

Uppföljning av hälso- och sjukvårdens tillgänglighet

Väntetider i akutsjukvården och fyra tematiska analyser, 2019

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

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

Artikelnummer 2019-4-10
Publicerad www.socialstyrelsen.se

Förord

En god tillgänglighet och vård i tid är av central betydelse för den enskilda patientens och för befolkningens tilltro till hälso- och sjukvårdssystemet. Långa väntetider till vård och omsorg har emellertid under många år varit ett svårbemästrat problem. Mot denna bakgrund har det varit en angelägen uppgift för Socialstyrelsen att utifrån olika uppdrag ta sig an problematiken kring tillgänglighet och väntetider i den svenska hälso- och sjukvården.

Denna rapport är en avrapportering av det uppdrag om att utveckla den nationella uppföljningen av hälso- och sjukvårdens tillgänglighet med fokus på väntetider som myndigheten fick i maj 2018. I uppdraget ingick även att göra tematiska mätningar av väntetider inom sjukvårdsområden med särskilt långa väntetider för att utifrån dessa erbjuda huvudmännen stöd i förbättringsarbetet. Uppdraget inkluderar även rapportering av väntetider vid akutmottagningar samt vidareutveckling av det påbörjade arbetet med att följa väntetider enligt principen patientens väg genom vården. I rapporten redovisas en sammanställning av väntetider vid sjukhusens akutmottagningar samt fyra fördjupade studier av tillgänglighet och väntetider ur olika infallsvinklar. Socialstyrelsen redovisar i rapporten även ett förslag på hur den fortsatta uppföljningen av hälso- och sjukvårdens tillgänglighet kan utformas.

Målgrupp för rapporten är utöver regeringen, så väl politiker och tjänstemän, regionledningar i egenskap av verksamhetsledare, som i sitt uppdrag har att leda och utveckla framtidens hälso- och sjukvård.

Socialstyrelsen vill tacka följande personer som på olika sätt bidragit i arbetet. Verksamhetscheferna Tommy Ahlström, Birgitta Barkne Nilsson och Karin Svalgård samt divisionschefen Maria Söderkvist i den tematiska studien av akutsjukvården i Sörmland. Ordförande Gert Grundström, Apnéföreningen samt professor Jan Hedner och docent Ludger Grote, Svenska sömnapnéregistret och Andningssviktregistret samt Ass professor Bengt Midgren, Andningssviktregistret, i studien av obstruktiv sömnapné. Verksamhetsutvecklare Charlotte Eriksson, Controller Kristin Grip, Områdeschef Jennie Liling Ståhl, och Produktionschef Kurt Pettersson, i studien av produktions- och kapacitetsstyrning inom Område Opererande och Onkologi, Region Örebro.

Studien av organisation, styrning och administration av tillgänglighetsarbetet i fyra regioner har genomförts med hjälp av konsultföretaget Sirona. Myndigheten vill också tacka dem som intervjuats eller medverkat i den workshop som genomfördes inom ramen för arbetet.

Rapporten har utarbetats av projektledare Marianne Hanning, i samarbete med utredarna Sevim Barbasso Helmers, Mats Granberg och Patrik Hidefjäll. Statistiker Sofia Collin har medverkat i arbetet. Maria State har varit projektägare och ansvarig enhetschef har varit Björn Nilsson.

Olivia Wigzell
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Strukturer för framtida uppföljning av tillgänglighet	11
Olika aspekter av uppföljning	11
Plan för fortsatt arbete	13
Uppdragets bakgrund	14
Uppdraget	14
Uppdragets genomförande och rapportens innehåll	15
Disposition	17
Aktuell väntetidssituation	18
Väntetider vid akutmottagningar	20
Inledning	20
Resultat	21
Slutsatser	30
Väntetider till akutvård i Sörmland – en systemanalys	32
Inledning	32
Material och metod	32
Hälsa- och sjukvårdens organisation i Region Sörmland	33
Vistelseid vid akutmottagningarna	34
Antal besök på akutmottagningarna	37
Varför har Sörmland så långa väntetider på akuten?	37
Förändringar som kan påverka vänte- och vistelseid på akuten	42
Diskussion och slutsatser	46
Analys av tillgänglighet och väntetider i fyra regioner	49
Inledning	49
Material och metod	49
Fråga	50
Resultat	53
Diskussion och slutsatser	74
Produktions- och kapacitetsplanering för bättre tillgänglighet – Analys inom område Opererande Onkologi i Region Örebro län	78
Inledning	78
Bakgrund	78
Omfattning och avgränsningar	79
Material och metod	80
Resultat och tolkningar	83
Diskussion och reflektion	87

Slutsatser.....	88
Analys av väntetider vid sömnapné och CPAP-behandling	90
Inledning	90
Material och metod	91
Resultat.....	93
Väntetider till utredning och behandling.....	99
Diskussion och slutsatser.....	108
Socialstyrelsens reflektioner och förslag.....	112
Väntetider på akutmottagningar.....	113
Effektivare remisshantering	113
Gemensamma indikationer för ökad jämlikhet	114
Produktions- och kapacitetsplanering – en aktuell fråga.....	114
Uppföljningen av tillgängligheten måste anpassas till vårdens utveckling och nya IT-system.....	115
Referenser	117
Bilaga 1. Metod och material för mätning av vistelse- och väntetider i akutvård.....	123
Bilaga 2. Statistiska mått.....	125
Bilaga 3. Resultattabeller för vistelsetid och tid till läkare	126
Bilaga 4. Intervjuguide	130
Bilaga 5. Uppföljning av vistelse- och väntetider i Sörmland.....	133
Bilaga 6. PoK-värden per klinik.....	135
Bilaga 7. Beräkningstabeller av samband mellan PoK-värden och produktion.....	138
Bilaga 8. Respondenter enkät om apnéverksamheten	140
Bilaga 9. Typremsor inkluderade i enkäten till apnéverksamheterna.....	141
Bilaga 10. Analys av väntetider mellan remiss och diagnos vid utredning av sömnapné.....	142

Sammanfattning

Varför har vissa regioner, verksamheter eller enheter kortare väntetid än andra? Det har varit huvudfrågan för de studier som redovisas i denna rapport. Tillgängligheten till vården är fortfarande ett stort problem i hälso- och sjukvården och många insatser görs för att förbättra situationen. Ledarskap och uthållighet i förändringsarbetet är avgörande för att lyckas. Regionerna har i årtionden på olika sätt kämpat med väntetidsproblematiken och på olika sätt försökt anpassa organisationen till kraven på förbättrad tillgänglighet. Ofta har det varit fråga om särskilda insatser inom begränsade områden och mer sällan har frågan angripits från ett systemperspektiv.

Den studie av fyra regioner som gjorts inom ramen för uppdraget pekar på betydelsen av att ledningen förmår skapa ett gemensamt förhållningssätt till väntetider i hela organisationen är en framgångsfaktor.

Studien visade också att tydliga regelverk och stödfunktioner är viktiga för att omsätta mål och visioner till handling. En sådan stödfunktion är de nationella väntetidsmätningarna, som uppfattades som tillräckliga och tillförlitliga underlag för att följa utvecklingen. För att kunna få ett bättre grepp om sambanden mellan väntetider, resurser och produktion efterfrågade regionerna mer stöd för analyser av de data som samlas in.

Resultat i denna och tidigare publicerade rapporter pekar på att det är av vikt att uppföljning av hälso- och sjukvårdens tillgänglighet breddas till att inkludera fler aspekter än väntetider. Området bör i framtiden omfatta så väl patientperspektivet som systemperspektivet. I denna rapport presenterar Socialstyrelsen ett förslag på hur sådant arbete skulle kunna utformas.

Fyra utvecklingsområden för en mer jämlik och tillgänglig vård

Mot bakgrund av de studier som presenteras i denna rapport samt Socialstyrelsens tidigare arbete med tillgänglighet och väntetider finns ett fortsatt utvecklingsbehov på tre områden:

- Remisser och remiss-ID för fortsatt utveckling av uppföljningen av väntetider och patientens väg genom vården.
- Detta skulle förbättra möjligheterna att följa tillgänglighet, inklusive väntetider, framöver.
- Nationella indikationer för stora patientgrupper.
- Detta för att utjämna praxisskillnader i bedömning och behandling av patienter.
- Produktions- och kapacitetsplanering.
- Regionerna har identifierat produktions- och kapacitetsplanering som en viktig fråga för att förbättra produktiviteten och därigenom förbättra förutsättningarna för att komma tillrätta med tillgänglighetsproblematiken.

Färre opereras inom 90 dagar, men fler får ett första besök hos specialist inom 90 dagar

Under de senaste fem åren har andelen patienter som får vård inom 90 dagar minskat. I december 2018 var det 85 procent av de planerade operationerna som hade genomförts inom vårdgarantins 90 dagar. En något större andel – 90 procent, hade väntat mindre än 90 dagar på det första läkarbesöket, vilket är en liten förbättring i förhållande till föregående år. Det finns betydande säsongsvariationer i andelen patienter som får specialistvård inom vårdgarantins gränser.

Fortsatt långa vistelsetider på akutmottagningarna

Det totala antalet besöken vid landets akutmottagningar har minskat något under perioden juni 2017 – maj 2018, vilket huvudsakligen beror på ett minskat antal besök vid akutsjukhusen i Region Stockholm.

Medianvistelsetiden på akuten låg på motsvarande nivå som vid föregående mätning och hälften av besöken varade mer än tre och en halv timme. Stora mottagningar med över 50 000 besök per år tenderar att ha längre vistelsetider, men skillnaderna är stora mellan sjukhusen. De äldsta patienterna har längre medianvistelsetid. Hälften av besöken bland patienter 80 år och äldre varade i över fyra timmar och var tionde besök varade längre än åtta och en halv timme.

Medianväntetiden till den första läkarbedömningen på akutmottagningarna var 61 minuter vilket är i nivå med föregående mätning. De allra äldsta patienterna (80 år och äldre) har en kortare medianväntetid - 54 minuter - än övriga patienter.

För tio procent av besöken för patienter som är 80 år eller äldre var väntetiden till läkarbedömning tre och en halv timme, vilket är en ökning från föregående mätning.

Sörmlands långa väntetider till akuten har vänt

Region Sörmland har i de nationella mätningarna uppvisat bland de längsta vistelsetiderna vid akutmottagningarna i landet. Under de senaste åren har vistelsetiderna vänt nedåt. Enligt analysen kan detta förklaras av att regionen:

- ökat läkarkompetensen och bemanningen på akutmottagningarna
- kortat väntetider för röntgenundersökning och provtagning
- öppnat upp fler vårdplatser genom ökad bemanning, vilket minskat överbeläggningarna och i snabbare takt tillgängliggör vårdplatser från patienter som skrivs ut från vårdavdelning
- snabbat på utskrivningarna av färdigbehandlade patienter genom förbättrat samarbete med kommunerna.

I syfte att styra om patienter från akutmottagningarna till primärvården har Sörmland ökat tillgängligheten till vårdcentralerna genom att bland annat införa avgiftsfri primärvård. För vissa kronikergrupper har nya behandlingsriktlinjer antagits med tätare kontroller, vilket förväntades minska besöken på akutmottagningen för dessa patienter. Uppföljningen visar dock att ingen av dessa åtgärder har påverkat antalet besök vid akutmottagningarna i någon större skala. Inte heller de digitala vårdtjänster

som etablerats i regionen har visat sig ha någon betydelse för akutbesökens omfattning.

Väntetider en fråga om verksamhetskultur?

Regionerna Kalmar, Skåne, Halland och Västra Götaland har ingått i en jämförande studie av hur en regions samlade agerande när det gäller styrning, organisation och administration kan påverka tillgänglighet och väntetider. Trots olika förutsättningar finns det många likheter i regionernas sätt att arbeta med tillgängligheten.

Analysen visar att Kalmar och Halland har en bättre tillgänglighet. Utifrån de intervjuer som gjorts framgår att verksamhetskultur är en framgångsfaktor i arbetet med att förbättra vårdens tillgänglighet. Båda regionerna har under lång tid haft tydliga tillgänglighetsmål och ett uthålligt förändringsarbete som utgått från såväl den politiska ledningen som ledningsnivån inom verksamheten.

Ytterligare en slutsats från denna studie är att en god tillgänglighet förutsätter att det är en balans mellan behov och kapacitet. Alla fyra regionerna uppgav att de har kapacitetsproblem på grund av brist på läkare och specialistsjuksköterskor.

Produktions- och kapacitetsplanering

Produktions- och kapacitetsstyrning (PoK) inom hälso- och sjukvården har i studier visat sig kunna påverka väntetider. Ett sådant arbete kräver en fördjupad analys av variationer i patientinflödet och hur efterfrågan löpande ska kunna sättas i relation till kapaciteten.

I studien av det påbörjade arbetet med att införa produktions- och kapacitetsplanering i Region Örebro framgår att framsteg gjorts som tillsammans skapar en bättre produktions- och kapacitetsplanering. Den statistiska analys som gjorts visade dock inga signifikanta samband mellan PoK och en ökad produktion och förbättrad tillgänglighet. Mot bakgrund av att PoK kräver omfattande förändringar i såväl arbetsorganisation som underlag för analys och uppföljning är det för tidigt att dra långtgående slutsatser av PoK-arbetets effekter i Region Örebro. PoK-arbetet i Region Örebro län har också skett samtidigt med omfattande organisatoriska ändringar med sammanslagningar av kliniker på tre sjukhus till länsövergripande verksamheter.

Det som hittills främst har uppnåtts med PoK är en bättre kontroll av patientflöden, förbättra dataunderlag och bättre överblick över personalens tidsanvändning vilket ger förutsättningar för bättre uppföljningar och förbättring av processer. Den kulturförändring som PoK-arbetet eftersträvar är ett hos personalen brett förankrat och tydligt ägandeskap över produktionen för att genom ständiga förbättringar och anpassningar av kapaciteten uppfylla produktionsplaner som utgår från befolkningens behov. Därigenom kan också tillgängligheten till vården öka.

