserade vården och på operation (se figur 32 respektive 33). I december 2016 väntade omkring 290 000 patienter på nybesök, vilket är drygt 60 000 (eller 28 procent) fler än i december 2013. Omkring 124 000 patienter väntade på operation i december 2016, vilket är drygt 24 000 (eller 26 procent) fler jämfört med december 2013.

Antalet patienter som får ett nybesök inom den specialiserade vården ökar också stadigt över tid (se figur 32). Totalt ökade antalet genomförda nybesök med tio procent mellan 2013 och 2016. Antalet genomförda operationer ökade fram till omkring årsskiftet 2014–2015, och har sedan minskat igen (se figur 33). Mellan 2013 och 2016 ser vi totalt en liten minskning i antalet genomförda operationer (-1 procent). Men förändringen av antalet genomförda nybesök och operationer skiljer sig åt mellan landstingen. I vissa landsting ökade antalet genomförda nybesök och operationer medan det minskade i andra (se bilaga 3).

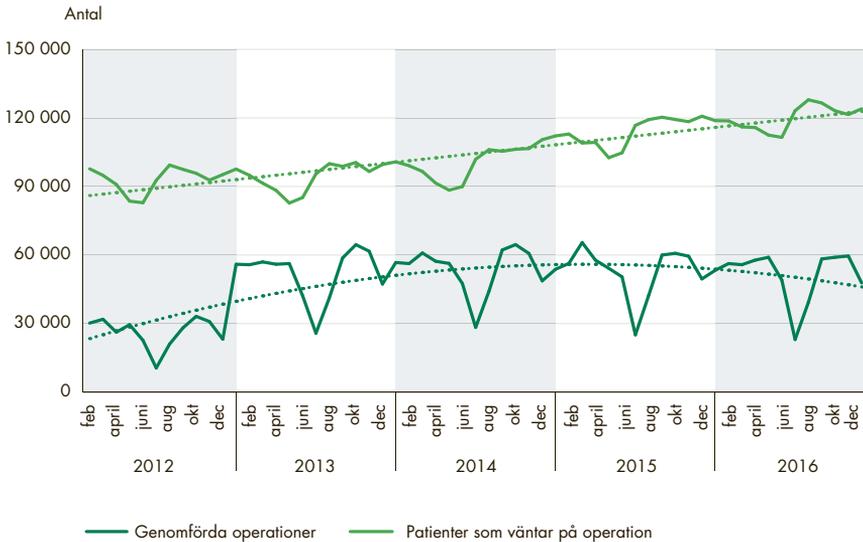
Antalet väntande patienter ökar alltså mer än antalet genomförda nybesök och operationer. Det beror på att för få nybesök och operationer görs i förhållande till antalet patienter som står på väntelistorna. Om inflödet av patienter (det vill säga antalet patienter som söker och bedöms vara i behov av vård) är större än utflödet (det vill säga antalet genomförda nybesök och

**Figur 32.** Antal genomförda och antalet patienter som väntar på nybesök inom den specialiserade vården per månad 2012 till 2016.



Not: Patientvalt väntande är inkluderade i beräkningen.  
Källa: Väntetidsdatabasen.

**Figur 33.** Antal genomförda och antalet patienter som väntar på operation per månad 2012 till 2016.



Not: Patientvalt väntande är inkluderade i beräkningen.  
Källa: Väntetidsdatabasen.

operationer) skapas en kö av de patienter som inte fick vård. Över tid växer kön och det totala antalet som väntar på vård blir allt fler. I nästa avsnitt undersöker vi hur inflödet av patienter har utvecklats och hur det har förhållit sig till utflödet.

#### 4.2.2 Köbalansen visar förhållandet mellan inflöde och utflöde

Utifrån informationen om antalet väntande patienter och antalet genomförda nybesök och operationer i väntetidsdatabasen har vi beräknat förhållandet mellan *inflödet* av patienter, det vill säga antalet patienter som söker och bedöms vara i behov av vård, och *utflödet*, det vill säga antalet genomförda nybesök och operationer. Vad gäller nybesök ökar inflödet av patienter konstant över tid, medan det är mer konstant för operation. Men för både nybesök och operation har inflödet varit större än utflödet åtminstone sedan 2013, vilket successivt har skapat allt längre köer och fler som väntar på vård. Men det ser olika ut i olika landsting och mellan olika vårdområden.

##### *Fler patienter till nybesök medan antalet som anmäls till operation är mer konstant*

Allt fler patienter söker sig till specialistvården för nybesök och bedöms vara i behov av ett sådant besök. Mellan 2013 och 2016 sökte i genomsnitt nästan 154 000 nya patienter till nybesök inom den specialiserade vården varje månad, men det finns en uppåtgående trend över tid (se figur 34). I genomsnitt ökade antalet nya patienter med omkring 350 stycken varje månad. Mellan 2013 och 2016 ökade inflödet med totalt tio procent.

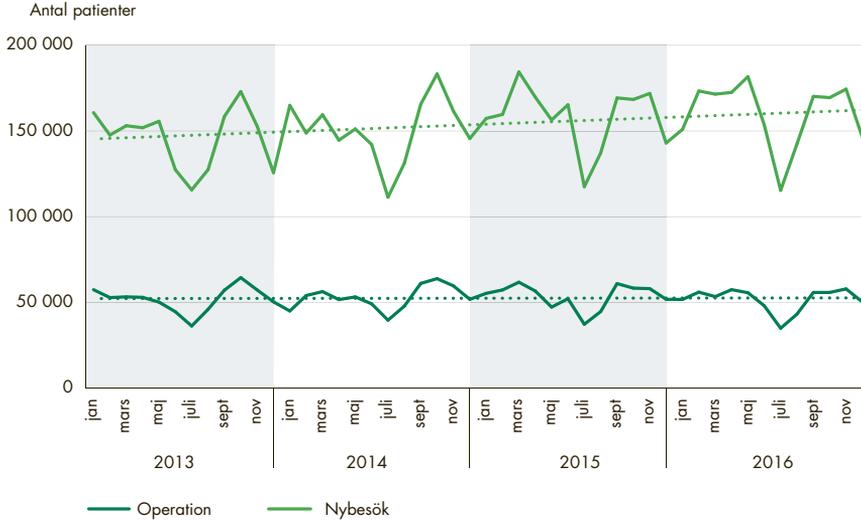
Inflödet till operation ökar däremot inte på samma sätt. Mellan 2013 och 2016 sker en liten minskning på årsbasis om -0,4 procent. I genomsnitt anmäls knappt 53 000 patienter till operation varje månad.

Utvecklingen av inflödet skiljer sig dock mellan landstingen (se bilaga 3). I flera landsting ökade inflödet med 10–20 procent mellan 2013 och 2016 medan inflödet minskade i andra landsting under samma period.

##### *Negativ balans mellan inflöde och utflöde för riket som helhet*

Det är *förhållandet* mellan inflöde och utflöde som påverkar väntetiden och köns storlek, inte hur dessa flöden ser ut var för sig. Om antalet patienter som strömmar till vården är fler än antalet som får vård blir det kö och därmed allt fler som väntar. Balansen mellan inflödet och utflödet är med andra ord central för köns utveckling.

**Figur 34.** Inflöde, det vill säga antal patienter som söker och bedöms vara i behov av vård, till nybesök inom den specialiserade vården och operation, per månad 2013–2016.



Not: Se bilaga 3 för beskrivning av beräkningen. Patientvalt väntande är inkluderade i beräkningen.  
Källa: Väntetidsdatabasen.

För att belysa förhållandet mellan inflöde och utflöde har vi beräknat ett mått som vi kallar *köbalans*. En negativ köbalans innebär att utflödet är mindre än inflödet, och en positiv köbalans innebär att utflödet är större än inflödet. Se rutan nedan och bilaga 3 för mer information om hur beräkningen gjorts.

### KÖBALANSEN REFLEKTERAR FÖRHÅLLET MELLAN INFLÖDE OCH UTFLODE

Med hjälp av informationen om antalet väntande patienter och antalet genomförda nybesök och operationer har vi skapat ett mått på hur inflödet av patienter förhåller sig till utflödet, ett mått som vi kallar köbalans. Det beräknas på följande sätt:

$$\text{Köbalans} = \frac{\text{Utflyde} - \text{Inflöde}}{\text{Inflöde}}$$

Köbalansen är alltså den procentuella skillnaden mellan utflöde och inflöde och uttrycker med hur många procent som produktionen skiljer sig från antalet nytillkomna i kön. En negativ köbalans innebär att antalet nybesök eller operationer som genomförs understiger antalet nytillkomna patienter, och att köns längd därmed ökar.

Om exempelvis 100 nya patienter sätts upp på väntelistan (inflöde) en viss period och 80 patienter behandlas (utflyde) under samma period är köbalansen  $(80-100)/100 = -20$  procent, det vill säga att utflödet är 20 procent mindre än inflödet.

Se bilaga 3 för beskrivning av hur vi beräknat inflödet.

**Tabell 9.** Köbalans för nybesök inom den specialiserade vården och operation 2013–2016.

	2013	2014	2015	2016
<b>Nybesök inom den specialiserade vården</b>				
<b>Köbalans</b>	<b>- 0,5 %</b>	<b>- 0,9 %</b>	<b>- 0,9 %</b>	<b>- 0,6 %</b>
Utflöde (totalt antal genomförda nybesök)	1 740 708	1 792 652	1 882 800	1 910 776
Förändring jämfört med 2013		3,0 %	8,2 %	9,8 %
Inflöde (totalt antal nytillkomna till kön)	1 749 531	1 809 783	1 900 277	1 921 645
Förändring jämfört med 2013		3,4 %	8,6 %	9,8 %
<b>Operation</b>				
<b>Köbalans</b>	<b>- 0,5 %</b>	<b>- 0,3 %</b>	<b>- 1,7 %</b>	<b>- 0,7 %</b>
Utflöde (totalt antal genomförda operationer)	619 908	631 895	631 207	615 864
Förändring jämfört med 2013		1,9 %	1,8 %	- 0,7 %
Inflöde (totalt antal nytillkomna till kön)	622 866	633 478	641 744	620 341
Förändring jämfört med 2013		1,7 %	3,0 %	- 0,4 %

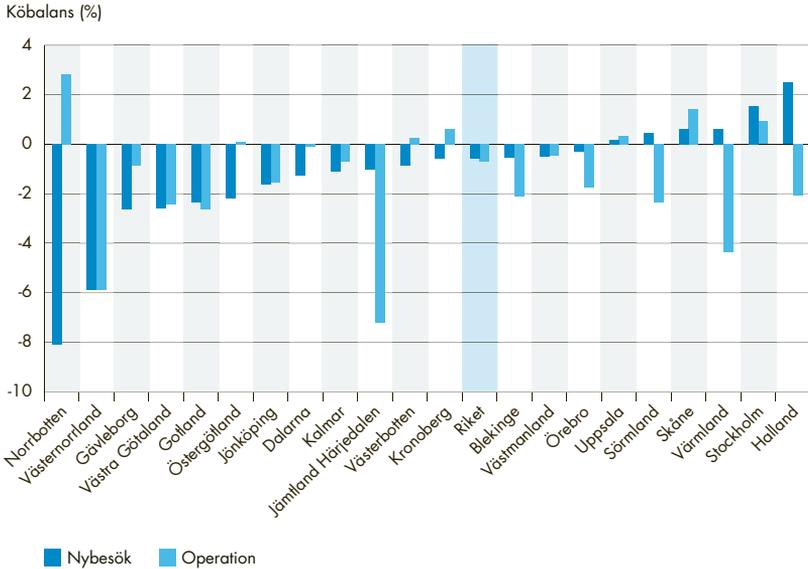
Not: Tabellen bygger på data för de verksamheter och månader där det finns information om både inflöde och utflöde. Övriga observationer exkluderas. Patientvalt väntande är inkluderade.

För både nybesök och operation var köbalansen negativ samtliga år 2013–2016 (se tabell 9). Samtliga år genomfördes alltså för få nybesök och operationer i förhållande till inflödet, det vill säga i förhållande till antalet patienter som bedömdes vara i behov av vård. Underskottet är inte stort, mindre än en procent bortsett från 2015 för operation då balansen var -1,7 procent. För att inflödet av patienter till vården skulle ha varit i balans med produktionen år 2016 hade antalet nybesök och operationer behövt vara 900 respektive 370 stycken fler per månad. Det innebär också att under 2016 förlängdes den nationella kön till nybesök och operation med nära 11 000 respektive 4 500 patienter.

### *Köbalansen skiljer sig mellan landsting och vårdområden*

Figur 35 visar att köbalansen ser olika ut i olika landsting. Köbalansen skiljde sig mellan -8 och +2 procent för nybesök och mellan mellan -7 och +3 procent för operation år 2016. Men det är inte samma landsting som ligger i toppen och botten för både nybesök och operation. Exempelvis har Norrbotten den mest negativa balansen för nybesök, men den mest positiva för operation. Stockholm, Uppsala och Skåne hade positiv köbalans för både nybesök och operation, vilket innebär att de hade ett större utflöde än inflöde och kunde

**Figur 35.** Köbalans för nybesök inom den specialiserade vården och operation, per landsting 2016.



Not: Patientvalt väntande är inkluderade i beräkningen.

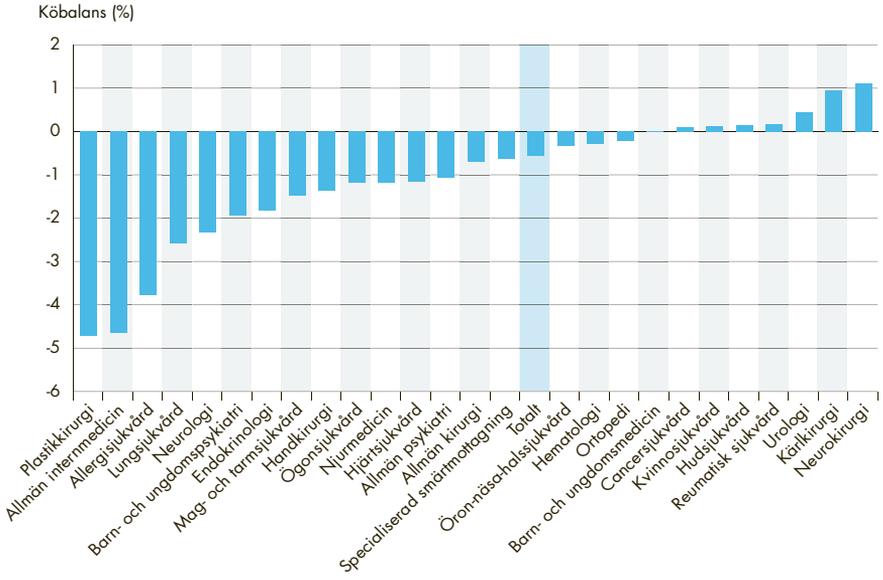
Källa: Väntetidsdatabasen.

minska köns längd till både nybesök och operation. Men de flesta landsting hade en negativ köbalans 2016 avseende både nybesök och operation, vilket innebär utmaningar för väntetiderna framöver om ingen förändring sker.

Det kan, men måste inte, finnas ett samband mellan köbalansen för nybesök och operation. Om exempelvis trycket på nybesök ökar är det sannolikt att även trycket på operation ökar, åtminstone inom vissa vårdområden, eftersom det i vissa fall är i samband med eller i nästa stadium efter ett nybesök som beslut om operation tas. Utflödet från nybesök kan alltså påverka inflödet till operation. Följaktligen, om en negativ köbalans för nybesök innebär att inflödet av patienter till operation minskar är det möjligt att det blir enklare att uppnå en bättre balans mellan inflöde och utflöde för operation. Men en negativ köbalans för nybesök måste inte innebära att utflödet från nybesök minskar, och därmed inte heller att inflödet till operation påverkas. En negativ köbalans för nybesök kan bero på att inflödet till nybesök ökar utan att utflödet förändras.

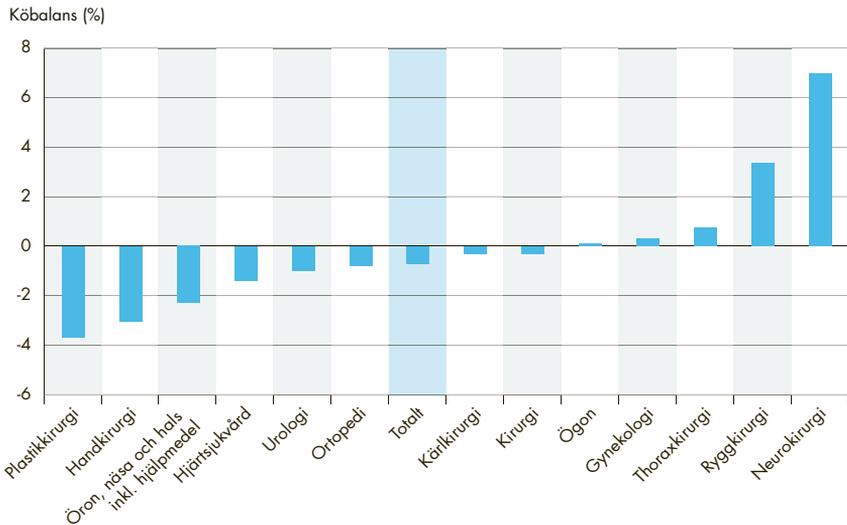


**Figur 36.** Köbalans för nybesök inom den specialiserade, per vårdområde 2016.



Not: Patientvalt väntande är inkluderade i beräkningen.  
Källa: Väntetidsdatabasen.

**Figur 37.** Köbalans för operation, per vårdområde 2016.



Not: Patientvalt väntande är inkluderade i beräkningen.  
Källa: Väntetidsdatabasen.

Figur 36 och 37 visar att det också finns stora skillnader i köbalansen mellan olika vårdområden. Vad gäller nybesök återfinns den mest negativa köbalansen, nästan minus fem procent, inom plastikkirurgi följt av allmän internmedicin, medan den mest positiva återfinns inom neurokirurgi och kärlkirurgi på ungefär plus en procent. Men de flesta vårdområden uppvisar en negativ balans. Även vad gäller operation återfinns den mest negativa köbalansen inom plastikkirurgi, minus drygt tre procent, och den mest positiva inom neurokirurgi (plus nästan sju procent).

### *Negativ köbalans leder till försämrad efterlevnad av vårdgarantin*

En negativ köbalans innebär generellt att man kan förvänta sig en försämring av vårdgarantins efterlevnad, och ju större obalansen är desto större försämring. Figur 38 visar sambandet mellan köbalansen 2015 och förändringen i vårdgarantins efterlevnad mellan 2015 och 2016. Varje punkt i figuren motsvarar ett vårdområde (exempelvis plastikkirurgi och neurokirurgi) för ett visst landsting. De verksamheter som har en mer negativ köbalans har i genomsnitt också en sämre utveckling av vårdgarantins efterlevnad.

Figur 38 belyser också att det finns stora skillnader mellan olika verksamheter både vad gäller köbalans och förändring av vårdgarantins efterlevnad. Långt ifrån alla verksamheter har en negativ köbalans och långt ifrån alla verksamheter uppvisar en försämrad efterlevnad av vårdgarantin 2016 jämfört med 2015.

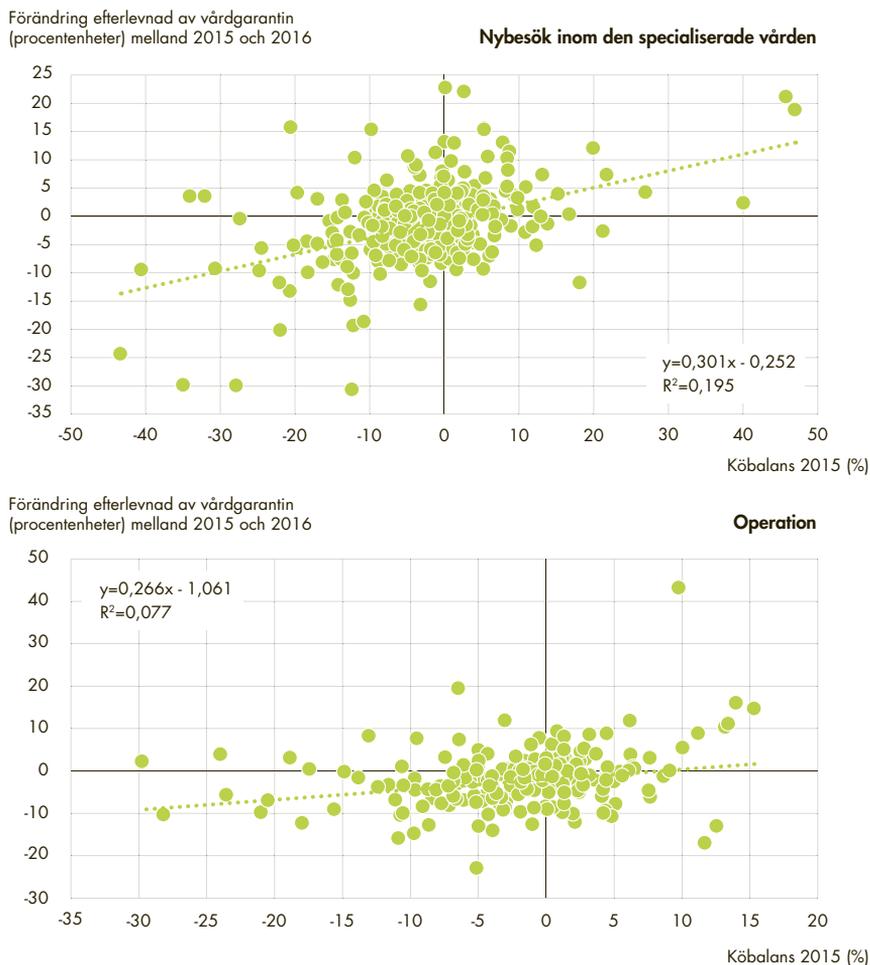
### **4.2.3 Köbalansen har betydelse för hur många patienter som väntar men prioriteringar påverkar också vårdgarantins efterlevnad**

Köbalansen, det vill säga förhållandet mellan antalet patienter som söker och bedöms vara i behov av vård och antalet patienter som får vård, avgör hur många patienter som befinner sig i kö. När köbalansen är negativ skapas en kö av väntande patienter och när antalet som väntar överskrider produktionskapaciteten kan inte alla patienter få vård inom vårdgarantins tidsgräns 90 dagar. Var i kön en patient befinner sig, det vill säga hur länge patienten har väntat, och hur väl vårdgarantin efterlevs beror då i stor utsträckning på hur vården prioriterar mellan de patienter som står på väntelistan.

Vårdgarantins efterlevnad beräknad utifrån *genomförda* nybesök och operationer kan i princip vara 100 procent oberoende av hur stor kön är (vilket även illustreras i kapitel 2). Det sker när vården enbart behandlar patienter som väntat i högst tre månader – då blir andelen genomförda nybesök eller operationer 100 procent. På samma sätt kan efterlevnaden beräknad utifrån



**Figur 38.** Samband mellan köbalans år 2015 och förändringen i vårdgarantins efterlevnad mellan 2015 och 2016.



Not: Patientvalt väntande är inkluderade i beräkningen. Varje punkt i diagrammen motsvarar ett visst vårdområde (såsom allergisjukvård, ortopedi o.s.v.) per landsting. Antal observationer: 465 för nybesök och 241 för operation. Förändringen i vårdgarantins efterlevnad är beräknad utifrån genomförda nybesök och operationer.

genomförda nybesök och operationer vara noll procent en viss månad om enbart patienter som väntat mer än tre månader får vård. Oavsett hur lång kön är går det alltså uppvisa både en hög och en låg efterlevnad av vårdgarantin när den beräknas utifrån genomförda nybesök eller operationer.

Vårdgarantins efterlevnad beräknad utifrån antalet väntande är däremot mer känslig för köbalansen och en växande kö men styrs till stor del av prioriteringar. Vid en köbalans på -1 procent kan efterlevnaden beräknad utifrån antalet väntande vara 100 procent i som längst 300 månader (det

vill säga 25 år)  $(3/(-0,01)=300)$ . Det uppnås om värden prioriterar patienter som väntat högst tre månader och så att ingen patient överskrider 90 dagarsgränsen. Som snabbast kan efterlevnaden gå under 100 procent efter fyra månader. Det sker om de patienter som väntat kortast får vård.

#### **4.2.4 Med en fortsatt negativ köbalans kommer köerna att fortsätta växa och ännu fler kommer att få vänta längre än vårdgarantins tidsgräns**

Enligt våra beräkningar utifrån den information som finns i väntetidsdatabasen var köbalansen år 2016 -0,6 procent för nybesök inom den specialiserade vården och -0,7 procent för operation (se tabell 9 tidigare i detta kapitel). Det innebär att kön till nybesök och operation växte med omkring 11 000 respektive 4 500 patienter.

Om inflödet och utflödet förblir på samma nivåer kommer exempelvis omkring 330 000 patienter att vänta på nybesök och omkring 137 000 patienter kommer att vänta på operation i slutet av 2019. För operation förutsätter den här siffran att kapaciteten kommer att ligga på samma nivå åren framöver som för under 2016. Men antalet genomförda operationer har sjunkit de senare åren, se figur 33. Om den här sjunkande trenden fortgår framöver kommer givetvis än fler än 137 000 patienter att stå som väntande i slutet av 2019. För väntade på nybesök kommer det också sannolikt att vara ännu fler än 330 000 som väntar om inte utvecklingen förbättras, eftersom antalet personer som söker vård ökar snabbare än antalet genomförda nybesök.

Bland dem som väntar kommer en allt större andel att vänta mer än 90 dagar på nybesök eller operation för varje år som går så länge utvecklingen av inflöde och utflöde inte bryts. För att undgå ett scenario där fler patienter står i kö och väntar allt längre krävs att ökningstakten i antalet genomförda nybesök ökar och att fler operationer genomförs, eller att inflödet minskar. Det kan ske exempelvis genom förändrade arbetssätt, ändrade prioriteringar eller att nya behandlingsformer nyttjas. Försämringen i andelen patienter som har väntat mer än 90 dagar kan mildras genom att en större andel av de nybesök och operationer som görs ges till patienter som väntat mer än 90 dagar. Men en sådan omprioritering riskerar att gå ut över patienter med större behov eftersom det sannolikt är de som erbjuds vård snabbt. För att minska köerna och samtidigt framöver behålla samma tröskelvärden för vilka patienter som bedöms vara i behov av vård (det vill säga inte avstå från att behandla patienter som idag bedöms vara i behov av vård) krävs att ökningstakten i antalet genomförda nybesök ökar och att den nedåtgående trenden i genomförda operationer bryts och ersätts av en ökning i antalet operationer.



### 4.3 TYDLIGARE FÖRSÄMRING I VÅRDGARANTINS EFTERLEVNAD DE SENASTE ÅREN

Det är svårt att bortse från att de försämringar som ses i vårdgarantins efterlevnad blir synliga särskilt någon gång mellan 2014 och 2015 och alltså sammanfaller med att kömiljarden avslutades. Köerna växer och allt fler har väntat allt längre på vård. Den här rapporten har inte för avsikt att utvärdera kömiljardens effekter och det är svårt att dra slutsatser om vad som beror på kömiljarden och vad som beror på andra faktorer. Våra data är inte tillräckliga för en sådan utvärdering. Men vi kan konstatera att resultaten visar att det för både nybesök inom den specialiserade vården och operation har funnits en negativ köbalans (åtminstone) sedan 2013. Dessförinnan saknas information om antal genomförda nybesök och operationer, och vi kan därför inte beräkna köbalansen för tidigare år. Även under kömiljarden genomfördes alltså för få nybesök och operationer i förhållande till antalet vårdsökande patienter, vilket indikerar att den bristande tillgängligheten är ett mer långvarigt och strukturellt problem som inte löstes långsiktigt med kömiljarden.

Det finns åtminstone två möjliga förklaringar till att den negativa köbalans som vi observerar redan under kömiljardens år inte gav upphov till någon tydlig försämring av vårdgarantins efterlevnad förrän vid 2014–2015. Den första är att det har tagit tid att bygga upp en tillräckligt lång kö, och att det var först runt 2015 som kön hade byggts upp så mycket att det började synas ordentligt på andelen patienter som inte får vård inom tidsgränsen.