Analys av vården vid sömnapné

Omkring 20 procent av männen och cirka 10 procent av kvinnorna i åldrarna mellan 30 och 60 år har obstruktiv sömnapné (OSA). Ett vanligt tecken är dagtrötthet och OSA har kunnat kopplas till såväl olyckor som till hjärt- och

kärlsjukdom, metabol störning och vaskulär dysfunktion. Väntetiderna till utredning och behandling varierar stort mellan olika enheter och regioner och på sina håll är de mycket långa. OSA kan idag behandlas med bland annat bettskena eller med CPAP som är ett mekaniskt andningsstöd.

Med underlag från kvalitetsregister samt en enkät till enheter som utreder och behandlar patienter med sömnapné, har en analys av verksamheten och väntetiderna inom området genomförts. Resultaten pekar på att organisatoriska skillnader och varierande indikationer för utredning påverkar tillgängligheten.

Strukturer för framtida uppföljning av tillgänglighet

Vårdens tillgänglighet är en central fråga för en väl fungerande hälso- och sjukvård. Socialstyrelsen har haft regeringsuppdrag inom området sedan 2009. Uppdragen har haft olika fokus, såsom att utvärdera vårdgaranti och kömiljard, följa upp väntetider i hälso- och sjukvården och att utveckla uppföljningen av tillgängligheten. Tillgänglighet är också en viktig del i andra uppdrag som myndigheten har, exempelvis i uppföljningen av standardiserade vårdförlopp inom cancervården, i utvärderingen av professionsmiljarden och i analysen av hälso- och sjukvårdens kapacitet. Utifrån de systemförändringar som hälso- och sjukvården genomgår och den ökande användningen av digitala vårdtjänster kommer det att finnas ett behov av att lyfta in andra aspekter i analyserna av tillgängligheten. Även tillgängligheten till den kommunala hälso- och sjukvården behöver inkluderas i analyserna då kommunernas ansvar för hälso- och sjukvård blir allt större i och med systemförändringarna.

De regeringsuppdrag som myndigheten fått har bidragit till en ökad kunskap om vilka mekanismer som påverkar hälso- och sjukvårdens tillgänglighet, en kunskap som behöver förvaltas, utvecklas och fördjupas. För att undvika en alltför fragmenterad bild av området behöver Socialstyrelsen arbeta mer sammanhållet och långsiktigt med tillgänglighetsfrågan framöver. I ett nyligen rapporterat regeringsuppdrag om utvecklad nationell uppföljning av hälso- och sjukvården¹ har myndigheten föreslagit fem prioriterade uppföljningsområden för den nationella uppföljningen. Inom varje uppföljningsområde finns även förslag på indikatorer som kan användas för att följa upp hur jämlik vården är inom respektive område, samt en modell för hur analysen av avvikande resultat kan genomföras. Ett av de fem prioriterade uppföljningsområdena är tillgänglighet till hälso- och sjukvård. Genom att inkludera området i modellen för nationell uppföljning säkerställs att såväl indikatorbaserad uppföljning som fördjupade analyser kommer att ske även framöver.

Olika aspekter av uppföljning

Socialstyrelsen har utifrån tidigare uppdrag inom tillgänglighetsområdet identifierat olika moment i den nationella uppföljningen där myndigheten kan bidra med en bra kunskapsgrund och goda förutsättningar till förbättrings- och utvecklingsarbete, samt för ett gemensamt lärande (figur 1).

Förutsättningar för uppföljning

Genom att ge stöd till hälso- och sjukvården avseende bland annat en nationell informationsstruktur, gemensamma termer och begrepp samt

¹ Utveckling av nationell uppföljning av hälso- och sjukvården, Socialstyrelsen, 2019.

kodverk som kan användas i vårdinformationssystem ökar förutsättningarna att generera uppgifter som kan användas såväl vid den lokala som vid den nationella uppföljningen av tillgänglighet.

Tillgång till bra data

Genom utveckling av nationella register, och relevanta indikatorer, ökar möjligheterna till en uppföljning med god kvalitet och tillförlitlighet. Ett exempel på detta är utvecklingen av ett så kallat remiss-ID som möjliggör en säkrare inrapportering av data avseende tiden från att remiss skickas till dess att första läkarbesök i specialiserad vård sker. Denna uppgift skulle kunna ingå i patientregistret och ligga till grund för en förbättrad uppföljning av vårdgarantins mål avseende tid till förstabetesök inom specialiserad vård, men även för målet om operation eller annan åtgärd inom 90 dagar efter förstabetesök inom specialiserad vård. Det skulle dessutom göra det möjligt att med hjälp av patientregistrets diagnosuppgifter analysera tillgängligheten för olika patientgrupper på ett mer ingående sätt än vad som är möjligt idag. De data som samlas in behöver också tillgängliggöras för aktörer som kan ha nytta av uppgifterna, exempelvis för forskning och förbättringsarbete.

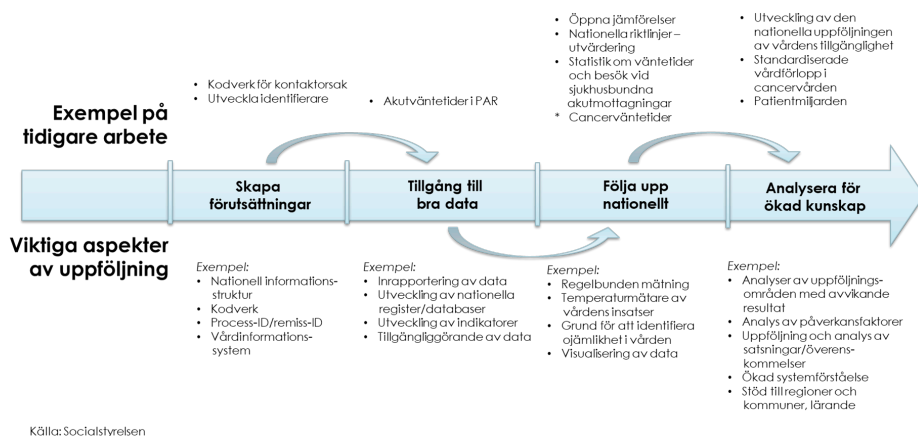
Återkommande uppföljning

Genom regelbunden mätning av relevanta aspekter såsom väntetider till operation eller annan åtgärd inom specialiserad hälso- och sjukvård, vänte- och vistelsetider på akutmottagningar samt andra viktiga indikatorer, nedbrutet på en rad olika grupper, är det möjligt att få en bild av vårdens styrkor och utmaningar. Det blir även möjligt att hitta avvikelser i resultaten som bör analyseras vidare. Det är också av vikt att återkommande mäta viktiga systemaspekter som påverkar tillgängligheten till hälso- och sjukvård, exempelvis kompetensförsörjning. Resultaten av den återkommande nationella uppföljningen behöver också tillgängliggöras och visualiseras på ett sätt som passar olika intressentgrupper.

Fördjupade analyser

Utöver att följa upp och analysera de överenskommelser och satsningar som regeringen gör, identifieras även mönster och aspekter genom den nationella uppföljningen som behöver analyseras vidare. Analyserna är viktiga för att hitta orsaker till avvikelser i resultat och för att kunna föreslå lösningar på problem. De fördjupade analyserna kräver samverkan med berörda regioner och ger även möjlighet till ett gemensamt lärande mellan myndigheten och hälso- och sjukvården. Inom ramen för detta uppdrag har Socialstyrelsen genomfört flera analyser som kan användas som exempel på tillvägagångssätt för framtida arbeten. Genom att arbeta tillsammans med regionerna, och föra en dialog utifrån de regionala förutsättningarna är det möjligt att samla in information som kan vara av betydelse för utformningen av myndighetens stöd till regioner och kommuner.

Figur 1. Olika aspekter av återkommande uppföljning av hälso- och sjukvårdens tillgänglighet



Plan för fortsatt arbete

De moment som beskrivs ovan kräver en sammanhållen och långsiktig planering för att skapa förutsättningar för en förbättrad uppföljning av tillgänglighetsområdet. En sådan plan kan komplettera de mätningar av tillgänglighet som sker inom den nationella uppföljningen och även inkludera andra systemfaktorer som påverkar tillgängligheten till hälso- och sjukvård. Myndigheten arbetar idag med olika uppdrag som har bäring på tillgänglighet. Kunskaper från dessa uppdrag kan utgöra en del av planen. Uppföljningen behöver också breddas till att omfatta mer än väntetider. Faktorer som patienters upplevelser av tillgänglighet, användningen av digitala kontaktvägar till vården, gemensamma överenskommelser mellan patienter och vårdgivare, samt tillgång till personal med kulturell kompetens är exempel på sådant som kan inkluderas. Det är viktigt att spegla tillgängligheten ur såväl patientperspektiv som systemperspektiv då enbart kvantitativa mätningar inte ger en fullständig bild av tillgängligheten till hälso- och sjukvård.

En långsiktig plan kräver att myndigheten ges förutsättningar att i högre grad än idag äga frågan om tillgänglighet till hälso- och sjukvård. Myndigheten behöver även självständigt fokusera på att utveckla metoder och underlag för analyser, samt ges möjlighet att som kunskapsmyndighet stödja hälso- och sjukvården med underlag för förbättringsarbete. För att säkerställa en högkvalitativ nationell uppföljning av tillgängligheten framöver föreslår Socialstyrelsen att ett långsiktigt uppdrag ges till myndigheten. Uppdraget skulle kunna ingå i myndighetens instruktion. Detta skulle innebära att finansiering för uppdraget behöver tillföras myndighetens förvaltningsanslag. Myndigheten har i budgetunderlaget för 2020 – 2022 anhållit om en liknande lösning för arbetet med hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning. Det fortsatta arbetet inom tillgänglighetsområdet bedöms vara av liknande omfattning som arbetet inom kompetensförsörjning.

Uppdragets bakgrund

Bristande tillgänglighet och långa väntetider har länge varit ett problem i svensk hälso- och sjukvård. Området är angeläget inte minst utifrån att bristande tillgänglighet kan leda till att befolkningens förtroende för systemet minskar. Den senaste sammanställningen från hälso- och sjukvårdsbarometern [1] visar dock att förtroendet för vården är fortsatt högt. Åtta av tio tillfrågade anger att de har tillgång till den vård de behöver. Däremot visar sammanställningen att allt färre anser att väntetiderna till besök och behandling är rimliga.

Tillgänglighet är en av fem dimensioner i det ramverk för god vård som Socialstyrelsen använder för att beskriva och utvärdera verksamheten inom hälso- och sjukvård och socialtjänst [2]. Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) (2017:30) föreskriver också att hälso- och sjukvården ska vara *lätt tillgänglig* (5 kap. 1 §). För att ytterligare befästa tillgänglighetens centrala roll i en välfungerande vård skrevs vårdgarantin in som en lagstadgad skyldighet för huvudmännen i HSL den 1 juli 2010.

Uppdraget

Regeringen gav i maj 2018 Socialstyrelsen i uppdrag att utveckla den nationella uppföljningen av hälso- och sjukvårdens tillgänglighet med fokus på väntetider. I uppdraget ingår även att göra tematiska mätningar av väntetider inom sjukdomsområden med särskilt långa väntetider och utifrån dessa erbjuda huvudmännen stöd i förbättringsarbetet. Rapporteringen av väntetider vid akutmottagningar ska fortsätta. Det påbörjade arbetet med att följa väntetider enligt principen patientens väg genom vården ska vidareutvecklas. Vid genomförandet av uppdraget ska Socialstyrelsen samråda med landstingen och regionerna, företrädare för patientorganisationer samt Sveriges Kommuner och Landsting (SKL).

Socialstyrelsen ska fortsätta det påbörjade arbetet med att utveckla väntetidsuppföljningen och följa upp väntetider på andra sätt än via SKL:s väntetidsdatabas. I uppdraget ingår även att göra tematiska uppföljningar av väntetiderna inom hälso- och sjukvården med djupare orsaksanalyser för sjukdomsområden med särskilt långa väntetider.

Socialstyrelsens uppdrag kring uppföljning av tillgängligheten

Socialstyrelsen har sedan 2009 arbetat med att utveckla nationell uppföljning av sjukvårdens tillgänglighet uttryckt i väntetider. Även andra aspekter av tillgänglighet såsom samordning och kontinuitet, avstånd till primärvården och dess öppettider har analyserats [3,4].

Generisk uppföljningsmodell och patientens väg genom vården
I samband med genomförandet av den nationella cancerstrategin 2010, utvecklade Socialstyrelsen en modell för att följa väntetider från remiss till behandling. Modellen var grunden för mätningar inom olika cancerområden under åren 2010 – 2015 [5].

Det långsiktiga målet har varit att denna modell ska vara generisk, det vill säga kunna tillämpas inom all vård. För att modellen ska kunna implementeras krävs en utveckling av informationssystemen som gör det möjligt att koppla samman faktiska vårdhändelser i ett vårdförlopp i syfte att kunna följas upp och analyseras. Därför har det pågått ett arbete vid myndigheten sedan 2015 för att utreda och utveckla förutsättningarna för att följa patientens väg genom vården.

Under 2016 genomfördes ett utvecklingsprojekt i samarbete med flertal landsting och regioner, SKL samt E-hälsomyndigheten med syftet att testa ett individanpassat vårdprocess-id som kopplar samman vårdhändelser. Projektet har ställts inför en rad svårigheter av främst teknisk karaktär men också på grund av komplexiteten i att foga samman regionernas varierande behov av information om patientens väg.

Sammanfattningsvis kan konstateras att det finns fortsatt behov av ett fortsatt utvecklingsarbete med utgångspunkten att följa patientens väg genom vården. Arbetet inkluderar även en fortsättning på det arbete med ett nationellt kodverk för kontaktorsak som påbörjats under 2018 [6].

Uppföljning av väntetider inom akutvården

Inom ramen för Socialstyrelsens arbete med tillgänglighet har årliga väntetidsuppföljningar vid sjukhusens akutmottagningar redovisats sedan 2010. Sedan 2016 bygger uppföljningen av väntetider på akutmottagningar på ett etablerat system med data från patientregistret (PAR). Detta har inneburit utökade möjligheter att följa upp och analysera såväl verksamhet som tillgängligheten vid landets akutmottagningar.

Tillgängligheten inom cancervården följs upp genom standardiserade vårdförlopp

Sedan 2015 har myndigheten, som ett led i införandet av så kallade standardiserade vårdförlopp (SVF) för ett antal cancerformer följt upp väntetiderna inom ramen för uppföljning av implementeringen av SVF [7].