En annan möjlig förklaring är att det runt 2015 sker en förändring i landstingens köhantering och prioritering av patienter. De uppföljningar och analyser som gjorts av kömiljarden drar den övergripande slutsatsen att väntetiderna kortades efter att kömiljarden infördes, inte minst genom att administrationen av väntelistorna förbättrades och ledde till att landstingen skapade bättre ordning på sina väntelistor (Socialstyrelsen 2012, 2013a). Kömiljarden gav ekonomiska incitament att noga hålla ordning på väntelistorna och till exempel ta bort patienter som inte är aktuella för vård. När kömiljarden avslutades togs detta incitament bort, vilket kan ha lett till förändringar i landstingens köhantering.

### 4.4 FÖR ATT VÄRDERA VÄNTETIDERNAS UTVECKLING OCH SKILLNADER ÖVER LANDET BEHÖVS INFORMATION OM PATIENTERNAS BEHOV

Analyserna tidigare i detta kapitel visar att antalet patienter som väntar på nybesök inom den specialiserade vården och operation ökar, och att det för riket som helhet beror på ett ökat inflöde av patienter till kön snarare än på att

färre nybesök och operationer genomförs. Det finns flera möjliga förklaringar till att inflödet ökar. Det kan bero på faktorer som ligger utom landstingens kontroll, såsom befolkningsförändringar och medicinteknisk utveckling, medan exempelvis prioriteringar går att påverka genom styrning. Utan information om patienternas vårdbehov går det inte att avgöra vad som ligger bakom det ökade inflödet eller hur svårt sjuka de patienter som får vänta länge på vård är. Det går inte heller att avgöra om patienter med samma behov i olika landsting har samma tillgänglighet, det vill säga om tillgängligheten är jämlik. Mer information om vårdbehoven är med andra ord en nödvändighet för att bättre kunna förstå och värdera tillgänglighetsproblemen.

#### **4.4.1 Flera möjliga orsaker till ett ökat inflöde av patienter**

Det finns flera möjliga orsaker till att antalet patienter som söker och bedöms vara i behov av vård ökar – orsaker som delvis också påverkar varandra. Det kan till exempel handla om att vi blir fler och äldre, att medicinteknisk utveckling erbjuder nya behandlingsmöjligheter och att fler bedöms vara i behov av vård för att tröskelvärden, eller vilka sympton och diagnoser som behövs för att erbjudas vård, förändras.

##### *Befolkningstillväxt och förändrad befolkningssammansättning*

Allt fler människor lever allt längre. Andelen personer över 65 år beräknas öka med 41 procent från 2009 till 2035. Det är en positiv utveckling med flera förklaringar. Det handlar exempelvis om bättre levnadsförhållanden, insatser för att förebygga olyckor och ohälsosamma levnadsvanor samt förbättrade möjligheter att tidigt identifiera och behandla sjukdomar.

En ökad medellivslängd innebär även att en större del av befolkningen utvecklar och lever med de kroniska sjukdomar och funktionsnedsättningar som följer av livsstil och ett normalt åldrande, vilket också bidrar till ett ökat tryck på hälso- och sjukvården. Redan i dag står kroniskt sjuka personer för 80–85 procent av sjukvårdskostnaderna och 75 procent av läkemedelskostnaderna.

##### *Medicinteknisk utveckling erbjuder utökade behandlingsmöjligheter*

Nya behandlingar, hjälpmedel och annan teknologi utvecklas i snabb takt. Genom tekniska och medicinska landvinningar kan patienter som tidigare inte kunde behandlas få vård. Allt fler kan behandlas för allt svårare symtom och kan leva längre med svåra sjukdomar. Det finns nya behandlingar som räddar liv, det finns nya behandlingar som gör det lättare att leva med kroniska sjukdomar och det finns ny teknik som gör att patienter som av



olika skäl inte kunde få en behandling tidigare nu kan vara aktuella för det – exemplen är många. Dessa innovationer har potential att öka hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet genom att introducera nya arbetssätt och mönstra ut gamla, men de innebär också att antalet patienter som är aktuella för vård ökar.

#### *Fler bedöms vara i behov av vård*

Medicinska bedömningar ligger till grund för beslut om en patient är i behov av en vårdinsats och ska sättas upp på väntelistan. Vilka tröskelvärden, diagnoser och symtom som föranleder behandling kan av olika anledningar förändras över tid och därmed påverka inflödet av patienter. Exempelvis sker en medveten och öppen prioritering av vilka patienter som ska erbjudas en viss vårdinsats eller vilka vårdinsatser som ingår i den offentligt finansierade vården. Det kan exempelvis handla om att ett visst symtom ska vara av en viss svårighetsgrad för att tillståndet ska behandlas eller att en ny grupp får tillgång till en behandling som den inte fick förut. Grunden för att stå kvar på väntelistan kan också påverkas av ren köadministration.

#### **4.4.2 Omöjligt att avgöra om patientsammansättningen har förändrats eller skiljer sig mellan olika landsting**

Utan mer information om patienternas vårdbehov går det inte avgöra vad som ligger bakom det ökade inflödet av patienter till nybesök inom den specialiserade vården och till operation. Det är omöjligt att avgöra om behoven bland patienterna som står på väntelistorna, och bland dem som har väntat länge, har förändrats över tid. Även om långa köer i sig är negativt för patienterna och för befolkningens förtroende för hälso- och sjukvården är det svårt att bedöma vad de växande köerna innebär ur medicinskt perspektiv och om tillgängligheten har försämrats för ett visst behov. Köerna skulle i princip kunna bero på att tröskeln till att sättas upp på väntelistan har sänkts, och inte på att patienter med ett visst behov får vänta längre.

Av samma skäl är det svårt att tolka och värdera skillnader mellan landsting. Om gränsen för att sättas upp på väntelistan skiljer sig mellan landsting skulle det kunna vara en förklaring till att vårdgarantins efterlevnad och antalet patienter på väntelistorna skiljer sig åt. Nationellt harmoniserade indikationsgränser skulle underlätta jämförelser. Även om det finns faktiska skillnader i behov mellan landsting är landstingen ansvariga för att ge vård till sin befolkning inom vårdgarantins tidsgränser.

### 4.4.3 Fler patienter gör befintliga bemanningsproblem mer utmanande

Oavsett vad det ökade inflödet av patienter till nybesök inom den specialiserade vården och till operation beror på behöver landstingen hitta sätt att säkerställa en god tillgänglighet. Så länge antalet patienter som söker och bedöms vara i behov av vård ökar, måste även utflödet öka för att tillgängligheten inte ska försämrats ytterligare. Till följd av bland annat ökade behandlingsmöjligheter samt en större och äldre befolkning kommer antalet vårdsökande sannolikt att fortsätta att öka även framöver.

Eftersom många verksamheter rapporterar att de upplever bemanningsproblem blir andra lösningar viktiga, exempelvis förändrade arbetssätt, ny teknologi och organisatoriska effektiviseringar. Men på längre sikt är det också viktigt att åstadkomma en kompetensförsörjning och planering som tar hänsyn till förändringar i vårdbehov.

## 4.5 VÄNTETIDSSTATISTIKEN ÖVERSKATTAR TILLGÄNGLIGHETEN TILL PRIMÄRVÅRDEN

Vårdanalys har i tidigare rapporter lyft fram att patient- och medborgarundersökningar tyder på en sämre bild av väntetiderna än vad som framgår av resultaten baserat på väntetidsdatabasen. Dessa undersökningar och väntetidsdatabasen är dock inte helt jämförbara och det finns flera möjliga förklaringar till att resultaten skiljer sig åt. I det här avsnittet fokuserar vi på väntetiden till läkarbesök i primärvården, redogör för några patientrapporterade upplevelser av väntetiden, och diskuterar mätningarna i väntetidsdatabasen. Vår samlade bedömning är att väntetidsstatistiken i väntetidsdatabasen överskattar hur väl vårdgarantins besöksgaranti inom primärvården efterlevs eftersom det finns flera exempel på patienter som inte ingår i statistiken.

### 4.5.1 Patienter och medborgare verkar ha en mer negativ bild av väntetiderna än vad som framkommer av väntetidsstatistiken

Vårdanalys har i flera tidigare rapporter visat att patientenkäter tenderar att ge en sämre bild av väntetiderna till primärvården jämfört med de resultat som framkommer i väntetidsdatabasen (Vårdanalys 2014a, 2015a, 2017a). Tabell 10 ger en översikt över frågor som ställts till patienter om vårdgarantins tidsgränser i olika enkäter och hur resultaten baserade på dessa svar skiljer sig från resultaten i väntetidsdatabasen för motsvarande år. Exempelvis svarade 80 procent att de fått läkarbesök i primärvården inom sju dagar i 2013 års



nationella patientenkät, medan resultaten i väntetidsdatabasen säger att det var 87 eller 93 procent beroende på om de patientvalt väntande räknas med eller inte.

Det finns flera möjliga anledningar till att patientrapporterade resultat och resultaten i väntetidsdatabasen skiljer sig åt. Det kan exempelvis bero på att urvalet och representativiteten skiljer sig, till exempel att enkäten riktar sig till en avgränsad åldersgrupp, eller att någon grupp är över-representerad bland de som svarar på enkäten. Det kan också bero på mätfel i någon av källorna; det kan vara svårt att minnas hur lång väntetiden faktiskt var när enkäten ska besvaras, och väntetidsdatabasen kan innehålla andra typer av mätfel.

I tabell 10 är det också tydligt att det i vissa fall är svårt att direkt jämföra resultaten mellan väntetidsdatabasen och patientenkäter. I Vårdanalys webb-enkät ombads respondenterna att tänka på de kontakter de haft med vården de senaste tolv månaderna, och sedan ange i vilken utsträckning de blivit erbjudna vård inom tidsgränsen. De kunde då ange svarsalternativen ”alltid”, ”ibland”, ”sällan” och ”aldrig”. Dessa svar går inte omvandla till hur stor andel av besöken som genomfördes inom tidsgränsen. Man vet exempelvis inte hur många besök som ligger bakom ett ”alltid” för respektive respondent, eller hur många besök som gjordes inom tidsgränsen när svaret är ”ibland”.

Trots dessa svårigheter att direkt jämföra resultaten mellan olika undersökningar ter det sig som att de patientrapporterade enkäterna ger en mer negativ bild av väntetidssituationen än väntetidsdatabasen.

#### **4.5.2 Rapporteringen av tid till läkarbesök i primärvården exkluderar vissa patienter**

Vårdanalys har vid tidigare tillfällen påtalat behovet av att vidareutveckla väntetidsdatabasens mätmetoder (Vårdanalys 2015a, 2017a). Vad gäller besöksgarantin inom primärvården görs mätningarna under en avgränsad period två gånger om året. De är på förhand aviserade och kända av landstingen. Att mätningarna sker under kända och begränsade perioder kan påverka statistikens tillförlitlighet, eftersom mätningen inte fångar variation under året och verksamheterna kan anstränga sig för att ha extra god tillgänglighet under mätperioderna. Därför är det positivt att flera landsting har börjat rapportera kontinuerligt till väntetidsdatabasen. Men det finns också exempel på typer av besök och grupper av patienter som inte ingår i statistiken. Fyra sådana exempel är:

**Tabell 10.** Jämförelse av resultat gällande läkarbesök i primärvården baserade på patientenkäter och väntetidsdatabasen.

Källa	År	Enkätfråga	Resultat	Motsvarande resultat i väntetidsdatabasen för det aktuella året
Nationell patientenkät - primärvård	2013	Hur länge fick du vänta på ditt besök?	80 % svarar att de fick sitt besök inom sju dagar	93 % (exkl patientvald väntan) 87 % (inkl patientvald väntan)
Vårdanalys webbenkät*	2014	Har du fått erbjudande om att träffa läkare i primärvården inom sju dagar?	81 % svarar att de har fått det "alltid" eller "ibland" det senaste året	92 % (exkl patientvald väntan) 85 % (inkl patientvald väntan)
	2016	Har du fått erbjudande om att träffa läkare i primärvården inom sju dagar?	75 % svarar att de har fått det "alltid" eller "ibland" det senaste året	90 % (exkl patientvald väntan) 83 % (inkl patientvald väntan)

\* I samband med Vårdanalys utvärdering av patientlagen genomfördes två webb-baserade enkätundersökningar till patienter, vårdnadshavare och medborgare. En enkät genomfördes 2014 och den andra 2016. Se Vårdanalys (2017b) för beskrivning av enkäten.

### 1. *Patienter som kommer på drop-in men inte får något besök*

Om en patient besöker en drop-in mottagning men inte hinner få något besök innan mottagningen stänger, eller av annan anledning lämnar vårdcentralen utan att ha gjort något besök, ingår inte detta försök till kontakt i statistiken. Om patienten får ett besök under drop-in ingår det däremot i statistiken och rapporteras som ett besök där vårdgarantin uppfyllts.

### 2. *Patienter som inte får en tid på vårdcentraler där man endast kan boka besök med kort varsel*

Vårdcentraler kan erbjuda bokning av tid olika långt framåt i tiden. På vissa vårdcentraler är det exempelvis bara möjligt att boka tider samma dag, tre dagar eller en vecka framåt i tiden. Om patienten kontaktar vårdcentralen för att boka en tid kan det då hända att det inte finns någon ledig tid kvar. Patienten ges alltså inte möjlighet att boka något besök varken inom eller utom sjudagarsgränsen. I stället får man återkomma en annan dag med nytt försök att boka. Sådana försök till att boka en tid ingår inte i statistiken och räknas därmed inte som ett "misslyckande". Om patienten får en tid ingår det däremot i statistiken och rapporteras som ett besök där vårdgarantin uppfyllts.

Detta innebär också att vårdgarantin i teorin alltid hålls på vårdcentraler där tidsperioden för bokningsbara dagar är sju dagar eller



mindre; patienten får antingen en tid under den bokningsbara perioden eller får återkomma tills hen lyckas ta kontakt en dag då det finns lediga tider att boka.

Hur långt fram i tiden som vårdcentralerna erbjuder bokning rapporteras till väntetidsdatabasen, och redovisas också på webbplatsen [vantetider.se](http://vantetider.se). I mätningen hösten 2016 var det 53 vårdcentraler, motsvarande fem procent av alla vårdcentraler som ingick i mätningen, som erbjöd bokning högst sju dagar framåt i tiden. Ytterligare 69 vårdcentraler erbjöd bokning de kommande 14 dagarna. De flesta vårdcentraler, 89 procent, hade dock inte någon sådan begränsning alls.

### *3. Patienter som möts av beskedet att det inte finns några lediga tider utan ombeds kontakta annan vårdcentral*

Det kan hända att patienter ringer en vårdcentral och möts av beskedet att det inte finns några lediga tider att boka, och att patienten i stället ombeds eller tar eget initiativ till att kontakta en annan vårdcentral. Detta försök till bokning av besök ingår inte i statistiken. Först när patienten bokar ett besök, inom eller utom sjudagarsgränsen, rapporteras det till väntetidsdatabasen.

### *4. Patienter som registreras som patientvald väntan*

I kapitel 2 förklarar vi begreppet patientvald väntan. Exempel på situationer som markeras som patientvald väntan vad gäller läkarbesök i primärvården är bland annat när patienten vill träffa en särskild läkare eller en manlig eller kvinnlig läkare, och det inte går att ordna inom tidsgränsen (se kapitel 2 för mer utvecklad beskrivning). Sådana fall ingår inte i redovisningen av hur väl sjudagarsgränsen hålls på [vantetider.se](http://vantetider.se). Däremot ingår de i beräkningarna som redovisas i den här rapporten.

Det är naturligtvis inte självklart hur alla försök till kontakt och besöksbokning skulle bokföras och rapporteras. Men exemplen ovan visar att den information som ingår i väntetidsmätningarna inte ger en heltäckande bild av tillgängligheten till primärvården ur patientens perspektiv. Exempelen utgör situationer som många patienter troligen känner igen och som påverkar deras uppfattning om tillgängligheten negativt. När patienter beskriver sina erfarenheter av tillgängligheten är det osannolikt att de räknar bort den här typen av situationer. Samtliga exempel bidrar därför

sannolikt till att tillgängligheten till primärvården överskattas i väntetidsdatabasens resultatredovisning, och de skulle också kunna bidra till att patientrapporterade mått på väntetiderna visar sämre resultat än väntetidsdatabasen. Bortsett från de patientvalt väntande går det dock inte att uppskatta utifrån befintlig information hur många patienter som har erfarenhet av något av dessa exempel. Men de utgör exempel på aspekter där det i dagsläget, och utifrån den information som finns i väntetidsdatabasen, saknas kunskap för att kunna följa upp vårdgarantin, väntetider och tillgänglighet utifrån patienternas perspektiv.









## Rekommendationer

Väntetider är en central aspekt av tillgängligheten till vården och har stor betydelse för patienter och medborgare. Vårdgarantin ställer krav på vården att erbjuda vård inom angivna tidsgränser och är därför ett viktigt styrmedel i tillgänglighetsarbetet. Den är samtidigt en försäkran till befolkningen om hur länge man som längst ska behöva vänta på vård. Att vårdgarantins tidsgränser hålls är viktigt såväl för den enskilde patienten och dess anhöriga som för befolkningens förtroende för hälso- och sjukvården. I förlängningen kan annars också hälso- och sjukvårdens legitimitet försvagas.

Det är landstingen som ytterst har ansvaret för att vården är tillgänglig för befolkningen. Landstingen är också skyldiga att säkerställa att vårdgarantins tidsgränser hålls. De måste därför ta ansvar för och prioritera ett kontinuerligt, brett och långsiktigt tillgänglighetsarbete. Ett sådant arbete pågår i viss utsträckning redan i dag. För att förbättringsarbetena i landstingen ska få genomslag i verksamheterna och slutligen komma patienterna till del är det emellertid viktigt att landstingspolitiker, tjänstemän och verksamheter arbetar fokuserat och samordnat för en förbättrad tillgänglighet i vården.

Tillgängligheten till vården är ett långvarigt problem i svensk hälso- och sjukvård. Efterlevnaden till vårdgarantins tidsgränser brister och utvecklingen går åt fel håll. Mot bakgrund av det behöver regeringen fortsätta att utveckla den strategiska styrningen för att främja en förbättrad tillgänglighet.



## 5.1 LANDSTINGEN BÖR STÄRKA SITT ARBETE MED ATT SÄKERSTÄLLA EN GOD TILLGÄNGLIGHET TILL VÅRD EFTER BEHOV

Landstingen är ytterst ansvariga för att vården är tillgänglig för befolkningen och de är skyldiga att ge vård till patienterna inom vårdgarantins författningsreglerade tidsgränser. Trots det, och trots att tillgängligheten är mycket viktig ur ett patientperspektiv, har landstingen inte kommit tillrätta med den bristande tillgängligheten och den bristande efterlevnaden av vårdgarantin.

Troligen skiljer sig orsakerna till bristande och försämrad tillgänglighet mellan olika delar av landet, och mellan olika verksamheter inom landstingen. Därmed finns det inte en enskild nationell lösning på problemen med långa väntetider, utan landstingen behöver anpassa sina åtgärder efter lokala förutsättningar, utmaningar och brister. I vår tidigare uppföljning av vårdgarantin (Vårdanalys 2015a) konstaterade vi att olika arbetssätt och organisering är viktiga faktorer för att förklara skillnader i väntetider. Landstingen har olika förutsättningar för bemanning, befolkningsstruktur och geografi och i vissa fall är resurser, särskilt vad gäller bemanning, ett hinder. Men resursbrist är inte en generell förklaring till bristande tillgänglighet.

Av dessa skäl måste landstingen ta huvudansvaret för arbetet för en förbättrad tillgänglighet. De bör prioritera ett långsiktigt och kontinuerligt arbete för att säkerställa en god tillgänglighet och att alla patienter får vård inom vårdgarantins tidsgränser. Arbetet för förbättrad tillgänglighet bör vara i ständigt fokus för landstingen och inte beroende av statliga satsningar och stimulansmedel.

Vårdanalys ger följande rekommendationer till landstingen för att förbättra tillgängligheten och efterlevnaden av vårdgarantins tidsgränser.

- ▶ *Landstingen bör fokusera på ett långsiktigt och systematiskt tillgänglighetsarbete och säkerställa att vårdgarantins tidsgränser efterlevs*

Landstingsledningarna bör tydligt prioritera ett långsiktigt, systematiskt och kontinuerligt tillgänglighetsarbete där de följer upp och analyserar vårdgarantins efterlevnad, vidtar åtgärder och ser till att de genomförs i verksamheterna. En förutsättning är att landstingspolitiker, tjänstemannaledning och verksamheter arbetar tillsammans och fokuserat utifrån varje enskilt landstings specifika utmaningar och förutsättningar för att säkerställa att alla patienter får vård inom rimlig tid.

Samtliga landsting bör analysera inom vilka områden och verksamheter som vårdgarantin inte hålls, vad det beror på och vad som är möjliga

åtgärder för att förbättra situationen. Man behöver förstå om väntetiderna beror på personalbrist, organisatoriska problem, utökade behandlingsmöjligheter, att fler bedöms vara i behov av vård för att tröskelvärden förändras eller annat. För att uppnå balans mellan inflöde och utflöde av patienter bör landstingen utveckla sin produktions- och kapacitetsplanering och utveckla metoder för att på förhand kunna bedöma förändringar i antalet patienter som är i behov av vård. De landsting och verksamheter som uppvisar sämre resultat bör särskilt analysera sin situation, lära av verksamheter som lyckas bättre och driva ett fokuserat utvecklingsarbete. Ett sådant arbete pågår till viss del redan i dag i landstingen, men den försämrade tillgängligheten visar på att arbetet behöver förstärkas och utvecklas.

En god personalförsörjning och effektiva arbetssätt är grundläggande förutsättningar för korta väntetider. När det gäller kompetensförsörjning finns det stora problem inom vissa områden och i vissa delar av landet. Men vårdköerna skulle kunna kortas genom effektivare och förbättrade arbetssätt, exempelvis en mer långsiktig och kontinuerlig schemaläggning av läkare samt en mer välfungerande planering och schemaläggning även i andra delar av verksamheten (Vårdanalys 2015a). Landstingen kan alltså göra viktiga insatser även inom ramarna för de befintliga resurserna både vad gäller bemanning och ekonomi.

► *Landstingen bör analysera förutsättningarna för tillgänglighet gemensamt och föra dialog med staten om strategiska åtgärder*

Vid sidan av ett förstärkt landstingsinternt tillgänglighetsarbete rekommenderar Vårdanalys landstingen att intensifiera sitt samarbete kring de gemensamma delarna av tillgänglighetsarbetet. Befolkningsförändringar och nya behandlingsmöjligheter är exempel på omvärldsförändringar som innebär ett ökat tryck på vården. Landstingen behöver följa och analysera konsekvenserna av sådana förändringar för att i god tid kunna vidta åtgärder kring kompetensförsörjning och utbildning, nivåstruktureringar, prioriteringar, verksamhetsutveckling och styrning. Det är troligen effektivt att landstingen samarbetar kring den typen av omvärldsanalyser, prognoser och konsekvensanalyser och att de systematiskt lär av varandra.

Med utgångspunkt i ett sådant gemensamt analysarbete bör landstingen föra dialog med regeringen om strategiskt viktiga åtgärdsområden som kompetensförsörjning, nivåstrukturering och andra utvecklingsområden som behöver hanteras gemensamt av staten och landstingen.



► *Landstingen bör samarbeta kring medicinska revisioner av väntetider och vård efter behov*

Vårdanalys rekommenderar landstingen att samarbeta kring medicinska revisioner för att stödja verksamheterna i arbetet med prioriteringar och säkerställa tillgängligheten till vård efter behov.

Utvecklingen av de gemensamma väntetidsmätningar som rapporteras till väntetidsdatabasen har varit positiv. Men det är inte möjligt att på nationell nivå analysera väntetiderna i förhållande till behov hos patienterna. Det går därför inte att jämföra om väntetiderna är likvärdiga över landet och för olika grupper med hänsyn taget till behov.

Vi menar att landstingen i större utsträckning bör samarbeta kring medicinska revisioner utförda av professionerna. Sådana revisioner skulle vara viktiga komplement till olika former av administrativa uppföljningar, men också ett viktigt stöd för verksamheterna. Syftet skulle vara att sätta ljuset på medicinska prioriteringar genom att granska hur prioriteringar och behovsklassificeringar görs, ge stöd till verksamheterna i deras prioriteringar, och därmed stödja utvecklingen mot en mer jämlik vård i hela landet.

## 5.2 REGERINGEN BÖR FOKUSERA PÅ ATT FÖRBÄTTRA FÖRUTSÄTTNINGARNA FÖR JÄMLIK TILLGÄNGLIGHET I HELA LANDET

Mot bakgrund av vårdens långvariga tillgänglighetsproblem, att efterlevnaden av vårdgarantins tidsgränser brister och att utvecklingen går åt fel håll, behöver regeringen fortsätta att utveckla den strategiska styrningen för att främja en förbättrad tillgänglighet. I den statliga styrningen bör regeringen utgå från tillgänglighet ur ett patient- och befolkningsperspektiv. Regeringen bör inrikta den statliga styrningen på att bidra långsiktigt till landstingens tillgänglighetsarbete med fokus på strategisk styrning, snarare än kortsiktiga statliga satsningar. Vårdanalys ger följande rekommendationer till regeringen för att förbättra tillgängligheten och efterlevnaden av vårdgarantins tidsgränser.

► *Regeringen bör fokusera den statliga styrningen på att långsiktigt förbättra förutsättningarna för tillgänglighet och ställa krav på landstingen att leva upp till vårdgarantin*

På grund av bristande tillgänglighet och långa väntetider har regeringen i flera omgångar och under lång tid försökt styra hälso- och sjukvården mot en ökad tillgänglighet. Statliga satsningar, såsom kömiljarden och

patientmiljarden, har satt fokus på väntetidsfrågan. Men tillfälliga satsningar och stimulansmedel kan vara problematiska. Landstingens ansvar för vårdgarantins efterlevnad är ett författningskrav och landstingen är skyldiga att leva upp till tidsgränserna, oberoende av statliga medel för tillgänglighetsarbete. Tillfälliga statliga satsningar kan också leda till en minskad långsiktighet i styrningen. Beroende på sin utformning kan de också skapa ett för stort fokus på till exempel en viss funktion eller del i vårdkedjan på bekostnad av ett bredare arbete som fokuserar på tillgänglighet ur befolkningens och patienternas perspektiv. Att döma av utvecklingen av vårdgarantins efterlevnad och kösituationen verkar det som att kömiljarden inte har gett upphov till långsiktiga förbättringar efter att den avslutats.

Regeringen bör inrikta den statliga styrningen på att mer strategiskt och långsiktigt stödja landstingen i deras tillgänglighetsarbete. I den mån som särskilda statliga satsningar görs, bör inriktningen vara att ge förutsättningar för landstingens långsiktiga och kontinuerliga förbättringsarbete. Regeringen bör utgå från landstingens ansvar för vårdens tillgänglighet och för att vårdgarantins tidsgränser hålls, och ställa krav på landstingen att de tar sitt ansvar och genomför förbättringsåtgärder.

I den statliga styrningen bör regeringen utgå från tillgänglighet från ett patient- och befolkningsperspektiv. Det innebär bland annat att man tar hänsyn till fler aspekter av tillgänglighet än enbart väntetider och vad som ingår i den befintliga väntetidsstatistiken.

En viktig del i regeringens arbete bör utgöras av dialog med landstingen om hur staten kan stödja tillgänglighetsarbetet långsiktigt. Det kan exempelvis handla om strukturella frågor som kompetensförsörjning och nivåstrukturering. Det finns förslag om en utvecklad dialog mellan regeringen och landstingen från både Vårdanalys arbete *Stärkt dialog för ökad utvecklingskraft* (Vårdanalys 2014b) och utredningarna *Effektiv vård* (SOU 2016:2) och *Kunskapsbaserad och jämlik vård –Förutsättningar för en lärande hälso- och sjukvård* (SOU 2017:48). I en sådan dialog bör tillgängligheten vara en naturlig och stående punkt.