Uppdragets genomförande och rapportens innehåll

Den del av uppdraget som avser rapportering av väntetider vid akutmottagningar redovisas som en sammanställning av väntetiderna vid sjukhusens akutmottagningar perioden juni 2017 – maj 2018. Uppföljningen är en fortsättning på tidigare rapporter för åren 2015 – 2017 [8,9,10].

Någon uppföljning av väntetider inom cancervården har inte gjorts i detta uppdrag då dessa redovisas inom ramen för myndighetens uppdrag att följa implementeringen av Standardiserade vårdförlopp [7]. Myndigheten har inte gjort någon omfattande sammanställning av uppgifter över väntetider som finns i kvalitetsregistren. Däremot har en av de tematiska analyser som

genomförts gjorts i samarbete Svenska sömnapnéregistret (SESAR) och Andningssviktregistret (Swedevox).

Sammantaget har en uppföljning och fyra tematiska analyser ingått i arbetet:

1. Akutväntetider

Socialstyrelsen har sedan 2011 följt upp väntetider vid landets akutmottagningar. Liksom i tidigare mätningar ingår vistelsetiden ”från dörr till dörr” samt tiden från ankomst till första läkarbedömning. Uppgifter till mätningarna har hämtats från patientregistret på Socialstyrelsen.

2. Väntetider till akut vård i Sörmland – en systemanalys

Utöver de årliga mätningarna av väntetider vid sjukhusens akutmottagningar har Socialstyrelsen under 2015-2017 tillsammans med fem akutmottagningar analyserat tänkbara orsaker till långa väntetider på akutmottagningarna [8,9]. Som en fortsättning på detta arbete har en delstudie gjorts tillsammans med Region Sörmland. Socialstyrelsen har valt denna region eftersom regionen, enligt de årliga mätningarna haft bland de längsta väntetiderna till akut vård i landet.

Syftet med studien har varit att 1) beskriva hur väntetiderna i akutsjukvården inom regionen har utvecklats, 2) vilka åtgärder som gjorts för att påverka väntetiderna samt 3) vilka samband som finns mellan akutvården, primärvården, slutenvården och nätläkarverksamheten.

3. Analys av ledning, styrning och organisation av tillgänglighetsarbetet i fyra regioner

I rapporten ”Tillgänglighet i hälso- och sjukvården” som Socialstyrelsen publicerade våren 2018 [10] ingick en översikt av tillgänglighetsproblematiken inom sjukvården. Bland annat konstaterades att hälso- och sjukvården i Sverige bedrivs i 21 olika komplexa system som vart och ett har sina förutsättningar att bedriva vård och att detta också påverkar i vilken mån de olika regionerna förmår hantera tillgänglighet och väntetider.

Den fördjupade analys och jämförelse av tillgänglighetsarbetet i regionerna Kalmar, Skåne, Halland och Västra Götaland som redovisas i denna rapport kan sägas vara en fortsättning på den tidigare analysen. Socialstyrelsen har valt att genomföra denna analys för att ge exempel på hur några regioner arbetar med tillgänglighetsfrågan när det gäller styrning, organisation och administration. Detta material har därefter varit underlag för en diskussion om i vilken mån olikheter i regionernas sätt att arbeta med tillgänglighet kan förklara hur framgångsrika de är i nå upp till vårdgarantins målnivåer.

4. Produktions- och kapacitetsplanering för bättre tillgänglighet – analys inom område Onkologi och Opererande specialiteter i Region Örebro län

I den ovan nämnda rapporten från 2018 [10] framhöll myndigheten att en god produktions- och kapacitetsplanering (PoK) är en viktig förutsättning för effektiva flöden och processer och i förlängningen en bättre tillgänglighet. För att få en aktuell bild av hur regionerna arbetade med PoK och vilka eventuella svårigheter man mött i detta arbete, genomförde myndigheten en kartläggning som redovisades i rapporten ”Bättre resursutnyttjande i hälso- och sjukvården från våren 2018” [11]. Kartläggningen visade att det pågår ett arbete med PoK i samtliga regioner. I några regioner var PoK etablerat arbete sedan flera år, medan andra regioner var i uppstartsfas.

I slutet av 2018 publicerade myndigheten rapporten ”Kapaciteten i sjukvården – att hantera kritiska lägen” som är en fördjupad analys av begreppet kapacitet och om hälso- och sjukvårdens förmåga att hantera kritiska lägen [12]. En region som var föremål för särskild analys var Region Örebro län. Då samtliga regioner arbetar med att implementera PoK har Socialstyrelsen valt att i detta uppdrag samarbeta med Region Örebro för att mer specifikt analysera vilken eventuell effekt arbetet med PoK inom de kirurgiska specialiteterna haft på väntetiderna.

5. Analys av väntetider till utredning och behandling med CPAP-mask vid obstruktiv sömnapné

Socialstyrelsen publicerade 2017 rapporten ”Väntetid, kontinuitet och samordning vid vissa kroniska sjukdomar” [13]. I rapporten redovisades en kartläggning av ett urval av kvalitetsregistren beträffande vilka data över bland annat väntetider som registreras. Ett av de områden som ingick i kartläggningen var obstruktiv sömnapné. Sammanställningen av väntetiderna för vid utredning och behandling av sömnapné visade att de var omfattande och att de regionala skillnaderna var stora. Det framkom även betydande skillnader mellan män och kvinnor. Socialstyrelsen har därför valt att genomföra en fördjupad studie av väntetiderna och utreda vilka orsaker som kan ligga bakom dessa.

Disposition

Redovisningen inleds med mätningen av vistelse- och väntetider vid akutmottagningar. Därefter följer i fyra avsnitt de tematiska studier som genomförts.

Avslutningsvis ges utifrån erfarenheter från tidigare regeringsuppdrag inom tillgänglighetsområdet, samt från vad som framkommit i denna studie förslag på hur regionerna kan arbeta med att förbättra tillgängligheten i hälso- och sjukvården.

Bilagor till de tematiska studierna har samlats i slutet av rapporten.

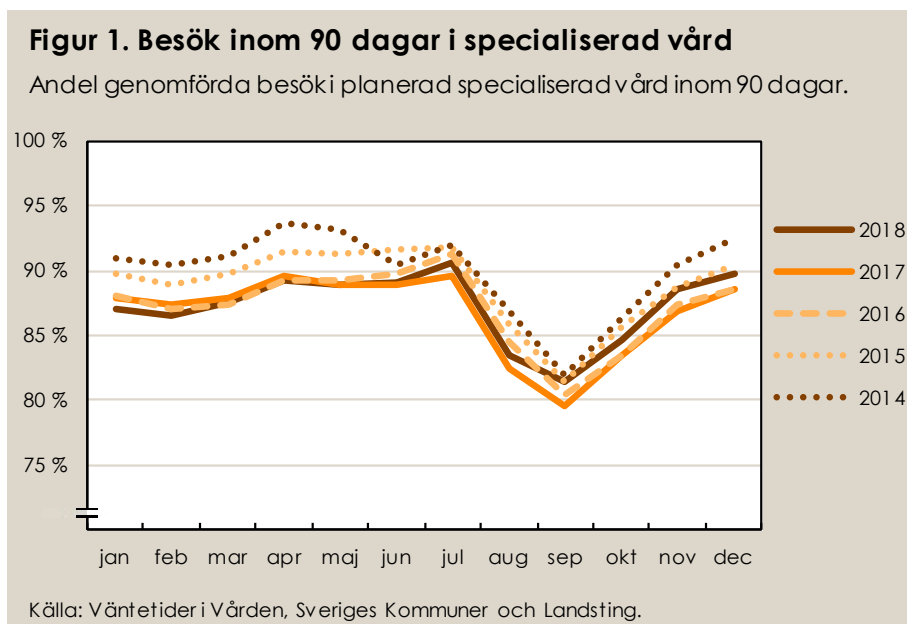
Aktuell väntetidssituation

I januari 2019 publicerade Socialstyrelsen inom ramen för arbetet med Öppna jämförelser en övergripande redovisning av tillgängligheten i vården [14]. Av uppföljningen framgår att tillgängligheten, och inte minst väntetiderna, försämrats för i stort sett alla de indikatorer som studerats.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys kartläggning av väntetider från 2017 visar att måluppfyllelsen för samtliga tidsgränser inom vårdgarantin försämrats mellan 2012-2016 [15]. Rapporten visar även att fler patienter står på väntelistorna till specialistvård jämfört med tidigare år, men också att det finns stora skillnader mellan regioner och vårdområden i hur väl vårdgarantin uppfyllts.

En liknande bild målas upp av Sveriges kommuner och landsting (SKL) i den senaste Hälsa- och sjukvårdsrapporten [16] som även den visar att tillgängligheten till den specialiserade vården har försämrats under de senaste fem åren, såväl med avseende på första besök som för tid till operation och åtgärder.

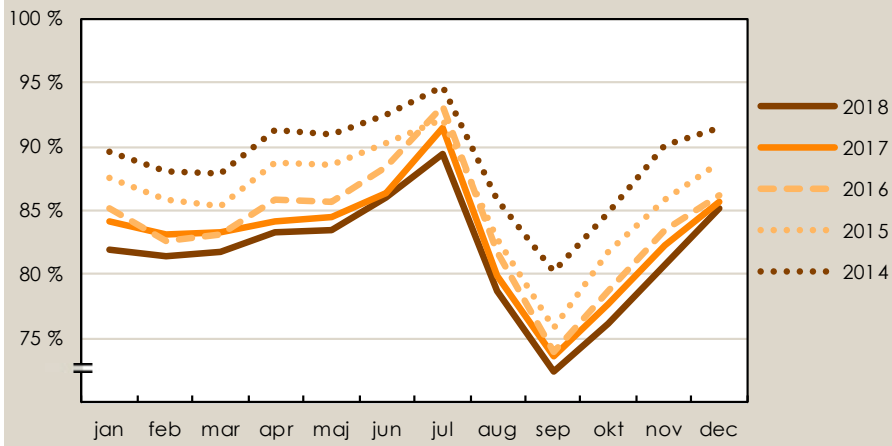
I figur 1 redovisas för varje månad andelen patienter som får ett första läkarbesök i specialistvården inom 90 dagar från det att remissen skickats. Som framgår har andelen ökat under den senare delen av 2018 i förhållande till 2017, men den ligger fortfarande under 2014 års nivå.



Figur 2 visar att andelen patienter som får operation/åtgärder inom 90 dagar, från det att det har fattats ett behandlingsbeslut, stadigt har minskat över åren. Under december 2018 fick 85 procent av patienterna operation inom 90 dagar.

Figur 2. Operation inom 90 dagar

Andel operationer/åtgärder i planerad spec somatisk vård inom 90 dagar



Källa: Väntetider i Vården, Sveriges Kommuner och Landsting.

Figureorna 1 och 2 visar också att andelen patienter som får vård inom 90 dagar varierar relativt kraftigt per månad under året och att andelen patienter som får vård är som högst under sommaren och lägst i början av hösten.

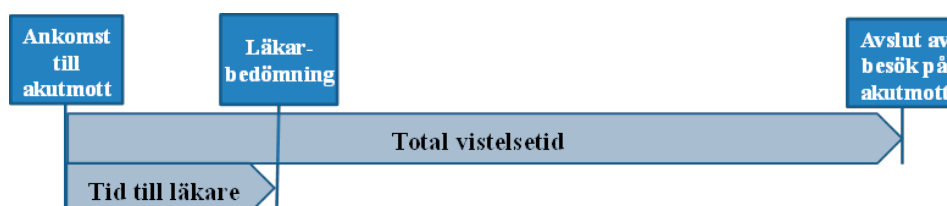
Väntetider vid akutmottagningar

Inledning

Socialstyrelsen har sedan 2011 följt upp väntetider vid landets akutmottagningar. Under åren 2011 till 2015 samlades aggregerad väntetidsdata in via enkäter [17-21]. Från och med 2015 rapporteras individbaserad data månadsvis in till patientregistret (PAR).

I mätningarna ingår akutmottagningar med två eller fler somatiska specialiteter som är samlokaliserade [10]. Akuta besök för barn upp till 18 år ingår inte, ej heller besök vid psykiatriska akutmottagningar. Det förekommer också akuta besök vid sjukhusens specialistmottagningar men dessa ingår inte heller i mätningen. De väntetider som följs upp är den totala vistelsetiden vid akutmottagningen (TVT) och väntetiden till första läkarbedömning (TTL) (figur 3). De tider som redovisas i denna sammanställning gäller verksamheten under perioden 1 juni 2017 till 31 maj 2018.

Figur 3. Modell över mätpunkter och tidsindikatorer för uppföljning av väntetider vid akutmottagning.



Av landets 62 akutmottagningar med två eller fler specialiteter som är samlokaliserade har 59² rapporterat in TVT och 57³ TTL till patientregistret.

I denna, liksom i tidigare rapporter [8,9,17-21] följs upp ”väntetid” tillsammans med ”vistelsetid” för att beskriva den tid patienten befinner sig på akutmottagningen. Vistelsetid avser den tid patienten befinner sig på akutmottagningen från ”dörr till dörr”. Med väntetid avses tiden från ankomst till akutmottagningen till första läkarbedömning. Termen ”väntetid” är emellertid inte helt rättvisande då den omfattar all tid, även tid då det pågår arbete för att utreda och diagnostisera.

Ur ett patientperspektiv upplevs dock tiden på akutmottagningen ofta som en passiv väntan och det finns förväntan att denna tid kortas. Ett av sjukvårdens perspektiv på väntetider på akutmottagning är patientsäkerhetsaspekt, till exempel på grund av att patientens tillstånd kan förvärras.

I bilaga 1 finns en redogörelse för datakällor och metod för mätningarna.

² I mätningarna av TVT ingår inte akutmottagningarna vid Capio St. Göran, Örnsköldsvik och Östersunds sjukhus.

³ I mätningarna av TTL ingår inte akutmottagningarna vid Capio St. Göran, Örnsköldsvik, Kullbergsska sjukhuset, Mälarsjukhuset och Nyköpings lasarett.