Utöver att föra dialoger med landstingen bör regeringen analysera och följa upp tillgängligheten och pågående tillgänglighetsarbeten. Denna kunskap tillsammans med det som framkommer i dialogen med landstingen bör tjäna som underlag för att utveckla den statliga styrningen, såsom vårdgarantins utformning.



► *Regeringen bör utveckla och säkerställa en väl fungerande tillgänglighetsuppföljning*

Regeringen bör säkerställa att tillgängligheten till vård följs upp och analyseras kontinuerligt och systematiskt samt att väntetidsstatistiken utvecklas för att bli mer ändamålsenlig. Fokus bör inte enbart vara på hur väl landstingen lever upp till vårdgarantin utan på att följa upp och analysera hur tillgängligheten till vård fungerar ur ett patientperspektiv i bredare bemärkelse. Nedan listar vi fyra specifika punkter som vi rekommenderar regeringen att genomföra för att stärka tillgänglighetsuppföljningen.

- **Ge Socialstyrelsen ett långsiktigt ansvar för en samlad och kontinuerlig uppföljning av tillgängligheten ur patientperspektiv**

Tillgängligheten till hälso- och sjukvård har följts upp och analyserats på regeringens initiativ ett flertal gånger (t.ex. Socialstyrelsen 2012, 2013a; Vårdanalys 2014a, 2015a). Nu har Socialstyrelsen i uppdrag från regeringen att utveckla den nationella uppföljningen av hälso- och sjukvårdens tillgänglighet (S2016/00445/FS), vilket är en fortsättning på ett uppdrag som gavs till myndigheten 2014. Dessutom driver och utvecklar SKL Väntetidsdatabasen som medfinansieras av regeringen, och det pågår också uppföljningsarbeten som fokuserar specifikt på tillgänglighet inom vissa områden som cancer och primärvård.

Trots flera avslutade och pågående uppföljningsarbeten finns det fortfarande kunskapsluckor. Det saknas exempelvis information om den samlade tillgängligheten till primärvården. Väntetidsstatistiken utesluter bland annat patienter som inte får möjlighet att boka en tid på grund av att tiderna är slut och hänvisas till andra vårdcentraler. Det saknas också en samlad bild av hur de olika kontaktvägarna till primärvården fungerar, hur bokningarna organiseras och hur detta förhåller sig till olika gruppers behov. Sådana aspekter har stor betydelse för tillgängligheten ur ett patientperspektiv.

Regeringen bör ge Socialstyrelsen ett mer långsiktigt uppdrag, alternativt en instruktionsenlig uppgift, att svara för en samlad uppföljning och analys av vårdens tillgänglighet ur ett patientperspektiv, inklusive en uppföljning av vårdgarantin. Regeringen bör också säkerställa en god samordning mellan parallella och relaterade initiativ samt att den kunskap som genereras tas till vara i tillgänglighetsarbetet och i slutändan kommer patienterna till del.

- **Intensifiera arbetet med att få in väntetider i patientregistret**

Regeringen har sedan ett antal år tillbaka gett Socialstyrelsen i uppdrag att utveckla en modell för att följa väntetider i patientregistret (se exempelvis Socialstyrelsen 2013b). Modellen skulle väsentligt kunna utöka möjligheterna till mer omfattande analyser av väntetider än vad som är möjligt i dagsläget. Exempelvis möjliggör det kopplingar till andra registerdata eftersom patientregistret är personnummerbaserat. På så vis kan väntetider länkas till bakgrundsfaktorer som utbildning, inkomst och födelseland, men också till medicinska utfall. Det innebär ett viktigt steg mot att kunna följa och utvärdera tillgängligheten till vård för olika grupper och utifrån ett jämlikhetsperspektiv, och exempelvis ta reda på om väntetiderna skiljer sig för personer med samma diagnos men med olika socioekonomiska förutsättningar. Modellen innehåller dessutom fler mätpunkter än vårdgarantins fyra delar, vilket kan ge en mer heltäckande bild av väntetiderna och stärka patientperspektivet i uppföljningen.

Modellen är under utveckling och det är osäkert när arbetet kan genomföras brett. Vårdanalys rekommenderar regeringen och Socialstyrelsen att fortsätta, och intensifiera, arbetet men också att kontinuerligt utvärdera det i förhållande till hur väntetidsdatabasen kan utvecklas.

- **Ge Socialstyrelsen i uppdrag att se över möjligheterna att utveckla gemensamma behovsklassificeringar inom ramarna för en utvecklad kunskapsstyrning**

Information om patienternas behov är nödvändig för att kunna värdera väntetidernas utveckling och analysera om tillgängligheten är jämlik över landet och mellan olika grupper. Det är inte möjligt att göra i dag eftersom det saknas information om behov i väntetidsdatabasen. Det gäller både för de patienter som behöver vård betydligt snabbare än de borte gränserna i vårdgarantin och för de som får vänta längre. Det saknas alltså viktig information för kunskapsstyrning mot en jämlik tillgänglighet till vård med avseende på väntetider.

Samtidigt finns det stora utmaningar i att skapa en nationell uppföljning av väntetider utifrån behov och det är svårt att överblicka de administrativa konsekvenserna. I landstingen används klassificeringar som "ingen förtur", "förtur" och "extra förtur" för att bestämma hur snabbt patienten ska få planerad vård beroende på det sammanvägda behovet, men det finns ingen nationell standard för klassificeringen.



Vi menar att regeringen genom ett uppdrag till Socialstyrelsen bör påbörja ett arbete för att se över möjligheterna att koppla samman väntetider med någon form av behovsklassificering och att integrera detta i kunskapsstyrningen. En sådan utveckling krävs för att mer systematiskt kunna styra mot en mer jämlik vård efter behov, liksom för att kunna följa upp om tillgängligheten är jämlik och om patienter med jämförbara behov i olika delar av landet har tillgång till vård på lika villkor.

- **Fortsätt att stödja utvecklingen av den nationella väntetidsdatabasen men ställ krav på kvalitetsförbättring**

Vårdgarantin är författningsreglerad och utgör en bred tillgänglighetsförsäkring för befolkningen. Därför är det nödvändigt att staten har tillgång till väntetidsstatistiken samt inflytande över hur den förs och med vilket innehåll. Den nationella väntetidsdatabasen är i dagsläget den främsta källan till nationell uppföljning av väntetider. Databasen har förbättrats kontinuerligt, men det finns fortfarande behov av utveckling för att statistiken ska bli mer tillförlitlig och relevant ur ett patientperspektiv. Regeringen bör fortsätta att stödja väntetidsdatabasen, men också ställa krav på utveckling och kvalitetsförbättringar för att öka statistikens relevans och tillförlitlighet.

De utvecklingspunkter som vi beskrev i rekommendationerna i vår tidigare uppföljning av vårdgarantin (Vårdanalys 2015a) kvarstår i stor utsträckning. Det handlar bland annat om att klargöra täckningsgraden, att stärka kraven på privata vårdgivare att rapportera och att få alla landsting att rapportera detaljerad data. I arbetet med den här rapporten har vi också sett att hanteringen av patientvald väntan kan behövas analyseras vidare. Det har dessutom framkommit ytterligare utvecklingsbehov hos primärvårdsmätningarna. Vissa patienter som tar kontakt med primärvården för att få ett besök exkluderas, vilket i praktiken innebär en dålig tillgänglighet för patienterna även om det inte visas i väntetidsstatistiken. Bland annat exkluderas patienter som har önskemål om att träffa en viss läkare och patienter som går på drop-in men inte får något besök. Dessutom exkluderas patienter som inte får någon tid på vårdcentraler där man endast kan boka besök samma dag eller med mycket kort framförhållning och patienter som ombeds att vända sig till någon annan vårdcentral för att det inte finns några lediga tider.

Samtidigt har väntetidsdatabasen tagit flera viktiga utvecklingssteg. Primärvårdsmätningarna har förbättrats genom att ett antal landsting nu rapporterar information om läkarbesök kontinuerligt, i stället för endast under två kortare perioder per år. Som en del av en överenskommelse mellan regeringen och SKL har landstingen och SKL tagit fram en modell för utökad uppföljning av primärvården. Modellen inkluderar ny information, bland annat diagnoskod, information om bokningen och medicinskt måldatum. Men för att kunna nyttja informationen för analyser behöver alla landsting ansluta sig och insamlingen behöver kvalitetssäkras.

Uppföljningen av väntetiderna bör utformas så att den bättre speglar tillgängligheten ur patienternas perspektiv. Det är också viktigt att säkerställa att det går att följa utvecklingen över tid i väntetidsdatabasen, det vill säga att det inte görs förändringar i mätningarna som innebär att det inte går att jämföra väntetiderna tillbaka i tiden.

Insatserna för väntetidsdatabasens utveckling bör vägas mot Socialstyrelsens utvecklingsarbete att inkludera och följa väntetiderna genom patientregistret (se ovan).

► *Regeringen bör överväga att utöka tillsynen av vårdgarantins efterlevnad och det systematiska tillgänglighetsarbetet*

Trots att landstingen är skyldiga att ge patienter vård inom vårdgarantins tidsgränser, och trots att alltför långa väntetider kan få allvarliga konsekvenser för patienter och anhöriga, har landstingen inte kommit tillräätta med den bristande efterlevnaden av vårdgarantin. Vi rekommenderar därför att regeringen överväger att stärka resurserna för IVO att genomföra tillsyn av hur landstingen lever upp till bestämmelserna om vårdgarantin, att vården ska vara lätt tillgänglig och att den ska ges efter behov samt att de arbetar med detta på ett systematiskt sätt.

IVO har ett ansvar att utöva en systematisk tillsyn över hälso- och sjukvården. Syftet är att granska att befolkningen får vård och omsorg som är säker, har god kvalitet och bedrivs i enhetlighet med lagar och andra föreskrifter. En utökad tillsyn av vårdens tillgänglighet, efterlevnaden av vårdgarantin och det systematiska kvalitetsarbetet vad gäller tillgänglighet och vård efter behov kan stärka ansvarsutkrävandet av landstingen och ge en tydlig signal till landstingen om vikten av att prioritera tillgänglighetsfrågan.



► *Regeringen bör överväga att se över vårdgarantins innehåll och komplettera den med andra insatser*

Vårdgarantin omfattar inte tidsgränser för alla delar av vårdkedjan och den omfattar inte heller andra aspekter av tillgänglighet än just väntetider. Till exempel kan väntetiderna till utredning och diagnostisering, som inte omfattas av vårdgarantin, vara långa även om väntetiderna till besök eller beslutad behandling inte är det. Relevansen av tidsgränserna i vårdgarantin skiljer sig också åt mellan patienter med olika diagnoser – för vissa patienter är en väntetid på 90 dagar till behandling alldeles för lång vilket gör att garantin inte fyller någon funktion i praktiken. Även om landstingen lever upp till vårdgarantin kan tillgängligheten alltså vara dålig ur patienternas perspektiv. Målet bör vara att åstadkomma en styrning som samlat avspeglar tillgänglighet ur patienters och befolkningens perspektiv.

För att styra vården mot en bättre tillgänglighet ur patienters och befolkningens perspektiv rekommenderar vi att regeringen ser över vårdgarantins innehåll och överväger att komplettera den med andra insatser. Det fortsatta tillgänglighetsarbetet bör inte enbart kretsa kring de fyra delar av vårdkedjan som ingår i dagens vårdgaranti, utan styrmedlen bör också inkludera fler delar av vårdkedjan och andra tillgänglighetsaspekter. Vi rekommenderar också regeringen att överväga om väntetiderna till vård för mer brådskande behov kan bli föremål för en tydligare statlig styrning.

Patientkontrakt och standardiserade vårdförlopp är exempel på andra styrformer som skulle kunna bidra till förbättringar i samordningen och väntetiderna i en vårdkedja. Att utforma nationella och tydligare tillgänglighetskrav på primärvården skulle också kunna vara ett sätt att öka tillgängligheten till primärvården. Det skulle till exempel kunna gälla ansvaret för en primärvårdsenhet som inte kan boka in en tid för en patient att boka denne någon annanstans. Sådana krav på tillgänglighet skulle kunna ingå i ett nationellt primärvårdsuppdrag, vilket utreds just nu inom utredningen *Samordnad utveckling för god och nära vård* (dir 2017:24).





## Referenser

- Aftonbladet (2016). *Sverige har längsta vårdköerna i Europa*. [www.aftonbladet.se/debatt/article22132580.ab](http://www.aftonbladet.se/debatt/article22132580.ab) [Besökt: 2017-06-16]
- Borowitz, M., Moran, V. och Siciliani, L. (2013). Waiting times for health care: A conceptual framework. I Siciliani, L., Borowitz, M. och Moran, V. (red.) *Waiting time policies in the health sector: What works?* OECD Health Policy Studies. OECD Publishing.
- Centre for Spatial Economics (2006). *The Economic Costs of Wait Times in Canada. June 2006*. Milton, Kanada: The Centre for Spatial Economics.
- Dagens Medicin (2015). *Fortsatt lång väntetid på cancervård*. [www.dagensmedicin.se/artiklar/2015/12/15/fortsatt-lang-vantetid-pa-cancervard/](http://www.dagensmedicin.se/artiklar/2015/12/15/fortsatt-lang-vantetid-pa-cancervard/) [Besökt: 2017-06-16]
- Dagens Medicin (2017). *Köer ökar till specialistvården*. Nr 24-25, 14 juni 2017, s. 4-5.
- Dagens Samhälle (2017). *Köerna växer inom specialistvården*. Nr 18, 11 maj 2017, s. 27.
- DN – Dagens Nyheter (2016a). *Ministern oroas av utvecklingen*. [www.dn.se/nyheter/sverige/ministern-oroas-av-utvecklingen/](http://www.dn.se/nyheter/sverige/ministern-oroas-av-utvecklingen/) [Besökt: 2017-06-16]
- DN – Dagens Nyheter (2016b). *Miljardbidraget drogs in – nu växer köerna igen*. [www.dn.se/nyheter/sverige/miljardbidraget-drogs-in-nu-vaxer-koerna-igen/](http://www.dn.se/nyheter/sverige/miljardbidraget-drogs-in-nu-vaxer-koerna-igen/) [Besökt: 2017-06-16]
- Ds 2016:29. *Privata sjukvårdsförsäkringar inom offentligt finansierad hälso- och sjukvård*. Stockholm: Regeringskansliet.
- Jensen A.R., Nellesmann, H. M. och Overgaard, J. (2007). Tumor progression in waiting time for radiotherapy in head and neck cancer. *Radiotherapy and Oncology*, vol. 84 nr. 1 s. 5–10.

- Larsen M.B., Hansen, R. P., Hansen, D. G., m. fl. (2013). Secondary care intervals before and after the introduction of urgent referral guidelines for suspected cancer in Denmark: comparative before-after study. *BMC Health Services Research*, 13:348.
- Levesque, J.F., Harris, M.F. och Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: Conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, 12(18).
- Läkartidningen (2016). *Vårdköerna växer igen*. [www.lakartidningen.se/Aktuellt/Nyheter/2016/06/Vardkoerna-vaxer-igen/](http://www.lakartidningen.se/Aktuellt/Nyheter/2016/06/Vardkoerna-vaxer-igen/) [Besökt: 2017-06-16]
- RCC – Regionala cancercentrum i samverkan (2017). *Arbetet med standardiserade vårdförlopp ger resultat*. Pressmeddelande 12 april 2017. [www.cancercentrum.se/samverkan/om-oss/press-och-information/press/](http://www.cancercentrum.se/samverkan/om-oss/press-och-information/press/) [Besökt: 2017-09-12]
- Siciliani, L. och Hurst, J. (2005). Tackling excessive waiting times for elective surgery: A comparative analysis of policies in 12 OECD countries. *Health Policy*, 72(2), s. 201-15.
- Siciliani, L., Borowitz, M. och Moran, V. (red.) (2013). *Waiting time policies in the health sector: What works?* OECD Health Policy Studies. OECD Publishing.
- Sjukhusläkaren (2016). *Tema: Rätten att få vård i rimlig tid*. Nr 4/2016, s. 6-31.
- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2013). *Anvisningar för den planerade specialiserade vårdens rapportering*. Version 3.4 augusti 2013.
- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2014). *Riktlinjer för avvikelseregistrering inför rapportering till den nationella väntetidsdatabasen*. Version 1.2 2014-08-04.
- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2015). Nationell patientenkät 2015 - primärvård. <https://patientenkät.se/sv/resultat/ta-del-av-resultat/> [Besökt: 2017-06-19]
- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2016a). Nationell patientenkät 2016 – specialiserad sjukhusvård öppenvård. <https://patientenkät.se/sv/resultat/specialiserad-sjukhusvard-oppen-2016/> [Besökt: 2017-06-19]
- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2016b). *Anvisningar för rapportering av bakgrundsinformation, telefontillgänglighet samt väntetid till läkarbesök vid allmänläkarmottagning vid vårdcentralen/motsv*. Anvisningsdokument från SKL om uppföljning av vårdgaranti i primärvården. Version 2016 mars.

- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2017). Vad mäts och visas på webbplatsen – specialiserad vård. [www.vantetider.se/veta-mer/Vad-mats-och-visas/Primarvard/](http://www.vantetider.se/veta-mer/Vad-mats-och-visas/Primarvard/) [Besökt: 2017-09-01]
- Socialdepartementet (2015). Godkännande av en överenskommelse om kortare väntetider i cancervården. Utdrag ur protokoll (S2015/470/FS). Se även [www.regeringen.se/overenskommelser-och-avtal/2015/03/s2015470fs/](http://www.regeringen.se/overenskommelser-och-avtal/2015/03/s2015470fs/) och [www.regeringen.se/regeringens-politik/sjukvard/satsning-pa-kortare-vantetider-inom-cancervarden/](http://www.regeringen.se/regeringens-politik/sjukvard/satsning-pa-kortare-vantetider-inom-cancervarden/) [Besökt 2017-08-29]
- Socialdepartementet (2017). Ansökan avseende försöksverksamhet för patientkontakt. Regeringsbeslut (S2017/02482/FS). Se även [www.regeringen.se/artiklar/2017/05/patientkontrakt/](http://www.regeringen.se/artiklar/2017/05/patientkontrakt/) [Besökt: 2017-06-19]
- Socialdepartementet 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).
- Socialdepartementet och SKL (2015). Tillgänglighet och samordning för en mer patientcentrerad vård. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting. Tillgänglig på [www.regeringen.se/pressmeddelanden/2015/04/en-miljard-for-utveckling-av-samordning-och-tillganglighet-i-varden/](http://www.regeringen.se/pressmeddelanden/2015/04/en-miljard-for-utveckling-av-samordning-och-tillganglighet-i-varden/) [Besökt: 2017-06-19]
- 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.
- Socialstyrelsen (2015). *Väntetider i cancervården – Rapport december 2015*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2016). *Standardiserade vårdförlopp i cancervården - Lägesrapport 2016*. Stockholm: Socialstyrelsen. Tillgänglig online: [www.socialstyrelsen.se/publikationer2016/2016-11-5](http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2016/2016-11-5) [Besökt: 2017-09-11]
- Socialstyrelsen (2017a). *Väntetider och patientflöden på akutmottagningar. Rapport februari 2017*. Stockholm: Socialstyrelsen.

- Socialstyrelsen (2017b). *Väntetid, kontinuitet och samordning vid vissa kroniska sjukdomar. Metoder, resultat och utmaningar. Rapport februari 2017*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOU 2016:2 *Effektiv vård*.
- SOU 2017:48 *Kunskapsbaserad och jämlik vård - Förutsättningar för en lärande hälso- och sjukvård*.
- SOU 2017:53 *God och nära vård. En gemensam färdplan och målbild*.
- SvD – Svenska Dagbladet (2016). *Längst väntetider i landet och flest komplikationer*. [www.svd.se/flest-komplikationer-och-farre-hjartoperationer-pa-karolinska](http://www.svd.se/flest-komplikationer-och-farre-hjartoperationer-pa-karolinska) [Besökt: 2017-06-19]
- Sveriges Radio (2017). *Långa väntetider för behandling av prostatacancer*. <http://sverigesradio.se/sida/artikel.aspx?programid=83&artikel=6759765> [Besökt: 2017-08-31]
- SVT – Sveriges television (2014). *Stora skillnader i väntetid inom cancervården* [www.svt.se/nyheter/nyhetstecken/stora-skillnader-i-vantetid-inom-cancervarden](http://www.svt.se/nyheter/nyhetstecken/stora-skillnader-i-vantetid-inom-cancervarden)? [Besökt: 2017-06-16]
- SVT – Sveriges television (2016). *Stor skillnad på väntetider inom vården* [www.svt.se/nyheter/lokalt/vast/stor-skillnad-pa-vantetider-inom-var-den](http://www.svt.se/nyheter/lokalt/vast/stor-skillnad-pa-vantetider-inom-var-den) [Besökt: 2017-06-16]
- SVT – Sveriges television (2017). *För långa väntetider i vården – Region Uppsala får kritik i ny rapport* [www.svt.se/nyheter/lokalt/upsala/for-langa-vantetider-i-var-den](http://www.svt.se/nyheter/lokalt/upsala/for-langa-vantetider-i-var-den) [Besökt: 2017-06-16]
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2014a). *Låt den rätte komma in. Hur har tillgängligheten påverkats av apoteksomregleringen, vårdualet samt vårdgarantin och Kömiljarden?* (rapport 2014:3). Stockholm: Vårdanalys.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2014c). *Stärkt dialog för ökad utvecklingskraft - Förslag om en utvecklad hälso- och sjukvårdsdialog mellan Socialdepartementet och landstingen* (rapport 2014:10). Stockholm: Vårdanalys.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2015a). *Varierande väntan på vård. Analys och uppföljning av den nationella vårdgarantin* (2015:5). Stockholm: Vårdanalys.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2015b). *Patientlagen i praktiken – en baslinjemätning* (2015:1). Stockholm: Vårdanalys.

- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2016). *Vården ur befolkningens perspektiv 2016 – en jämförelse mellan Sverige och tio andra länder* (PM 2016:5). Stockholm: Vårdanalys.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2017a). *En primär angelägenhet. Kunskapsunderlag för en stärkt primärvård med patienten i centrum* (rapport 2017:3). Stockholm: Vårdanalys.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2017b). *Lag utan genomslag. Utvärdering av patientlagen 2014–2017* (rapport 2017:2). Stockholm: Vårdanalys.







## BILAGA 1 – PATIENTVALD VÄNTAN: RESULTAT FÖR VÅRDGARANTINS EFTERLEVNAD MED OCH UTAN PATIENTVALT VÄNTANDE

Nedan redovisas hur resultaten för vårdgarantins efterlevnad påverkas av om de som rapporterats som patientvalt väntande inkluderas eller inte.

**Tabell 11.** Andel genomförda läkarbesök i primärvården (%) inom 7 dagar, inklusive och exklusive patientvald väntan, 2009–2016.

	Inklusive patientvald väntan	Exklusive patientvald väntan	Skillnad (procentenheter)
2009	86,6	91,4	4,8
2010	87,0	92,1	5,2
2011	87,2	93,2	6,0
2012	86,5	92,9	6,5
2013	86,5	93,0	6,5
2014	85,1	91,8	6,8
2015	84,4	90,2	5,8
2016	83,5	89,5	6,0

**Tabell 12.** Andel genomförda nybesök inom den specialiserade vården inom 90 dagar (%) och andel patienter som väntat högst 90 dagar (%), inklusive och exklusive patientvald väntan, 2012–2016.

	Beräknat utifrån genomförda			Beräknat utifrån väntande		
	Inklusive patientvald väntan	Exklusive patientvald väntan	Skillnad (procent-enheter)	Inklusive patientvald väntan	Exklusive patientvald väntan	Skillnad (procent-enheter)
2012	89,6	91,1	1,5	87,5	89,3	1,8
2013	89,2	90,8	1,6	86,4	88,6	2,2
2014	88,2	89,8	1,6	84,4	86,4	2,0
2015	87,2	88,8	1,6	80,9	82,8	2,0
2016	85,5	87,0	1,5	76,9	78,8	1,9

**Tabell 13.** Andel genomförda operationer inom 90 dagar (%) och andel patienter som väntat högst 90 dagar (%), inklusive och exklusive patientvald väntan, 2012–2016.

	Beräknat utifrån genomförda			Beräknat utifrån väntande		
	Inklusive patientvald väntan	Exklusive patientvald väntan	Skillnad (procent-enheter)	Inklusive patientvald väntan	Exklusive patientvald väntan	Skillnad (procent-enheter)
2012	82,9	86,0	3,1	82,1	85,5	3,5
2013	86,1	88,8	2,7	82,4	86,0	3,6
2014	85,9	88,6	2,6	81,1	84,6	3,5
2015	83,2	85,8	2,6	75,7	79,1	3,3
2016	81,0	83,4	2,4	70,9	74,1	3,1

## BILAGA 2 – DEKOMPONERING AV FÖRÄNDRING I EFTERLEVAD ÖVER TID

I kapitel 3 redovisar vi resultat från en beräkning av respektive landstings och vårdområdes bidrag till försämringen i vårdgarantins efterlevnad för riket som helhet. Det har vi gjort med en dekomponeringsmetod som beskrivs i denna bilaga. Vi presenterar också mer detaljerade resultat.

### Dekomponeringsmetod

Låt  $y_{it}$  beteckna vårdgarantins efterlevnad i landsting (eller vårdområde)  $i$  av totalt  $N$  stycken under år  $t$  och låt  $v_{it}$  vara en andelsvikt enligt följande:

$$v_i = \frac{\text{antal patienter}_i}{\sum_i^N (\text{antal patienter}_i)}$$

Efterlevnaden av vårdgarantin för riket som helhet ett visst år är då summan av den andelsvikade efterlevnaden på regional nivå (eller vårdområdesnivå) enligt  $\bar{y} = \sum_i^N v_i y_i$ . Vi är intresserade av hur efterlevnaden förändras över tid, det vill säga  $\Delta Y = \bar{y}_{2016} - \bar{y}_{2012}$ , vilket kan skrivas som

$$(1) \quad \Delta Y = \sum_{i=1}^N v_{i2016} y_{i2016} - \sum_{i=1}^N v_{i2012} y_{i2012}$$

Förändringen över tid beror både på landstingens (eller vårdområdenas) efterlevnad ( $y$ ) och relativa patientantal ( $v$ ). Vad vi söker är ett sätt att fånga varje landstings bidrag till den totala förändringen i vårdgarantins efterlevnad för riket som helhet samt hur stor del av bidraget som beror på förändring i efterlevnad och förändring i relativt patientantal. För att åtskaka detta förlänger vi (1) med noll enligt

$$(2) \quad \Delta Y = \sum_{i=1}^N v_{i2016} y_{i2016} - \sum_{i=1}^N v_{i2012} y_{i2012} + \sum_{i=1}^N v_{i2012} y_{i2016} - \sum_{i=1}^N v_{i2012} y_{i2016} + \sum_{i=1}^N v_{i2016} y_{i2012} - \sum_{i=1}^N v_{i2016} y_{i2012}$$

Vi samlar sedan termerna i (2) ovan enligt

$$(3) \quad \Delta Y = \underbrace{\sum_{i=1}^N (y_{i2016} - y_{i2012}) \left( \frac{v_{i2016} + v_{i2012}}{2} \right)}_{\text{inomregional effekt}} + \underbrace{\sum_{i=1}^N (v_{i2016} - v_{i2012}) \left( \frac{y_{i2016} + y_{i2012}}{2} \right)}_{\text{mellanregional effekt}}$$

vilket mer koncist kan skrivas som

$$(4) \quad \Delta Y = \Delta y \bar{v} + \Delta v \bar{y}$$

Förändringen för riket som helhet är uppdelad i en del som beror på förändring i efterlevnad  $\Delta y$  (viktat med den genomsnittliga andelsvikten för det aktuella landstinget eller vårdområdet,  $\bar{v}$ ) och en del som beror på förändring i patientandel  $\Delta v$  (viktat med den genomsnittliga efterlevnaden för det aktuella landstinget eller vårdområdet,  $\bar{y}$ ). Den första effekten härrör från en förändring inom ett visst  $i$ , vi refererar därför till detta bidrag som inomregional effekt (eller inomvårdområdeseffekt), och den andra effekten härrör från en förändring som uppkommer mellan regioner (eller vårdområden), varför vi benämner det här bidraget mellanregional effekt (eller mellanvårdområdeseffekt). Summan av den inomregionala och mellanregionala effekten utgör den totala effekten, det vill säga ett enskilt landstings (eller vårdområdes) bidrag till den nationella förändringen.