Resultat

Antal akutmottagningsbesök

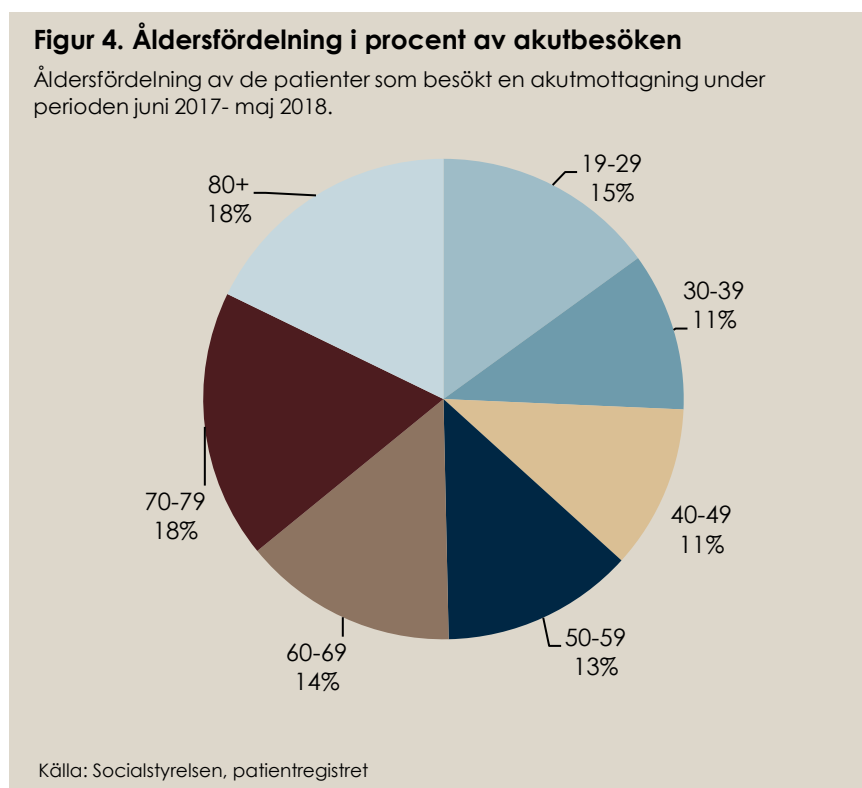
Landets akutmottagningar har över tid uppvisat en stadig trend med ökande tillströmning av patienter.

Årets uppföljning av akutväntetider (perioden 1 juni 2017 till 31 maj 2018) uppvisar för första gången en minskning av det totala antalet besök på landets akutmottagningar i jämförelse med föregående mätning (perioden 1 juni 2016 till 31 maj 2017). Antalet besök totalt minskade med 23 525 besök⁴ vilket motsvarar 1,3 procent. Denna minskning fördelar sig dock inte jämnt över landets akutmottagningar utan återfinns framför allt på fyra stockholmssjukhus, Karolinska sjukhuset Solna, Karolinska sjukhuset Huddinge, Danderyds sjukhus samt Södersjukhuset och uppgår till 42 035 besök. Detta medför att det för övriga akutmottagningar summerat finns en ökning av antal besök med 18 510 besök (1,2 %).

Det totala antalet akutmottagningsbesök var för 12-månadersperioden (1 juni 2017 till 31 maj 2018) 1 847 000 besök⁵

Akutbesökarnas ålder

Ålderssammansättningen bland dem som besökt akutmottagningen visas i figur 4. Som framgår av figuren är det en relativ jämn fördelning mellan åldersgrupperna, med en liten övervikt för de två äldsta åldersgrupperna.



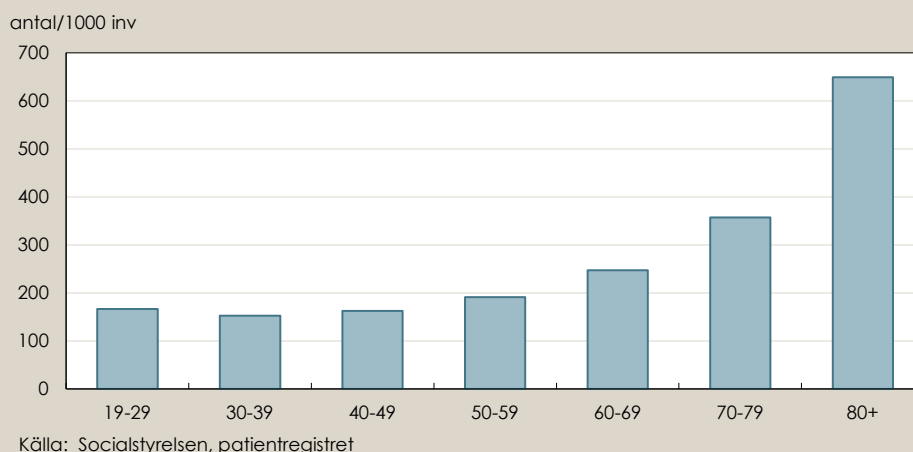
⁴ Vid denna beräkning har Capio St. Görän, Gävle och Hudiksvalls sjukhus exkluderats p.g.a. inrapporteringsbrister

⁵ Vid beräkningen av totalantalet besök har föregående 12-månadersperiod använts för Capio St. Görän. För Gävle och Hudiksvall har antalet besök för jan-feb 2017 använts för motsvarande månader 2018.

Relateras besöken i olika åldrar i stället till befolkningsunderlaget blir det tydligt att behovet av akutvård är som störst i de äldsta åldrarna (figur 5).

Figur 5. Antal akutbesök per 1000 invånare

Totalt antal besök på akutmottagningar av vuxna patienter i olika åldersgrupper, per 1 000 invånare. Avser perioden 1 juni 2017 - 31 maj 2018.



Total vistelsetid

Medianvistelsetiden, det vill säga inom vilken tid hälften av besöken har avslutats, var under den studerade perioden, 3 timmar och 39 minuter, vilket är i nivå med föregående mätning⁶.

Tio procent av besöken har varat mindre än 1 timme och 26 minuter, medan de tio procent som varat längst tog 7 timmar och 52 minuter eller längre (tabell 1). Se faktaruta 1, bilaga 2 för definitioner av mått.

Tabell 1. Total vistelsetid (TVT) i minuter för perioden juni 2017–maj 2018

TVT	Ålder	P90	Kvartil 3	Median	Kvartil 1	P10
Riket	19-79	462	324	213	134	82
Riket	80+	514	368	250	162	103
Riket	19+	472	332	219	139	86

Källa: Socialstyrelsen, patientregistret

I likhet med resultat från tidigare mätningar vistas patienter som är 80 år och äldre (80+) betydligt längre vid akutmottagningarna än övriga patienter. Medianvistelsetiden för de äldsta patienterna var 4 timmar och 10 minuter, vilket är närmare 40 minuter längre än för övriga patienter. För patientgruppen 80 år och äldre har medianvistelsetiden dessutom ökat något (12 minuter) från föregående mätning.

Var tionde besök för patienter som var 80 år eller äldre varade i 8 och en halv timme eller längre. Även bland dessa besök, som totalt var närmare

⁶ Jämförelser mellan åren har gjorts med samma akutmottagningar för att undvika att bortfall av eller tillkommande mottagningar påverkar jämförelsen.

32 100, har medianvistelsetiden ökat med 27 minuter jämfört med föregående mätning.

Variationerna i vistelsetiden är stora mellan de olika akutmottagningarna. Tidsskillnaden var 3 timmar och 22 minuter mellan akutmottagningen med längst tid (5 timmar och 26 minuter) och den med kortast tid (2 timmar och 4 minuter).

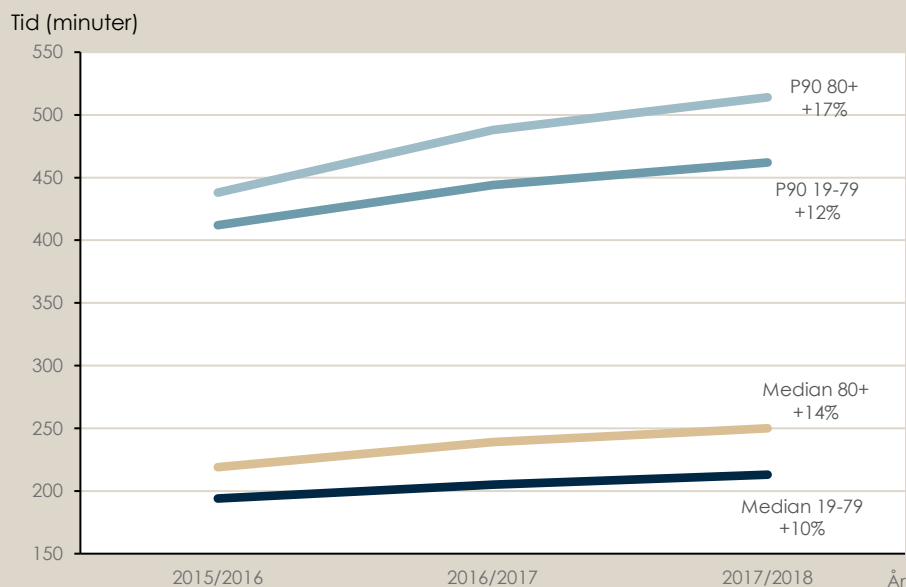
Analogt med tidigare uppföljningar hade kvinnor en något längre vistelsetid än män, 3 timmar och 45 minuter för kvinnorna respektive 3 timmar och 34 minuter för männen. En delförklaring till denna skillnad mellan könen kan vara att åldersfördelningen är olika för män och kvinnor och att ålder i sig har en påverkan på vistelsetiden. Även andra bakgrundsfaktorer, till exempel sjukdomspanorama kan skilja sig mellan könen och påverka vistelsetiden.

Utveckling 2015-2018

Mellan åren 2015 och 2018 ökade den totala vistelsetiden med 18 minuter; från 3 timmar och 21 minuter 2015/2016 till 3 timmar och 39 minuter 2017/2018 totalt i Sverige (figur 6). Var tionde patient fick 2017/2018 vänta 7 timmar och 52 minuter eller längre vilket är en ökning med 50 minuter från mätningen 2015/2016. Var tionde patient 80 år och äldre under perioden 2017/2018 fick vänta 8 timmar och 34 minuter eller längre, vilket är en ökning med 76 minuter.

Figur 6. Total vistelsetid, utveckling 2015/2016-2017/2018

Total vistelsetid* på akutmottagningarna för patienter i de äldsta åldersgrupperna, utveckling över tid.



*Mått i figuren: median samt 90 percentilen (P90)

Källa: Socialstyrelsen, patientregistret

Jämförelser av olika stora akutmottagningar

Tidigare analyser av vistelsetiderna vid akutmottagningarna har visat att det finns ett samband mellan akutmottagningarnas storlek, mätt i antal besök, och den totala vistelsetiden [20]. Akutmottagningarna har därför grupperats i fyra grupper; färre än 20 000 besök per år, 20 000–29 999 besök per år, 30 000–50 000 besök per år, och fler än 50 000 besök per år. I tabell 2 visas vistelsetiden (percentil 90) för de tio akutmottagningar som har de allra längsta tiderna. Figurerna 7 – 10 redovisar den totala vistelsetiden på akutmottagningar uppdelat per storleksgrupp.

I figurerna 7 - 10 redovisas mediantiden och spridningen i vistelsetid för enskilda akutmottagningar. Resultaten redovisas uppdelat på åldersgrupper 19-79 år och 80 år och äldre. I bilaga 3 redovisas tabeller där även vistelsetiden för samtliga besök vid de olika mottagningarna ingår. I tabellerna finns även vistelsetiderna från föregående mätning med.

Av sammanställningarna i figurerna framgår att skillnaderna i vistelsetid mellan akutmottagningarna är betydande inom alla storleksgrupper, men också att variationen i total vistelsetid är betydande inom en och samma akutmottagning. Genomgående för alla akutmottagningar oavsett storleksgrupp är också att patienter 80 år och äldre har en längre vistelsetid jämfört med patienter 19-79 år.

Tabell 2. Vistelsetid (percentil 90) för patienter 80 år och äldre vid de tio akutmottagningar med längst tider, juni 2017 – maj 2018.

Akutmottagning	Antal besök	Vistelsetid
Helsingborgs lasarett	848	≥ 16h 20min
Universitetssjukhuset i Lund	947	≥ 13h 37min
Karolinska sjukhuset, Huddinge	641	≥ 13h 00min
Södersjukhuset	1496	≥ 12h 52min
Ystads lasarett	334	≥ 12h 16min
Karolinska sjukhuset, Solna	479	≥ 11h 24min
Universitetssjukhuset Malmö	1124	≥ 10h 37min
Sahlgrenska universitetssjukhuset	1934	≥ 9h 52min
NU-sjukvården	1008	≥ 9h 36min

Källa: Socialstyrelsen, patientregistret

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

Majoriteten av akutmottagningarna med färre än 20 000 besök per år hade en kortare vistelsetid jämfört med det totala riksgenomsnittet för samtliga akutmottagningar (figur 7). Skillnaden i medianvistelsetiden på akutmottagningar med färre än 20 000 besök per år är 1 timme och 29 minuter mellan akutmottagningen med längst tid (3 timmar och 33 minuter) och den med kortast tid (2 timmar och 4 minuter) (tabell 1, bilaga 3).

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

Flertalet av akutmottagningarna med 20 000 – 29 999 besök per år hade en kortare vistelsetid jämfört med det totala riksgenomsnittet för samtliga akutmottagningar (figur 8). Skillnaden i medianvistelsetiden för akutmottagningar 20 000 – 29 999 besök per år var 2 timmar och 8 minuter mellan akutmottagningen med längst vistelsetid (4 timmar och 33 minuter) och den med kortast vistelsetid (2 timmar och 25 minuter) (tabell 1, bilaga3).

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

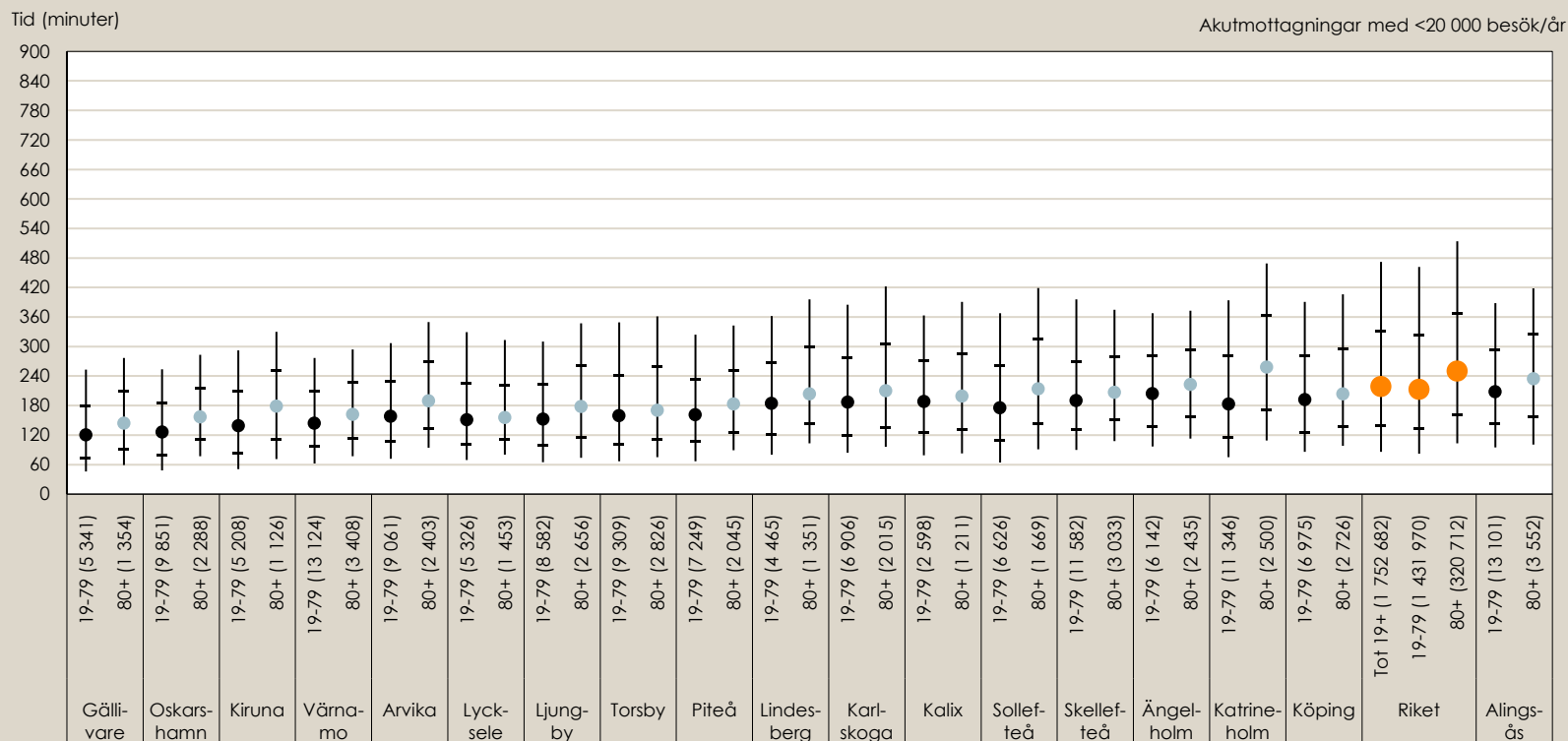
Fler än hälften av akutmottagningarna med 30 000–50 000 besök per år hade en kortare vistelsetid jämfört med det totala riksgenomsnittet för samtliga akutmottagningar (figur 9). Skillnaden i medianvistelsetiden för akutmottagningar med 30 000 – 50 000 besök per år var 1 timme och 28 minuter mellan akutmottagningen med längst vistelsetid (4 timmar och 22 minuter) och den med kortast vistelsetid (2 timmar och 54 minuter) (tabell 1, bilaga3).

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

Över hälften av akutmottagningarna med fler än 50 000 besök per år hade en längre vistelsetid jämfört med det totala riksgenomsnittet för samtliga akutmottagningar (figur 10). Skillnaden i medianvistelsetiden för akutmottagningar med mer än 50 000 besök per år är 2 timmar och 14 minuter mellan akutmottagningen med längst vistelsetid (5 timmar och 26 minuter) och den med kortast vistelsetid (3 timmar och 12 minuter) (tabell 1, bilaga 3).

Figur 7. Total vistelsetid, akutmottagningar med <20 000 besök/år*

Total vistelsetid** på akutmottagningar med färre än 20 000 besök per år, redovisat på åldersgrupper och jämfört med riksgenomsnittet för alla akutmottagningar. Avser perioden 1 juni 2017 - 31 maj 2018.



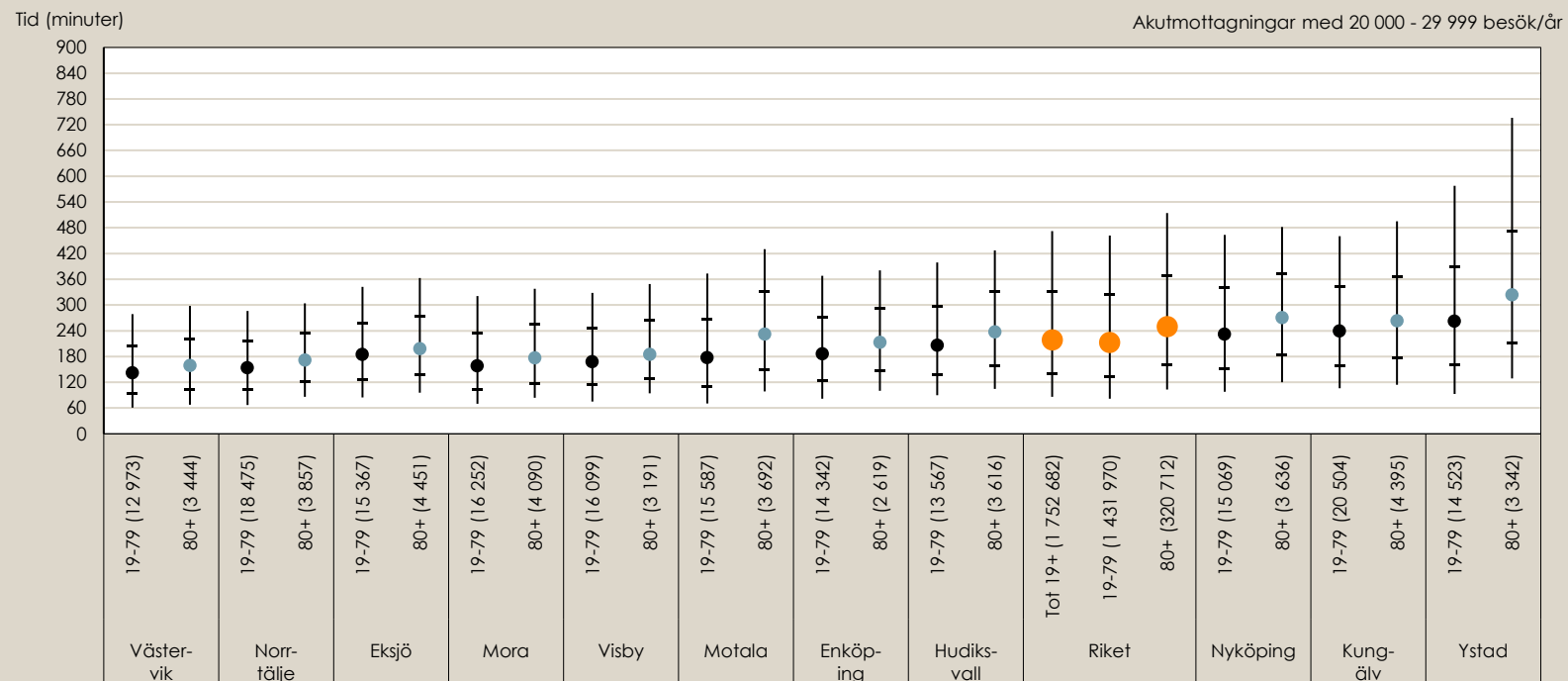
*Akutmottagningen i Ömsköldsvik är exkluderad.

**Mått i figuren: 10-, 25-, 50 (median)-, 75 och 90 percentil

Källa: Socialstyrelsen, patientregistret

Figur 8. Total vistelsetid, akutmottagningar med 20 000 - 29 999 besök/år*

Total vistelsetid** på akutmottagningar med 20 000- 29 999 besök per år, redovisat på åldersgrupper och jämfört med riksgenomsnittet för alla akutmottagningar. Avser perioden 1 juni 2017 - 31 maj 2018.

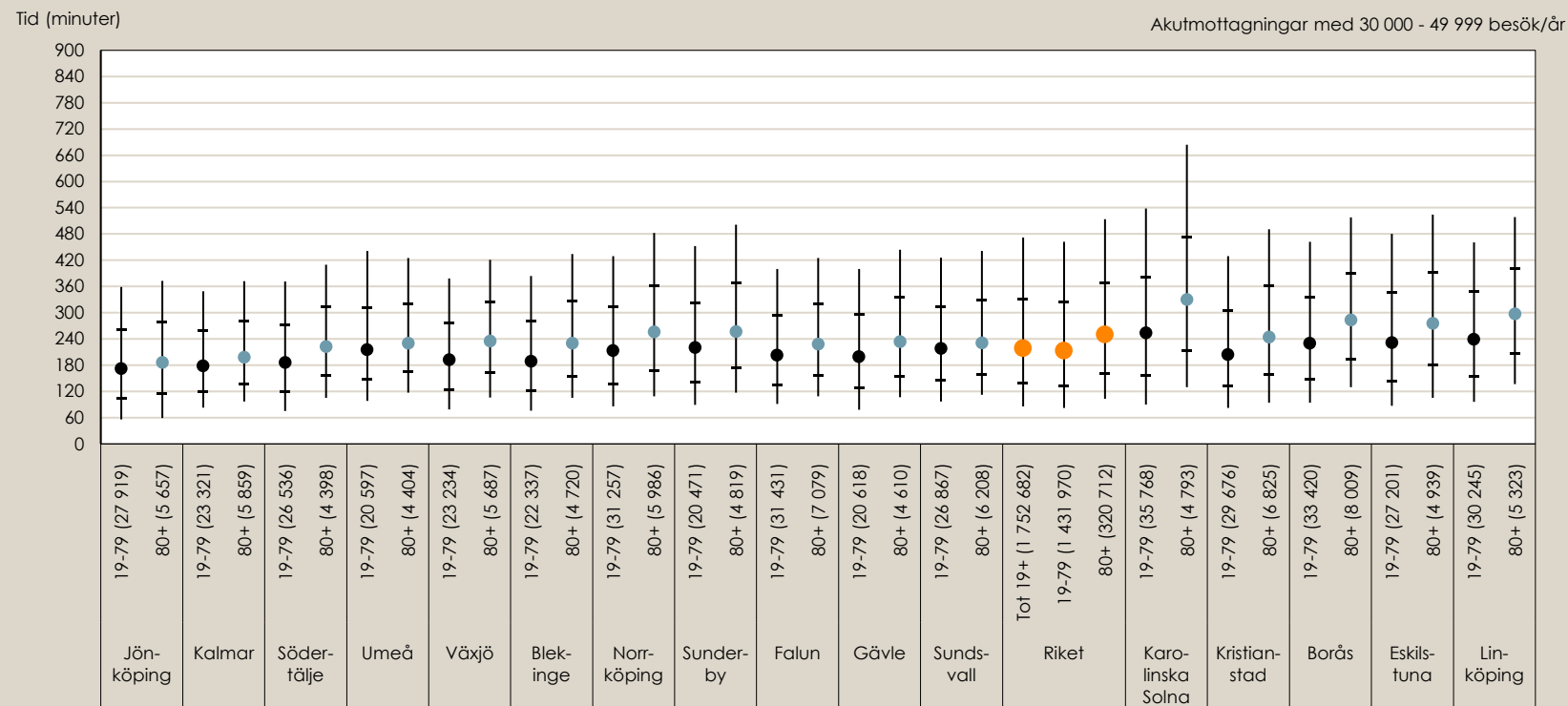


*Akutmottagningen i Östersund är exkluderad.
 **Mått i figuren: 10-, 25-, 50 (median)-, 75 och 90 percentil

Källa: Socialstyrelsen, patientregistret

Figur 9. Total vistelsetid, akutmottagningar med 30 000 - 50 000 besök/år

Total vistelsetid* på akutmottagningar med 30 000- 49 999 besök per år, redovisat på åldersgrupper och jämfört med riksgenomsnittet för alla akutmottagningar. Avser perioden 1 juni 2017 - 31 maj 2018.