Antag att  $y_{i2016} = y_{i2012} = a$  för varje  $i$  där  $a$  är en konstant enligt  $0 \leq a \leq 1$ . I det här fallet kommer den inomregionala effekten vara noll för varje landsting. Antag vidare att antalet behandlade patienter i vissa landsting ökar relativt andra landsting så att  $v_{i2016} - v_{i2012} \neq 0$  för varje  $i$ . Den mellanregionala effekten kommer då vara positiv för de landsting vars relativa patientantal ökar medan den kommer vara negativ för de landsting vars relativa patientantal minskar. Att den mellanregionala effekten är positiv för de landsting vars relativa patientantal ökar beror helt enkelt på att dessa landsting kommer förklara en större del av den nationella nivån i efterlevnad 2016 jämfört med under 2012 eftersom  $v_{i2016} > v_{i2012}$  i  $\sum_{i=1}^N v_{i2016} y_{i2016} - \sum_{i=1}^N v_{i2012} y_{i2012}$ . Notera att även om den mellanregionala effekten är skild från noll för varje enskilt landsting så kommer den mellanregionala effekten i det här fallet summerna till noll över landstingen. Det beror på att det inte uppstår någon förbättrad eller försämrade efterlevnad till följd av omfördelningen av relativt patientantal mellan landsting, eftersom vi antagit att alla regioner har samma nivå av efterlevnad under de båda perioderna. Summan av de mellanregionala effekterna kommer vara skild från noll först när det sker en omfördelning av patienter mellan landsting som resulterar i en förbättrad efterlevnad på nationell nivå på grund av att landsting med högre efterlevnad får en högre vikt nationellt. Exempelvis sker detta när en patient flyttar från ett landsting med låg efterlevnad till ett landsting med hög efterlevnad.

Den mellanregionala effekten kan således delas upp i två delar:

1. den del av effekten av omfördelningen som resulterar i ett nollsummespel på nationell nivå, det vill säga den del av omfördelningen som varken

förbättrar eller försämrar efterlevnaden på nationell nivå utan som endast omfördelar det relativa patientantalet mellan landsting

2. den del av effekten av omfördelningen som leder till en nettoeffekt skild från noll på nationell nivå, det vill säga när omfördelningen resulterar i förbättrad eller försämrad efterlevnad på grund av att det relativa patientantalet omfördelas över skilda nivåer av efterlevnad

För att hitta de två effekterna noterar vi att

$$(5) \sum_{i=1}^N (v_{i2016} - v_{i2012}) \left( \frac{y_{i2016} + y_{i2012}}{2} \right) = \sum_{i=1}^N ((v_{i2016} - v_{i2012}) \left( \frac{y_{i2016} + y_{i2012}}{2} - \bar{Y} \right))$$

där  $\bar{Y} = \sum_{i=1}^N \frac{y_{i2016} + y_{i2012}}{2}$  eftersom

$$(6) \sum_{i=1}^N ((v_{i2016} - v_{i2012}) \left( \frac{y_{i2016} + y_{i2012}}{2} - \bar{Y} \right)) = \sum_{i=1}^N ((v_{i2016} - v_{i2012}) \frac{y_{i2016} + y_{i2012}}{2}) - \sum_{i=1}^N ((v_{i2016} - v_{i2012}) \bar{Y})$$

där

$$(7) \sum_{i=1}^N ((v_{i2016} - v_{i2012}) \bar{Y}) = \bar{Y} \sum_{i=1}^N (v_{i2016} - v_{i2012}) = \bar{Y} \cdot 0 = 0$$

Det andra steget där  $\bar{Y}$  tas ur summationstecknet följer av att  $\bar{Y}$  är en konstant i förhållande till  $i$ . Vi använder sedan det faktum att  $\sum_{i=1}^N (v_{i2016} - v_{i2012}) = 0$  då regionsvikterna måste summera till ett vardera år. Som enkelt noteras kan vi använda godtycklig konstant istället för  $\bar{Y}$  i (7).  $\bar{Y}$  faller dock ut som det naturliga valet då det motsvarar summan av vikterna för de mellanregionala effekterna.

Vi kan nu erhålla de två delarna av den mellanregionala effekten för varje  $i$  på följande sätt:

$$(8) (v_{i2016} - v_{i2012}) \frac{y_{i2016} + y_{i2012}}{2} - (v_{i2016} - v_{i2012}) \bar{Y} = (v_{i2016} - v_{i2012}) (\bar{Y} - \bar{Y})$$

$$(9) (v_{i2016} - v_{i2012}) \frac{y_{i2016} + y_{i2012}}{2} - ((v_{i2016} - v_{i2012}) \frac{y_{i2016} + y_{i2012}}{2} - (v_{i2016} - v_{i2012}) \bar{Y}) = (v_{i2016} - v_{i2012}) \bar{Y}$$

där (8) anger storleken och riktningen på landsting  $i$ :s (netto)bidrag till nationell förbättring eller försämring i efterlevnad till följd av förändring i relativ patientandel där landstingets avvikelser från genomsnittlig nationell

efterlevnad tas i beaktande. (9) anger istället den del av effekten av omfördelning av patienter mellan landsting som inte påverkar förändring i nationell efterlevnad. Naturligtvis summerar de två komponenterna till den mellanregionala effekten, det vill säga

$$(10) (v_{i2016} - v_{i2012})(\bar{y} - \bar{Y}) + (v_{i2016} - v_{i2012})\bar{Y} = (v_{i2016} - v_{i2012})\bar{y}$$

Förändring över tid kan dekomponeras på flera sätt och olika metoder kan ge olika resultat. Vi valde den metod som presenteras ovan för att den är förhållandevis enkel och ger intuitiva delkomponenter som är förhållandevis lätta att förstå.

## Utvidgade resultattabeller

Tabell 14. Regional dekomponering av förändring i vårdgarantis efterlevnad för nybesök inom den specialiserade vården – utvidgad tabell.

Landsing	Δ vårdgarantis efterlevnad x vikt(andel)				Δ andel x vikt(efterlevnad) = mellanregional effekt				inomregional effekt + mellanregional effekt = total effekt	
	Δ vårdgarantis efterlevnad = inomregional effekt		% av total inomregional effekt		vikt (efterlevnad)		mellanregional effekt			
	Δ vårdgarantis efterlevnad	vikt(andel)	inomregional effekt	% av total inomregional effekt	Δ andel	vikt (efterlevnad)	omfördelning	varav effekt på efterlevnad		
Västra Götaland	-10,8	15,3 %	-1,6	37 %	-1,6	86,8	-1,4	-1,4	0,0	-3,1
Västerbotten	-11,0	3,2 %	-0,4	8 %	-0,8	81,5	-0,7	-0,7	0,0	-1,0
Halland	-5,6	3,0 %	-0,2	4 %	-0,7	92,1	-0,7	-0,6	-0,1	-0,9
Kalmar	-3,8	2,8 %	-0,1	2 %	-0,6	90,7	-0,5	-0,5	0,0	-0,6
Norrbottn	-14,6	2,4 %	-0,4	8 %	-0,3	84,0	-0,2	-0,2	0,0	-0,6
Gävleborg	-2,4	3,6 %	-0,1	2 %	-0,5	85,5	-0,4	-0,4	0,0	-0,5
Uppsala	-4,8	3,5 %	-0,2	4 %	-0,4	78,7	-0,3	-0,3	0,0	-0,5
Värmland	-8,6	2,2 %	-0,2	4 %	-0,3	78,1	-0,3	-0,3	0,0	-0,4
Västernorrland	-12,9	2,0 %	-0,3	6 %	-0,2	78,2	-0,2	-0,2	0,0	-0,4
Örebro	-6,1	3,7 %	-0,2	5 %	-0,2	82,7	-0,2	-0,2	0,0	-0,4
Blekinge	-8,0	1,9 %	-0,2	3 %	-0,1	81,9	-0,1	-0,1	0,0	-0,2
Östergötland	-2,7	4,4 %	-0,1	3 %	-0,1	93,2	-0,1	-0,1	0,0	-0,2
Dalarna	-2,5	2,7 %	-0,1	1 %	-0,1	76,1	-0,1	-0,1	0,0	-0,2
Kronoberg	-7,2	1,9 %	-0,1	3 %	0,1	88,6	0,1	0,1	0,0	-0,1
Gotland	-5,1	0,9 %	0,0	1 %	0,0	93,6	0,0	0,0	0,0	0,0
Västmanland	4,5	2,5 %	0,1	-3 %	-0,1	85,8	-0,1	-0,1	0,0	0,0
Jönköping	-1,7	3,3 %	-0,1	1 %	0,2	91,9	0,1	0,1	0,0	0,1
Sörmland	3,2	3,0 %	0,1	-2 %	0,0	81,9	0,0	0,0	0,0	0,1
Jämtland Härjedalen	-12,7	1,1 %	-0,1	3 %	0,4	76,3	0,3	0,3	0,0	0,2
Skåne	-2,0	15,6 %	-0,3	7 %	0,9	88,7	0,8	0,8	0,0	0,5
Stockholm	-0,4	20,9 %	-0,1	2 %	4,5	93,1	4,2	3,8	0,4	4,1
<b>Riket</b>			<b>-4,5</b>	<b>100 %</b>			<b>0,4</b>	<b>0,0</b>	<b>0,4</b>	<b>-4,1</b>

**Tabell 15.** Vårdområdesdekomponering av förändring i vårdgarantins efterlevnad för nybesök inom den specialiserade vården – utvidgad tabell.

Vårdområde	Δ vårdgarantins efterlevnad x vikt(andel)			Δ andel x vikt(efterlevnad) = mellanvårdområdes effekt					inomvårdområdeseffekt + mellanvårdområdeseffekt = total effekt	
	Δ vårdgarantins efterlevnad	vikt(andel)	inomvårdområdeseffekt	% av total inomvårdområdeseffekt	Δ andel	vikt (efterlevnad)	mellanvårdområdeseffekt	varav omfördelning		effekt på efterlevnad
Ortopedi	-4,7	13,1 %	-0,6	15 %	-0,2	81,4	-0,1	-0,2	0,0	-0,8
Öron-näsa-halssjukvård	-5,8	11,3 %	-0,7	16 %	0,0	90,1	0,0	0,0	0,0	-0,7
Allmän psykiatri	-3,4	3,4 %	-0,1	3 %	-0,6	93,6	-0,6	-0,6	0,0	-0,7
Barn- och ungdomsmedicin	-4,7	5,2 %	-0,2	6 %	-0,4	90,9	-0,4	-0,3	0,0	-0,6
Allmän kirurgi	-3,8	8,7 %	-0,3	8 %	-0,3	86,6	-0,3	-0,3	0,0	-0,6
Handkirurgi	-7,3	1,5 %	-0,1	3 %	-0,4	75,3	-0,3	-0,4	0,1	-0,4
Hjärtsjukvård	-5,3	2,3 %	-0,1	3 %	-0,2	88,7	-0,1	-0,1	0,0	-0,3
Barn- och ungdomspsykiatri	-0,6	2,4 %	0,0	0 %	-0,3	96,7	-0,2	-0,2	0,0	-0,3
Neurologi	-5,7	1,7 %	-0,1	2 %	-0,2	83,0	-0,1	-0,1	0,0	-0,2
Allmän internmedicin	-5,0	1,5 %	-0,1	2 %	-0,2	87,4	-0,1	-0,1	0,0	-0,2
Cancersjukvård	0,0	1,3 %	0,0	0 %	-0,2	99,2	-0,2	-0,2	0,0	-0,2
Mag- och tarmsjukvård	-4,1	0,9 %	0,0	1 %	-0,1	90,5	-0,1	-0,1	0,0	-0,1
Lungsjukvård	-3,1	1,3 %	0,0	1 %	-0,1	86,0	-0,1	-0,1	0,0	-0,1
Allergisjukvård	-18,4	0,5 %	-0,1	2 %	-0,1	76,5	-0,1	-0,1	0,0	-0,1
Kärkirurgi	-2,9	0,9 %	0,0	1 %	-0,1	90,0	-0,1	-0,1	0,0	-0,1
Reumatisk sjukvård	-3,1	1,1 %	0,0	1 %	-0,1	93,6	-0,1	-0,1	0,0	-0,1
Specialiserad smärtmottagning	-10,5	0,6 %	-0,1	2 %	0,0	77,1	0,0	0,0	0,0	-0,1
Plastikkirurgi	-3,3	0,6 %	0,0	1 %	-0,1	80,4	-0,1	-0,1	0,0	-0,1
Kvinnosjukvård	-2,4	11,9 %	-0,3	7 %	0,3	94,2	0,2	0,2	0,0	0,0
Endokrinologi	-3,9	1,0 %	0,0	1 %	0,0	90,6	0,0	0,0	0,0	0,0
Neurokirurgi	-2,4	0,2 %	0,0	0 %	0,0	87,5	0,0	0,0	0,0	0,0
Njurmedicin	-2,3	0,3 %	0,0	0 %	0,0	93,5	0,0	0,0	0,0	0,0
Hematologi	-0,4	0,6 %	0,0	0 %	0,0	97,5	0,0	0,0	0,0	0,0
Urologi	-2,7	3,9 %	-0,1	3 %	0,2	84,7	0,2	0,2	0,0	0,1
Hudsjukvård	-4,2	11,3 %	-0,5	12 %	1,4	88,5	1,2	1,2	0,0	0,8
Ögonsjukvård	-3,1	12,2 %	-0,4	10 %	1,6	81,6	1,3	1,4	-0,1	0,9
<b>Riket</b>			<b>-4,0</b>	<b>100 %</b>			<b>-0,1</b>	<b>0,0 %</b>	<b>-0,1</b>	<b>-4,1 %</b>