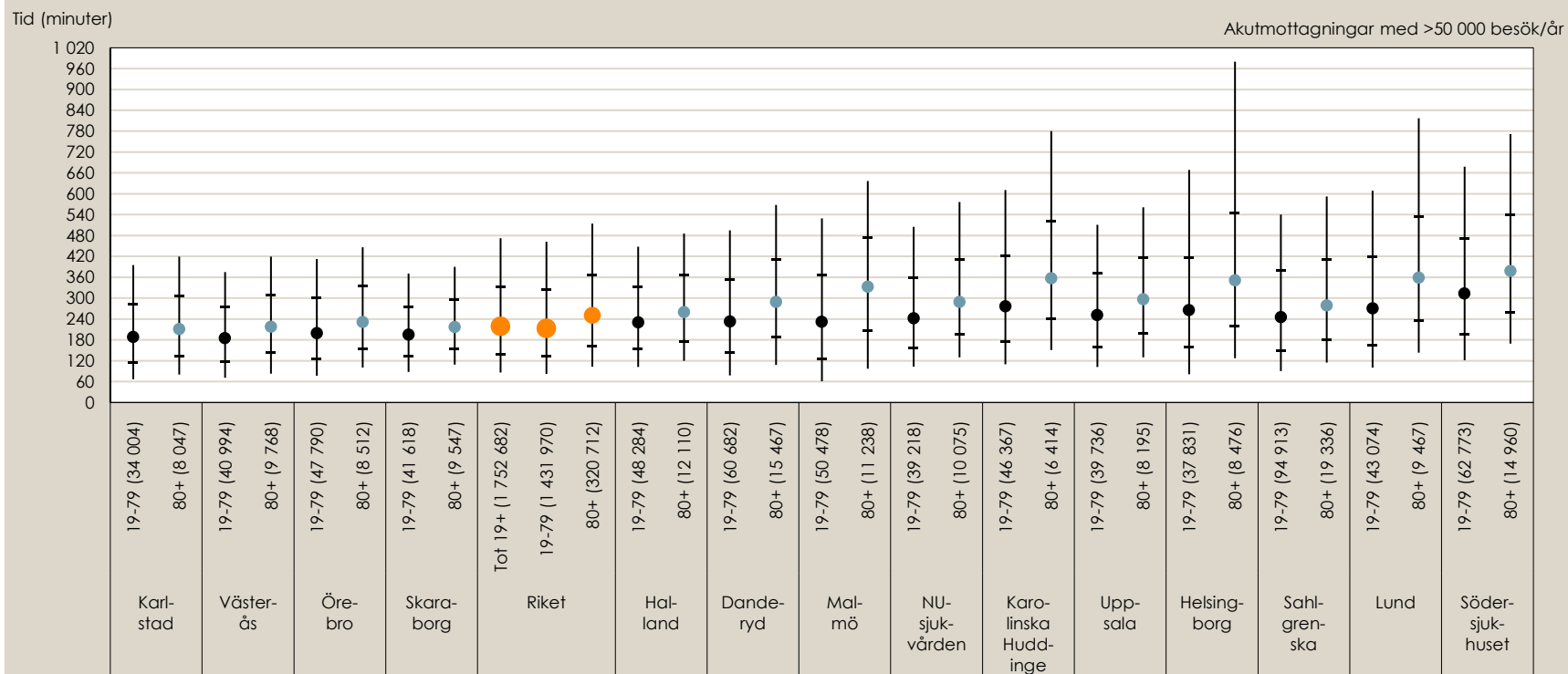


*Mått i figuren: 10-, 25-, 50 (median)-, 75 och 90 percentil

Källa: Socialstyrelsen, patientregistret

Figur 10. Total vistelsetid, akutmottagningar med > 50 000 besök/år*

Total vistelsetid** på akutmottagningar med 50 000 eller fler besök per år, redovisat på åldersgrupper och jämfört med riksgenomsnittet för alla akutmottagningar. Avser perioden 1 juni 2017 - 31 maj 2018.



*Akutmottagningen på Capio StGöran är exkluderad i figuren.

**Mått i figuren: 10-, 25-, 50 (median)-, 75 och 90 percentil.

Källa: Socialstyrelsen

Tid till läkarbedömning

Det andra väntetidsmättet som ingår i mätningarna inom akutvården är tid till första läkarbedömning (TTL), vilket är tiden från det att en person fysiskt anländer till akutmottagningen till den tidpunkt när den första läkarundersökningen sker på akutmottagningen.

Medianväntetiden till läkarbedömning var 61 minuter, vilket är oförändrat mot föregående mätning. Tio procent av patienterna väntade mindre än 11 minuter på en första läkarbedömning, medan de tio procent som väntat längst fick vänta i 3 timmar och 45 minuter eller längre på en första läkarbedömning (tabell 3). En jämförelse med föregående års mätning visar att tiden till den första bedömningen av läkare ökade endast med två minuter under perioden juni 2017 – maj 2018 (tabell 2, bilaga 3).

Tabell 3. Tid till läkarbedömning i minuter för perioden juni 2017– maj 2018

TTL	Ålder	P90	Kvartil 3	Median	Kvartil 1	P10
Riket ¹	80+	209	114	54	23	9
Riket ¹	19-79	228	128	63	28	12
Riket ¹	19+	225	126	61	27	11

¹ Exklusive Capio St Göran, Örnsköldsvik, Kullbergsska sjukhuset, Mälarsjukhuset och Nyköpings lasarett
Källa: Socialstyrelsen, patientregister

Patienter 80 år eller äldre hade en medianväntetid till första läkarbedömning på 54 minuter, vilket är något kortare än för övriga patienter. Väntetiden till första läkarbedömning för de 10 procent som väntade längst bland patienterna 80 år och äldre var 3 timmar och 29 minuter, vilket är något längre än i föregående mätning (tabell 2, bilaga 3).

Kvinnor hade en något längre väntetid till första läkarbedömning än män; 64 minuter för kvinnor respektive 58 minuter för män. Bakom denna skillnad mellan könen kan faktorer såsom ålderssammansättning och bedömning av medicinsk angelägenhet ligga. Analys av bakomliggande faktorer har inte gjorts i denna mätning.

Skillnaden i medianväntetid till första läkarbedömning var betydande mellan akutmottagningarna. Det skiljde 1 timme och 33 minuter mellan akutmottagningen med längst tid till första läkarbedömning (1 timme och 52 minuter) totalt sett och den med kortast tid till första läkarbedömning (19 minuter) totalt sett. I bilaga 3 redovisas tabeller över väntetiden till första läkarbedömning totalt och för de bägge åldersgrupperna per akutmottagning. I tabellerna redovisas också väntetiden för föregående år.

Slutsatser

Fortsatt långa vistelsetider på akutmottagningarna

Årets mätning av vistelse- och väntetid vid akutmottagningarna visar att de inte ökat totalt sett sedan föregående mätning. Sedan Socialstyrelsen började följa vistelse- och väntetiderna inom akutvården i patientregistret har trenden

varit att vistelsetiderna blir allt längre. Från 3 timmar och 21 minuter till 3 timmar och 39 minuter i denna mätning (figur 6).

Spridningen i vistelsetider är betydande och var tionde patient var 7 timmar och 52 minuter eller längre på akutmottagningen. Trenden med ökande vistelsetider illustreras även av att endast en av fem akutmottagningar har förbättrat vistelsetiden under det senaste året.

Allt längre vistelsetider för de allra äldsta patienterna

Socialstyrelsen har i två rapporter kartlagt och analyserat akutmottagningarnas verksamhet med fokus på faktorer som kan påverka vistelse- och väntetiden [8,9]. En sådan faktor är behov av vårdplatser för patienter som ska skrivas in på sjukhuset. Studierna har visat att cirka 30 procent av besöken på akutmottagningarna resulterar i en inskrivning i slutenvården och i en nyligen publicerad studie har Myndigheten för vård- och omsorgsanalys [22] visat att 45 procent av patienterna som skrivs in i slutenvården kommer in via akuten. Eftersom antalet akutbesök tidigare år har ökat har också behovet av vårdplatser ökat. Antalet vårdplatser har däremot minskat på många håll över tid [23] vilket gjort situationen på akuten allt mer ansträngd. Vistelsetiden på akuten för de allra äldsta har ökat mer än för övriga åldersgrupper, och en mycket trolig delförklaring till detta är att bristen på vårdplatser har förvärrats.

Oförändrad tid till bedömning av läkare

Väntetiden till dess patienten blir undersökt av läkare har i stort legat still sedan mätningarna började år 2011. Mediantiden för ”tid till läkare” (TTL) är i denna mätning 61 minuter för samtliga patienter. De tio procent som väntar längst på att bli undersökta av läkare får vänta 3 timmar och 45 minuter eller längre.

Det finns en stor variation över landet för TTL med en skillnad på 1 timme och 33 minuter mellan akutmottagningarna med längst och kortast väntetid (tabell 2, bilaga 3).

Allt bättre inrapportering till patientregistret (PAR)

Regionernas möjlighet att från sina patient-, vårdadministrativa system och journalsystem⁷ extrahera och därefter rapportera in grunddata till vistelsetids- och väntetidsindikatorerna TVT och TTL har med tiden blivit allt bättre.

Den största utmaningen och därmed också orsaken till det betydande bortfallet i uppföljningarna har sedan starten av mätningarna varit att få in uppgifter för måttet TTL, vilket i de flesta fall beror på att regionernas vårdadministrativa system (VAS) inte medgivit registrering av läkarbedömningstidpunkten. I takt med att regionerna kompletterat sina grundsystem med en så kallad akutmodul har inrapporteringen av detta mått succesivt ökat.

⁷ Patient-, vårdadministrativa system och journalsystem benämns fortsättningsvis VAS (Vårdadministrativa system)

Väntetider till akutvård i Sörmland – en systemanalys

Inledning

De uppgifter om vistelsetid och väntetid vid akutmottagningarna i landet som rapporteras till patientregistret (PAR) är begränsade och inte tillräckliga för att göra fördjupade analyser av sambandet mellan olika bakomliggande faktorer och ökade vistelse- och väntetider eller skillnader i väntetider mellan akutmottagningar. För att utreda vilka faktorer som kan vara av betydelse för tillgängligheten inom akutvården genomförde Socialstyrelsen tillsammans med fem akutmottagningar under 2015-2017 en fördjupad analys av väntetider och patientflöden på akutmottagningar [8,9].

Analysen av de fem akutmottagningarna identifierade ett flertal faktorer och situationer som kan bidra till långa vistelsetider på akutmottagningarna. De främsta orsakerna till längre vistelsetider visade sig vara hög ålder, tidpunkt på dygnet samt om patienten skrivs in i slutenvården och den mottagande klinikens kapacitet.

I de nationella mätningarna av väntetider på akuten har akutmottagningarna i Sörmland, i jämförelse med storleksmässigt jämförbara mottagningar, visat sig ha de längsta vistelsetiderna. För att studera i vilken mån detta kan förklaras av de tidigare identifierade faktorerna eller andra förhållanden, har myndigheten genomfört denna studie i samarbete med Region Sörmland.

Ytterligare en omständighet som gör Sörmland intressant för en särskild studie är att under 2017 var besök inom primärvården under dagtid avgiftsfria och digitala läkarbesök tillkom i regionen under samma år. Detta skulle kunna ha effekter på antalet besök och på vistelsetider vid akutmottagningarna i regionen.

Studiens syfte

Syftet med denna studie har varit att analysera olika faktorer betydelse för utvecklingen av vistelse- och väntetider vid de sörmländska akutmottagningarna. I studien har även ingått att studera effekter av införandet av avgiftsfri primärvård på dagtid och utvecklingen av den digitala vården, utöver de bakgrundsfaktorer som identifierats i myndighetens tidigare studier.

Material och metod

Uppgifter om verksamheten vid akutmottagningarna

Antal besök vid respektive akutmottagning, tidpunkt för ankomst, total vistelsetid och diagnoser har hämtats från patientregistret (PAR) för perioden

juli 2015 till och med maj 2018. För att få tillgång till data för resterande del av 2018 har Socialstyrelsen överenskommit med Sörmland om en extra inrapportering av data för andra halvåret 2018. Dessa uppgifter har inte genomgått Socialstyrelsens sedvanliga kvalitetssäkring varför resultat för andra halvåret 2018 bör tolkas med försiktighet.

För att få en bild av verksamheten vid akutmottagningarna vid Mälarsjukhuset, Nyköpings lasarett och Kullbergska sjukhuset, har intervjuer med verksamhetscheferna vid de tre akutmottagningarna som finns i regionen samt divisionschefen för det medicinska serviceområdet genomförts. Intervjuerna har följt en semistrukturerad intervjuguide (bilaga 4) med fokus på områden inflöde, arbetet på akutmottagningen och utflödet. Dessutom har övergripande frågor runt samarbete med externa aktörer och uppföljningsvariabler, indikatorer och mått behandlats. För varje område och frågeställning har följdfrågor ställts och det har funnits möjlighet att diskutera och bredda den aktuella frågan.

Öppenvårdsmottagningar inom specialiserad vård, primärvård och digitala vårdtjänster

Primärvårdens verksamhet har följts upp med hjälp av data från regionen över antalet läkarbesök per månad för perioden 2016 - 2018. Lista på diagnoser för uppföljning av förändrade patientströmmar finns i tabell 1, bilaga 5.

Uppgifter över befolkningens digitala vårdkontakter under 2018 med det Sörmlandsbaserade Doktor.se har tillhandahållits av Region Sörmland. Uppgift om sörmlänningarnas digitala vårdbesök för perioden 2016-2018 har också tillhandahållits av Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och Region Jönköping, som är huvudman för flera digitala aktörer,.

Analys och statistisk bearbetning har gjorts med data från PAR över planerade besök inom den specialiserade vården under perioden 2016-2018.

Övrigt underlag

Befolkningsstatistik har hämtats från Befolkningsregistret vid Statistiska Centralbyrån (SCB).

Data över antal disponibla vårdplatser, överbeläggningar, utlokaliserade, vård dagar för färdigvårdade samt utskrivningsklara patienter har hämtats från SKL.

Hälso- och sjukvårdens organisation i Region Sörmland

Hälso- och sjukvården i Sörmland är sedan 2005 organiserad i divisioner. Efter en omorganisation 2016 är landstingets tjänstemannaorganisation samlad i en gemensam förvaltning med landstingsdirektören som förvaltningschef. Den 1 januari 2019 bildade landstinget och länets kommuner en länsregion, Region Sörmland.

Inom primärvården finns tio privata och 20 offentligt drivna vårdcentraler, varav två jourcentraler. Cirka 70 procent av befolkningen når närmaste vårdcentral inom fem minuter och 85 procent inom tio minuter.

Det finns tre akutsjukhus i regionen, Kullbergsska sjukhuset i Katrineholm, Mälarsjukhuset i Eskilstuna och Nyköpings lasarett.

Sörmlands nio kommuner har administrativt fördelats mellan sjukhusen. Den norra länsdelen är upptagningsområdet för Mälarsjukhuset, västra länsdelen är upptagningsområdet för Kullbergsska sjukhuset och den södra länsdelen är upptagningsområdet för Nyköpings lasarett. Mälarsjukhuset har störst befolkningsunderlag med cirka 146 000 invånare. Nyköpings lasarett upptagningsområdet har 89 000 invånare och upptagningsområdet för Kullbergsska sjukhuset är 53 000 invånare.

Nivåstrukturering

För att upprätthålla en hög kompetens och uppnå bästa resursutnyttjandet beslutades 2009 om en arbetsfördelning mellan de tre sjukhusen avseende nivåstrukturering och koncentration av akutkirurgi och ortopedi. I praktiken betyder detta att redan i ambulansen dirigeras akutfall till en viss akutmottagning och akuta kirurg- och ortopedifall från Kullbergsska sjukhusets upptagningsområde styrs till Mälarsjukhuset eller till Nyköpings lasarett. Ballongvidgning (PCI-behandling) vid hjärtinfarkt⁸ utförs endast på Mälarsjukhuset varför patienter med misstanke om hjärtinfarkt dirigeras dit.

Befolkningens avstånd till närmaste akutmottagning

För Sörmlands befolkning är avstånden i restid till närmaste akutmottagning bland de kortaste i Sverige. Två tredjedelar av sörmlänningarna har mindre än 15 minuters restid, 26 procent har mellan 15-30 minuter och 8 procent når närmaste akutmottagning inom 30-45 minuter. Endast boende i Stockholm och Skåne har kortare restider [24].

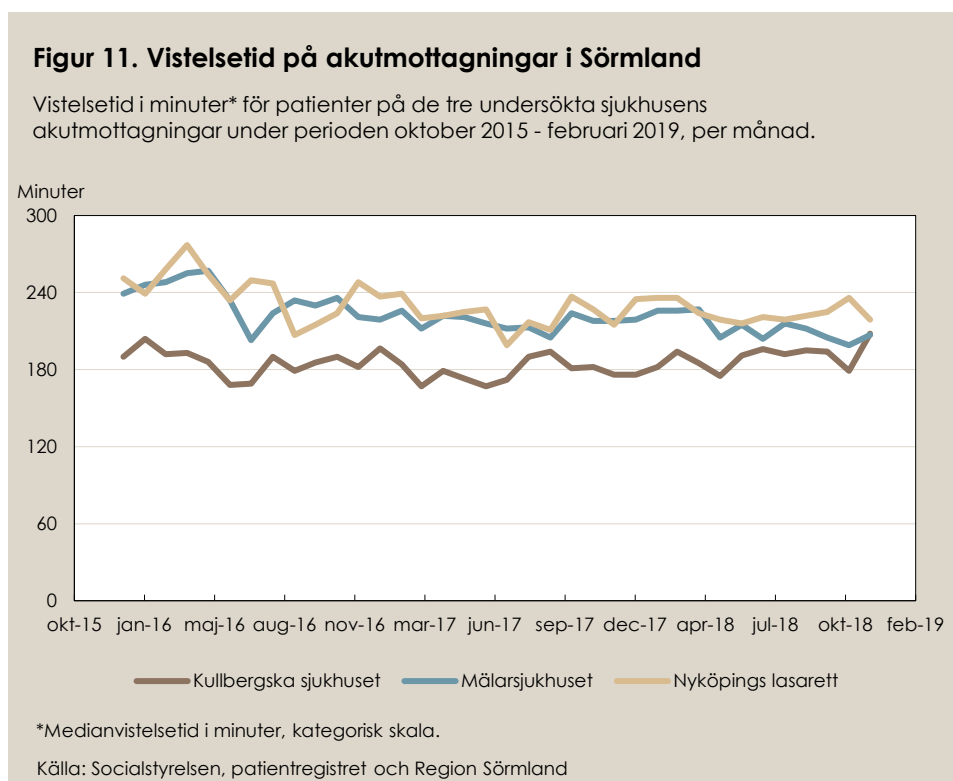
Närhet till sjukhus innebär dock inte alltid hög tillgång till behandlingsmöjligheter för alla sjukdomstillstånd. Enligt den nivåstrukturering som beskrivits ovan dirigeras till exempel patienter med misstänkt hjärtinfarkt till Mälarsjukhuset. Detta innebär att restiden för patienter boende långt från Mälarsjukhuset förlängs och är för akut behandling hjärtinfarkt längre än genomsnittet för riket [24]. För de akuta kirurg- och ortopedifall från Kullbergsska sjukhusets upptagningsområde som transporteras till Mälarsjukhuset och Nyköpings lasarett data över förlängd transporttid finns inte tillgängligt.

Vistelsetid vid akutmottagningarna

Det finns tydliga variationer i total vistelsetid på akutmottagningen (TVT) mellan de tre sjukhusen (figur 11). Kullbergsska sjukhuset har betydligt kortare TVT än Mälarsjukhuset och Nyköpings lasarett. Vistelsetiderna på respektive akutmottagning har också utvecklats olika under den studerade perioden januari 2016 – december 2018. Över tid har TVT på Kullbergsska sjukhuset varit oförändrad runt tre timmar, medan TVT på såväl

⁸ Ballongvidgning vid hjärtinfarkt, även kallad PCI (Percutan Coronar Intervention)

Mälarsjukhuset som Resultat från Nyköpings lasarett visar på en sjunkande trend under perioden januari 2016 – december 2018.



Tabell 4 visar den totala vistelseiden för de tre sjukhusen uppdelat på åldersgrupper utifrån uppdelningen i de nationella mätningarna av akutvårdstider, tidsperioder 2015/2016 och 2017/2018 samt även för den senare delen av 2018. Den totala vistelseiden minskade på Mälarsjukhuset och Nyköpings lasarett med 43 minuter respektive 18 minuter under perioden juli 2015 - december 2018. Motsvarande resultat för Kullbergsska sjukhuset var en minskning med 5 minuter. För patientgruppen 19-79 år minskade vistelseiden under samma period med 43 minuter på Mälarsjukhuset, med 19 minuter på Nyköpings lasarett och minskningen på Kullbergsska sjukhuset uppgick till 6 minuter. För åldersgruppen 80 år och äldre var minskningen 60 minuter för Mälarsjukhuset, 16 minuter för Nyköpings lasarett och för Kullbergsska sjukhuset var minskningen 8 minuter (tabell 4).

Tabell 4. Total vistelseid akutmottagningar Region Sörmland*

Medianvärde för total vistelseid på akutmottagningar i Region Sörmland uppdelat på åldersgrupper, minuter.

Sjukhus/ akutmottagning	Juli 2015–juni 2016			Juni 2017–maj 2018			Juni 2018–dec 2018 ⁹		
	Totalt (19+)	19–79 år	80+	Totalt (19+)	19–79 år	80+	Totalt (19+)	19–79 år	80+
Riket	198	194	219	219	213	250	-	-	-
Mälarsjukhuset	268	260	318	237	231	276	225	217	258
Kullbergiska sjukhuset	212	199	275	196	183	258	207	193	267
Nyköpings lasarett	253	248	273	240	232	271	235	229	257

*Data har ej rapporterats för juli 2016 – maj 2017

Källa: Socialstyrelsen, patientregistret

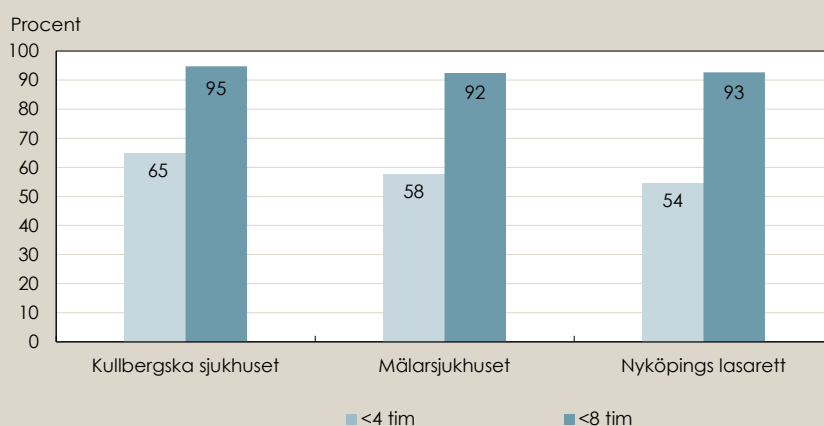
Besök med vistelseid kortare än fyra respektive åtta timmar

Inom Region Sörmland finns två lokala målnivåer för vistelseiden på akutmottagningarna fastställda. Målen är att 80 procent av patienterna ska ha lämnat akutmottagningen inom fyra timmar samt att 95 procent av patienterna ska ha lämnat akutmottagningen inom åtta timmar.

Måluppfyllelsen under 2018 varierade något mellan sjukhusen (figur 12). Högst måluppfyllelse hade Kullbergiska sjukhuset, medan Mälarsjukhuset sjukhusets och Nyköpings lasarett måluppfyllelsegrad låg någon respektive några procent lägre.

Figur 12. Vistelseid på akutmottagning region Sörmland

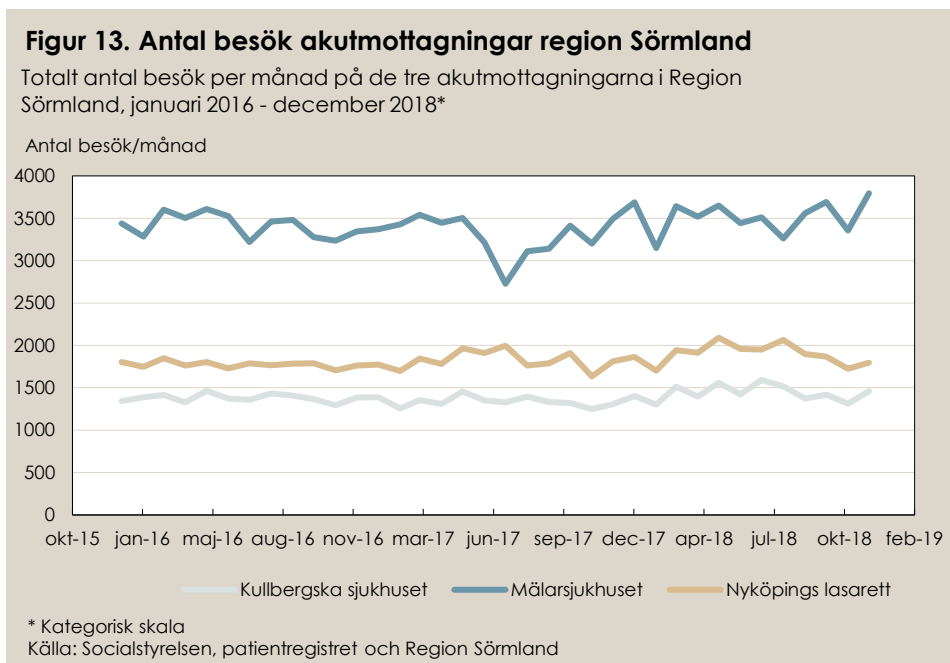
Andel patienter med total vistelseid inom 4 respektive 8 timmar på sjukhusens akutmottagningar i Region Sörmland, 2018



⁹ Dataunderlag för perioden juni 2018 till december 2018 har som beskrivits i Material och metod inte genomgått sedvanlig kvalitetsgranskning och därför ska dessa uppgifter behandlas med försiktighet.

Antal besök på akutmottagningarna

Det totala antalet besök på akutmottagningarna vid Mälarsjukhuset, Nyköpings lasarett och Kullbergsska sjukhuset har varit relativt oförändrade över tid 2016-2018 (figur 13).



Varför har Sörmland så långa väntetider på akuten?

I detta avsnitt presenteras ett urval förhållanden inom och utanför akutmottagningen som kan påverka den akuta verksamheten och i förlängningen vistelsetiderna på akutmottagningen.

Patientinflöde

Tillgång och tillgänglighet till sjukhusens akutmottagningar och andra vårdgivare såsom primärvård, jourcentral och närakut är en viktig faktor för patienternas sökmönster [10]. Lägre tillgänglighet hos vårdcentraler kan leda till att inflödet av patienter ökar på akutmottagningen.

Sörmlands invånare har en god geografisk tillgänglighet i fråga om tidsavstånd till närmaste akutmottagning, men en jämförelsevis lägre tillgänglighet i fråga om väntetider på akutmottagningen. Primärvården har både en god geografisk närhet och en god tillgänglighet (något över riksgenomsnittet) till telefonkontakt och läkarbesök [24].

Eftersom det inte sker någon registrering av ankomstsätt i det vårdadministrativa systemet, saknas information om hur stor andel av patienterna som kommer till akutmottagningarna och är hänvisade från andra vårdinrättningar samt hur många utgör så kallade egeninitierade besök. Det enda ankomstsätt som registreras är ambulansfall, vilka har varit oförändrade

över tid. Mellan 20 och 25 procent av inkommande patienter kommer med ambulans. I intervjuerna refererade verksamhetscheferna till en tidigare uppföljning som visade att andelen besök till akutmottagningar som gjordes efter hänvisning via 1177 låg på cirka 22 procent.

En vanligt förekommande uppfattning är att det kommer ett stort antal patienter till akutmottagningarna som skulle kunna tas omhand av primärvården. Detta bygger oftast på ett underlag där patienten är utredd, det vill säga med facit i hand. I det kliniska arbetet ligger svårigheten i triagen där det görs en första grova bedömning av hur akut tillståndet är när patienten anländer till akuten. Detta diskuterades också i intervjuerna med verksamhetscheferna och en av dem kom med följande förslag till lösning:

”För att möta detta problem skulle en primärvårdsmottagning/jourmottagning i direkt anslutning till akutmottagningen vara en lösning. Ur ett patientperspektiv vore lösningen med ”en dörr in” idealiskt. Innanför dörren är det sedan upp till professionen att sortera patienten till primärvården eller akuten. Primärvården skulle med detta även få bättre utredningsmöjligheter.”

I Katrineholmsområdet och Kullbergsska sjukhuset har denna lösning delvis realiserats då primärvården flyttar sin jourmottagning till sjukhuset under lördag-söndag.

Öppetiderna hos regionens vårdcentraler och jourmottagningar är ungefär de samma i hela regionen. På helgerna har jourcentralerna öppet mellan klockan 08 och 21. På kvällstid under vardagar finns ett fåtal mottagningar med enstaka kvällsöppet mellan klockan 18 och 19.

Socialstyrelsen har tidigare rapporterat att hög ålder utgör en riskfaktor för långa vistelsetider på akutmottagningen [6]. Flera samverkande orsaker identifierades såsom att de äldre patienterna oftare söker för internmedicinska besvär, att de har ett större behov av att skrivas in i slutenvården samt att de oftare kommer vid en tidpunkt då inflödet av patienter är högt. Den totala vistelsetiden i Sörmland förpatienter 80 år och äldre, är längre än för yngre än 80 år. Mälarsjukhuset har de längsta vistelsetiderna i regionen för de äldre patienterna men uppvisar även den mest positiva utvecklingen över tid (tabell 4).