**Tabell 16.** Regional dekomponering av förändring i vårdgarantis efterlevnad för operation – utvidgad tabell.

Landsing	Δ vårdgarantis efterlevnad x vikt(andel)			Δ andel x vikt(efterlevnad) = mellanregional effekt			inomregional effekt + mellanregional effekt = total effekt		
	Δ vårdgarantis efterlevnad	vikt(andel)	inomregional effekt	% av total inomregional effekt	Δ andel	vikt (efterlevnad)	mellanregional effekt	varav omfördelning	effekt på efterlevnad
Västra Götaland	-12,2	18,3 %	-2,2	147 %	-2,8	85,7	-2,4	-2,2	-0,2
Skåne	-6,5	14,3 %	-0,9	61 %	-2,0	85,1	-1,7	-1,6	-0,1
Norrbottnen	-15,5	2,9 %	-0,4	30 %	-0,4	80,5	-0,4	-0,4	0,0
Halland	-4,3	4,1 %	-0,2	12 %	-0,3	92,0	-0,3	-0,3	0,0
Jämtland	1,4	1,3 %	0,0	-1 %	-0,5	66,7	-0,3	-0,4	0,1
Västernorrland	-12,6	1,9 %	-0,2	16 %	0,0	76,1	0,0	0,0	0,0
Gävleborg	-6,5	2,7 %	-0,2	12 %	0,0	82,4	0,0	0,0	0,0
Kronoberg	-4,1	2,4 %	-0,1	6 %	0,0	77,1	0,0	0,0	0,0
Västernorrland	-4,2	3,5 %	-0,1	10 %	0,1	71,9	0,0	0,0	0,0
Kalmar	2,2	2,8 %	0,1	-4 %	-0,1	88,7	-0,1	-0,1	0,0
Gotland	-3,1	0,6 %	0,0	1 %	0,1	91,1	0,1	0,1	0,0
Östergötland	3,5	5,0 %	0,2	-11 %	-0,1	88,0	0,0	0,0	0,0
Örebro	-2,6	3,4 %	-0,1	6 %	0,4	72,6	0,3	0,3	0,0
Sörmland	14,5	2,3 %	0,3	-22 %	-0,1	71,9	-0,1	-0,1	0,0
Jönköping	4,5	3,1 %	0,1	-9 %	0,4	88,1	0,3	0,3	0,0
Värmland	-10,4	3,4 %	-0,4	23 %	1,1	79,7	0,9	0,9	0,0
Uppsala	12,4	2,5 %	0,3	-20 %	0,6	75,4	0,5	0,5	0,0
Västmanland	19,9	2,8 %	0,6	-37 %	0,5	73,5	0,4	0,4	0,0
Blekinge	23,7	2,3 %	0,5	-36 %	0,6	79,4	0,5	0,5	0,0
Dalarna	16,4	3,2 %	0,5	-34 %	0,9	72,2	0,6	0,7	-0,1
Stockholm	4,2	17,3 %	0,7	-48 %	1,6	80,1	1,3	1,3	0,0
<b>Riket</b>			<b>-1,5</b>	<b>100 %</b>			<b>-0,4</b>	<b>0,0</b>	<b>-0,4</b>

**Tabell 17.** Vårdområdesdekomponering av förändring i vårdgarantins efterlevnad för operation – utvidgad tabell.

Vårdområde	Δ vårdgarantins efterlevnad x vikt(andel) = inomvårdområdes effekt			Δ andel x vikt(efterlevnad) = mellanvårdområdes effekt			inomvårdområdeseffekt + mellanvårdområdes- effekt = total effekt		
	Δ vårdgarantins efterlevnad	vikt(andel)	inomvårdområdes- områdes- effekt	% av total inomregional effekt	Δ andel	vikt (efterlevnad)	mellanvårdområdes- områdes- effekt	varav omfördelning	effekt på efterlevnad
Öron, näsa och hals inklusive hjälpmedel	- 6,6	19,4 %	-1,3	71 %	-4,6	84,2	- 3,9	- 3,7	-0,2
Ortopedi	- 4,1	18,5 %	-0,8	42 %	-3,6	79,1	-2,8	-2,9	0,0
Handkirurgi	- 8,5	6,0 %	-0,5	28 %	-2,8	81,1	-2,2	-2,2	0,0
Ögon	- 0,2	22,3 %	0,0	2 %	-2,1	82,1	-1,7	-1,7	0,0
Ryggkirurgi	- 0,3	1,9 %	0,0	0 %	-0,7	76,9	- 0,5	-0,6	0,0
Thoraxkirurgi	- 2,7	1,6 %	0,0	2 %	-0,6	87,0	- 0,5	-0,4	0,0
Neurokirurgi	- 9,6	0,7 %	-0,1	4 %	0,5	79,2	0,4	0,4	0,0
Plastikkirurgi	20,6	1,2 %	0,2	-13 %	0,6	56,0	0,3	0,5	-0,1
Hjärtsjukvård	- 0,6	1,8 %	0,0	1 %	1,4	88,3	1,2	1,1	0,1
Kirurgi	2,1	15,9 %	0,3	-19 %	2,5	82,2	2,1	2,0	0,1
Urologi	3,9	4,5 %	0,2	-10 %	4,6	80,4	3,7	3,7	0,0
Gynekologi	2,5	6,2 %	0,2	-9 %	4,7	83,9	3,9	3,8	0,2
<b>Riket</b>			<b>-1,8</b>	<b>100 %</b>			<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>

### BILAGA 3 – INFLÖDE, UTFLÖDE OCH KÖBALANS

I avsnitt 4.2 introducerar vi begreppet *köbalans*. Köbalansen reflekterar förhållandet mellan inflöde och utflöde och beräknas på följande sätt:

$$Köbalans = \frac{Utflöde - Inflöde}{Inflöde}$$

För att kunna beräkna köbalansen krävs alltså information om utflöde och inflöde. Denna information hämtar vi från väntetidsdatabasen.

*Utflödet* motsvarar antalet genomförda nybesök respektive operationer; om det genomförs exempelvis 100 nybesök är det också 100 patienter som får vård och därmed lämnar väntelistan.

*Inflödet* består av antalet patienter som söker och bedöms vara i behov av vård, det vill säga antalet nya patienter i kön. Denna information finns inte direkt angiven i väntetidsdatabasen. Det finns inte information om exempelvis antalet inkomna och accepterade remisser till ett besök hos en specialist eller antal operationsanmälningar. För att beräkna inflödet använder vi information om antalet väntande och genomförda nybesök eller operationer på följande sätt:

Inflöde månad 2 =

Antal väntande i slutet av månad 2

- Antal väntande i slutet av månad 1

+ Antal genomförda nybesök respektive operationer månad 2

Ett exempel för att illustrera (motsvarande situation 1 i figur 5 i kapitel 2):

Antal patienter på väntelistan i slutet av månad 2: 31 stycken

Antal patienter på väntelistan i slutet av månad 1: 30 stycken

Antal genomförda behandlingar under månad 2: 17 stycken

Inflöde = 31 - 30 + 17 = 18

Denna beräkning gör vi för varje enskild verksamhet som finns med i väntetidsdatabasen, per månad. En enskild verksamhet identifieras genom de vårdgivar- och vårdutbudskoder som finns i databasen. Vårdgivarkoderna identifierar vårdgivare, såsom Karolinska universitetssjukhuset, Angeredes närsjukhus, Länssjukhuset Ryhov och så vidare. Vårdutbudskoderna identifierar vårdutbud, såsom allergisjukvård, reumatisk sjukvård och så vidare för nybesök, samt de olika operationerna och åtgärderna för operation. En verksamhet består alltså av varje kombination av vårdgivare och vårdutbud.

Beräkningen kräver att det finns information om antalet väntande både månad 1 och 2 samt antal genomförda nybesök eller operationer. Saknas något av detta ingår inte informationen från den verksamheten för den specifika månaden.

Landstingets inflöde ett visst år är summan av landstingets alla verksamheters inflöde för årets alla månader. Rikets inflöde ett visst år är summan av samtliga verksamheters inflöde för årets alla månader.

Direkt information om inflödet, såsom antalet inkomna och accepterade remisser eller antal operationsanmälningar, finns alltså inte i väntetidsdatabasen, utan vi beräknar ett mått utifrån tillgänglig information om antalet väntande och antalet genomförda nybesök och operationer. Detta ger en uppskattning av inflödet, men överensstämmer inte nödvändigtvis med det verkliga inflödet. Vi har ingen information om patienter som av någon anledning har tagits bort från kön, till exempel för att de fått vård någon annanstans, blir återremitterade eller inte längre är i behov av vård. Sådana patienter blir en del av vårt beräknade inflöde. Inflödet kan således också bero på hanteringen av väntelistan. En ökning i inflödet kan bero på att färre patienter tas bort från listan, och en minskning i inflödet kan bero på att fler patienter tas bort. Vi har ingen information om hur vanligt det är att patienter behöver tas bort från väntelistorna för att de inte längre är relevanta för vård, men det finns indikationer från samtal med landstingen att detta förekommer, och att det kan variera över tid hur noggrant som sådana patienter plockas bort från listan.

**Tabell 18.** Nybesök inom den specialiserade vården: Inflöde och utflöde per landsting 2013 och 2016 samt förändring däremellan.

	Inflöde			Utlöde		
	2013	2016	Skillnad (%)	2013	2016	Skillnad (%)
Blekinge	31 819	36 036	13,3	31 696	35 837	13,1
Dalarna	51 691	51 512	-0,3	53 226	50 854	-4,5
Gotland	16 238	17 811	9,7	15 960	17 394	9,0
Gävleborg	64 778	65 326	0,8	63 767	63 608	-0,2
Halland	55 706	49 136	-11,8	55 734	50 358	-9,6
Jämtland Härjedalen	18 994	25 506	34,3	18 898	25 240	33,6
Jönköping	56 529	66 709	18,0	56 038	65 631	17,1
Kalmar	51 279	49 069	-4,3	50 970	48 533	-4,8
Kronoberg	34 297	37 788	10,2	33 905	37 564	10,8
Norrbottnen	47 132	47 974	1,8	46 409	44 099	-5,0
Skåne	256 603	302 166	17,8	255 222	304 040	19,1
Stockholm	337 130	437 501	29,8	339 275	444 299	31,0
Sörmland	51 023	57 567	12,8	52 719	57 828	9,7
Uppsala	64 886	63 022	-2,9	64 579	63 138	-2,2
Värmland	39 041	37 833	-3,1	38 782	38 069	-1,8
Västerbotten	63 202	54 470	-13,8	63 742	53 990	-15,3
Västernorrland	38 404	39 026	1,6	37 559	36 722	-2,2
Västmanland	48 132	46 899	-2,6	47 090	46 665	-0,9
Västra Götaland	284 489	282 518	-0,7	276 950	275 203	-0,6
Örebro	63 166	69 253	9,6	61 993	69 035	11,4
Östergötland	74 992	84 523	12,7	76 194	82 669	8,5
<b>Riket</b>	<b>1 749 531</b>	<b>1 921 645</b>	<b>9,8</b>	<b>1 740 708</b>	<b>1 910 776</b>	<b>9,8</b>

**Tabell 19.** Operation: Inflöde och utflöde per landsting 2013 och 2016 samt förändring däremellan.

	Inflöde			Utflöde		
	2013	2016	Skillnad (%)	2013	2016	Skillnad (%)
Blekinge	13 131	16 496	25,6	13 167	16 147	22,6
Dalarna	19 327	22 209	14,9	19 833	22 185	11,9
Gotland	4 224	4 446	5,3	4 420	4 329	-2,1
Gävleborg	18 258	17 071	-6,5	18 197	16 922	-7,0
Halland	23 025	24 146	4,9	23 079	23 650	2,5
Jämtland Härjedalen	11 400	7 202	-36,8	11 113	6 683	-39,9
Jönköping	15 118	20 520	35,7	15 481	20 205	30,5
Kalmar	13 797	16 881	22,4	14 340	16 762	16,9
Kronoberg	14 721	14 631	-0,6	14 552	14 721	1,2
Norrbottnen	14 842	16 074	8,3	14 506	16 528	13,9
Skåne	85 358	79 971	-6,3	84 759	81 118	-4,3
Stockholm	119 661	111 153	-7,1	120 009	112 173	-6,5
Sörmland	12 938	13 896	7,4	13 099	13 569	3,6
Uppsala	14 501	17 316	19,4	15 099	17 374	15,1
Värmland	24 417	25 469	4,3	24 137	24 356	0,9
Västerbotten	25 654	21 920	-14,6	24 582	21 979	-10,6
Västernorrland	12 286	12 383	0,8	11 840	11 656	-1,6
Västmanland	16 057	18 977	18,2	15 933	18 888	18,5
Västra Götaland	111 685	106 610	-4,5	110 056	104 011	-5,5
Örebro	19 927	22 456	12,7	18 764	22 060	17,6
Östergötland	32 539	30 519	-6,2	32 942	30 552	-7,3
<b>Riket</b>	<b>622 866</b>	<b>620 346</b>	<b>-0,4</b>	<b>619 908</b>	<b>615 868</b>	<b>-0,7</b>



# Löftesfri garanti?

## En uppföljning av den nationella vårdgarantin

Vårdanalys har följt upp hur väntetiderna till hälso- och sjukvården har utvecklats de senaste åren och i vilken utsträckning landstingen ger vård till befolkningen inom vårdgarantins tidsgränser. Resultaten visar att allt fler patienter får vänta längre på vård och att skillnaderna mellan landstingen består. Vi ser att landstingen och staten måste arbeta långsiktigt och strukturerat för att förbättra vårdens tillgänglighet, och för att stärka förutsättningarna för en jämlik tillgång till vård.

---

**Myndigheten för vård- och omsorgsanalys** (Vårdanalys) uppgift är att ur ett patient-, brukar- och medborgarperspektiv följa upp och analysera hälso- och sjukvården, tandvården och omsorgen. Vårdanalys har patienternas och brukarnas behov som utgångspunkt i sina analyser. Myndigheten ska också verka för att samhällets resurser används på bästa sätt för att skapa en så god hälsa och patient- och brukarupplevd kvalitet som möjligt. Syftet är att bistå vårderna och omsorgen i att förbättra kvaliteten och effektiviteten – förbättringar som ytterst ska komma patienter, brukare och medborgare till del.