Verksamheterna arbetar med snabbspår som innebär att vissa patientgrupper hänvisas direkt till diagnostik och behandling utan att en initial bedömning görs på akutmottagningen. De patientgrupper som tas om hand i snabbspår är patienter med misstänkt stroke och höftfraktur samt patienter som akut behöver ballongvidgning av kranskärl. För höftpatienter och stroke finns snabbspår på Nyköpings lasarett och Mälarsjukhuset. Kullbergsska sjukhuset har snabbspår för stroke medan akuta ortopedpatienter fördelas till Mälarsjukhuset och Nyköping. Enligt de lokala riktlinjerna dirigeras samtliga fall av hjärtinfarkt lämpliga för ballongvidgning direkt till Mälarsjukhuset.

Vistelsetid och ankomsttid

Det finns tydliga dygnsvariationer av inflödet av patienter till akutmottagningarna. Antalet inkommande patienter ökar snabbt strax före lunchtid och har sedan dygnstopp under lunch och tidig eftermiddag (klockan 11.00 till 15.00). Belägningsgraden på akutmottagningarna ökar därmed under dagen och är som högst under eftermiddag och tidig kväll.

Ansamlingen av patienter gör att vistelsetiden är som längst för dem som söker akuten under timmarna från lunch och fram till sen eftermiddag.

Knappt en tredjedel av besöken på akutmottagning avslutas med att patienten skrivs in på en vårdavdelning. För en hög andel patienter som finns på akutmottagningen under en eftermiddag har beslut om inskrivning inom slutenvården fattats. Eftersom vårdplatserna på vårdavdelningarna ofta frigörs sent på dagen kommer många att ligga kvar på akutmottagningen i väntan på ledig vårdplats [9].

Inskrivning i slutenvården

I väntetidsrapporten från 2017 [9] identifierade Socialstyrelsen att inskrivning i slutenvården är en betydelsefull faktor för vistelsetiden på akutmottagningen är generellt för landet. Orsaken till långa vistelsetider bedömdes dels bero på att patienter ofta på grund av svårbedömda besvär genomgår en längre utredning, dels att tillgängliga vårdplatser saknas.

I Sörmland finns ett system för översikt av vårdplatssituationen som uppdateras var fjärde timme. Systemet har varit till stor hjälp för akutmottagningens personal och vårdplatskoordinatorerna. De transporter till vårdavdelningarna som inte kräver övervakning av sjukvårdspersonal sköts av vårdnära.

För att med hög säkerhet kunna bedöma hur stor del av väntetiden som kan hänföras till vårdplatsbrist krävs ytterligare uppgifter om tidpunkten då patienten är färdigbehandlad och väntar på vårdplats på vårdavdelningen. Enligt verksamhetscheferna upplevs väntetid på vårdplats för närvarande inte vara något större problem eftersom vårdplatssituationen är acceptabel och det finns vårdnära servicepersonal som ansvarar för själva transporten. Däremot frigörs inte vårdplatserna på vårdavdelningarna förrän på eftermiddagen vilket förorsakar trängsel på akutmottagningen och förlängning av vistelsetiderna på akutmottagningen mitt på dagen och tidig eftermiddag, då tillströmningen till akutmottagningen är som störst.

Disponibla vårdplatser och överbeläggningar

Antalet vårdplatser inom svensk hälso- och sjukvård har successivt minskat under de senaste 30 åren, dels i absoluta tal men även sett till antal vårdplatser per invånare. I OECD:s rapport "Health at a Glance"[25] framkommer att Sverige år 2015 hade det lägsta antalet disponibla vårdplatser per invånare i jämförelse med andra EU-länder.

Även om det finns vårdplatser¹⁰ är det inte givet att dessa kan användas. Under senare år har en tilltagande personalbrist framförallt bland sjuksköterskor periodvis medfört att vårdplatser tvingats stänga.

¹⁰ Definition se faktabilaga 1

Antalet disponibla vårdplatser inom specialiserad somatisk vård per 1000 invånare uppgick 2017¹¹ till 1,598 i Sörmland, vilket är i nivå med riksgenomsnittet på 1,611. För de enskilda sjukhusen i region Sörmland har antalet disponibla vårdplatser varit oförändrat med likartade säsongsvariationer över åren.

Enligt de kartläggningar som kontinuerligt görs av SKL har Sörmland haft betydligt mer omfattande överbeläggningar vid sjukhusen än genomsnittligt i riket (tabell 5). Överbeläggningarna har dock i det närmaste halverats mellan 2016 och 2018.

Tabell 5. Överbeläggningar somatisk slutenvård

Överbeläggningar uttryckt i antal per 100 disponibla vårdplatser, Region Sörmland i jämförelse med Rikets resultat, utveckling över tid.

	2016	2017	2018
Region Sörmland	10,5	7,8	6,0
Riket	3,7	4,4	-

Källa: SKL

Överbeläggningarna på sjukhusen orsakas också till viss del av svårigheter vid övergången mellan den slutna och den öppna vården och omsorgen. Medicinskt färdigbehandlade patienter blir kvar på sjukhuset vilket i sin tur leder till att det uppstår brist på vårdplatser som kan användas för andra patienter som är i behov av slutenvårdens resurser. Färre tillgängliga vårdplatser dels i form av disponibla per invånare samt även sett till den för stunden aktuella beläggningssituationen kan också leda till förlängda vistelsetider på akutmottagningen eftersom patienterna i högre utsträckning måste färdigbehandlas på akutmottagningen.

En analys av sambandet mellan vistelsetid på akutmottagning och beläggningssituation som genomförts inom ramen för denna studie av de tre sörmländska sjukhusen visar att det finns en svag korrelation i meningen att vid överbeläggning blir vistelsetiden längre¹².

Vid intervjuerna framkom också att vistelsetiden kan bli lång för de patienter som behöver hjälp med transport till hemmet eller annat boende. Särskilt gäller det för de patienter som fordrar liggande transport och speciellt under jourtid och om det krävs extra bärhjälp.

Bemanning och kompetens

Vistelsetiden på akuten påverkas bland annat av triageringen och de beslut som fattas av läkare vid den första bedömningen och fortsatt under utredningstiden på akutmottagningen. Vistelsetiden påverkas även av hur lång tid det tar att få svar på prover och undersökningar. Studier har dock visat att läkarens möjlighet att påverka vistelsetiderna för patienterna minskar i situationer med hög belastning på akutmottagningen [26, 27]. Studier påvisar att läkare med längre erfarenhet har en tydligare plan för patienten,

¹¹ Uppgift saknas för 2018.

¹² I analysen har antalet överbeläggningar och utlokaliserade patienter per dag slagits samman då väntan på vårdplats vid inskrivning kan antas vara jämförbar vid dessa lägen.

till exempel tidig prognos om patienten kommer att skrivas in på sjukhus eller inte [28-35]. Det är även klarlagt att patienter som behandlas av AT-läkare har längre vistelsetider och behandlingstider än de som behandlas av läkare med högre utbildningsnivå [8].

I intervjuerna är verksamhetscheferna och divisionschefen samstämmiga i att framhålla bemanning samt läkarkompetens som den kanske viktigaste påverkansfaktorn för att korta vistelsetiderna på akutmottagningarna. En av de intervjuade sammanfattar situationen så här:

”Bakgrunden till de långa väntetiderna på akutmottagningarna kan främst hänföras till bristande kompetens med avseende på läkarbemanningen. Läkarbemanningen har traditionellt utgått från moderklinikerna och hos dessa har man inte fått gehör för bemanning med högre kompetens. Konsekvensen visar sig i bristande beslutskompetens vad gäller nödvändig provtagning och undersökning, beslut om vidare handläggning av patienten såsom behandling, hemgång eller inskrivning i slutenvård.”

Brist på erfarna specialister och arbetssätt där bemanningen på akutmottagningarna vilar i hög utsträckning på mindre erfarna läkare leder till att vistelsetiderna på akutmottagningen inte blir kortare.

Verksamhetscheferna på Mälarsjukhuset och Nyköpings lasarett anser att bakjournsverksamheten inte fungerar helt tillfredsställande på samtliga kliniker då det många gånger läggs ett alltför stort ansvar på juniora läkare på jourtid. På Kullbergsska sjukhuset är akutjouren för närvarande specialistkompetent med vana från kirurgi och ortopedi samt med kompetens att handlägga samtliga patienter som söker till en akutmottagning. Enligt intervjuerna är grundbemanningskompetensen förhållandevis hög på Kullbergsska och bakjourerna är därmed inte så hårt belastade.

Det pågår en satsning i regionen på att höja kompetensen bland läkarna genom att utöka bemanningen med fler akutläkare. Akutläkarsatsningen gäller i första hand Nyköpings lasarett och Mälarsjukhuset. Den allmänna satsningen på akutläkare i Sverige har dock medfört att det råder en brist på sådan kompetens vilket försvårat rekryteringen. Det kortsiktiga målet på Mälarsjukhuset är därför att ha akutläkare i tjänst under dagtid. I Nyköping arbetar akutläkarna även kvällar och helger samt delar på en barnjourlinje tillsammans med barnkliniken.

Bemanningen av sjuksköterskor ligger enligt verksamhetscheferna på en miniminivå på alla tre akutmottagningarna. På Mälarsjukhuset och Nyköpings lasarett tjänstgör sjuksköterskor från bemanningsföretag. På Kullbergsska sjukhuset är sjuksköterskeschemat relativt väl anpassat till patienttillströmningen. Det pågår också insatser för att öka kompetensen hos sjuksköterskorna med målsättningen att rekrytera specialistsköterskor inom akutvård. Regionen erbjuder också betald vidareutbildning till redan anställda sjuksköterskor.

Vårdlotsar finns på samtliga akutmottagningarna i regionen och sjukhusen har även bemannat upp med vårdnära servicepersonal.

Förändringar som kan påverka väntee- och vistelsetiden på akuten

Avgiftsfri primärvård och digitala vårdtjänster

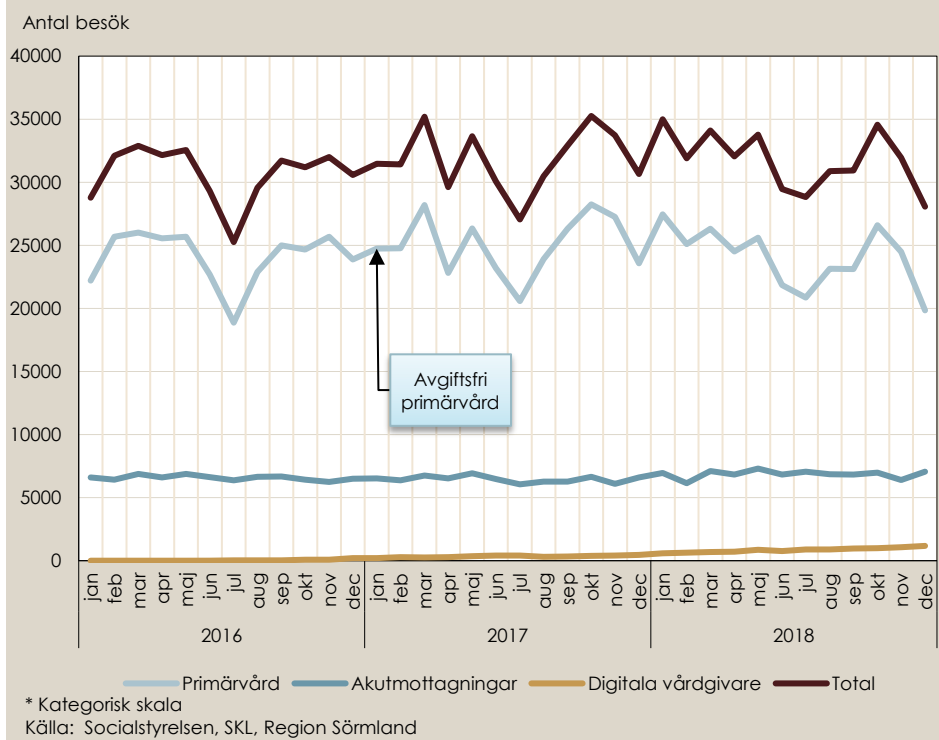
Sedan början av 2017 har skett förändringar i vårdutbudet i Region Sörmland vilket har skapat andra förutsättningar för invånarnas tillgänglighet till den öppna vården.

Region Sörmland införde som första region i Sverige avgiftsfri primärvård den 1 januari 2017. Målet var att genom högre tillgänglighet till primärvården styra över mer vård från den specialiserade vården och då i första hand akutsjukvården, till primärvården. Region Sörmland har i sin utredning "Utvärdering av avgiftsfri primärvård i Landstinget Sörmland" kartlagt och analyserat de effekter den avgiftsfria primärvården haft på vårdkonsumtion och sökmönster för åren 2016-2017. Ytterligare en förändring var utökade öppettiderna på vårdcentralerna samt förändrade lokala riktlinjer för vissa kronikergruppers behandlingsprogram med nya rutiner för omhändertagandet. Ytterligare en möjlighet till primärvården som tillkom under 2017 var etablerandet av en digital vårdgivare genom Doktor.se som förvärvade Vingåkers vårdcentral.

En fråga i denna studie har varit om det utökade utbudet av öppenvård har påverkat sökmönster och inflödet till akutmottagningarna. I detta syfte har utvecklingen av öppenvården i Sörmland kartlagts och data för läkarbesök inom primärvård, på akutmottagning samt besök hos digital vårdgivare sammanställts i figur 14.

Figur 14. Öppenvårdsbesök inom Region Sörmland

Antal läkarbesök inom primärvård, på akutmottagning samt digitala läkarbesök i Region Sörmland, 2016-2018*.



Som framgår av figur 14 har det inte skett någon ökning av läkarbesöken vare sig inom primärvården eller på akutmottagningarna under uppföljningsperioden 2016-2018. Den totala vårdkonsumtionen är oförändrad trots framväxten av den digitala vården vilket förklaras av att de digitala vårdbesöken endast utgör en mycket liten del av de totala besöken¹³.

Den ökning av sökande till primärvården som kunde ses i regionens uppföljning 2016 och 2017 bestod till övervägande del av besök till andra personalkategorier än läkare.

Läkarbesöken inom primärvården och på akutmottagningarna var i stort oförändrade och det kan därför inte påvisas något samband vare sig mellan införandet av den avgiftsfria primärvården, ökade digitala vårdtjänster och någon förändring av öppenvårdskonsumtionen.

"Överföring" av besök till primärvård.

Avsikten med att öka primärvårdens tillgänglighet var att hänvisa patienter med besvär som inte kräver akutmottagningens resurser, till exempel luftvägs- och urinvägsinfektioner till vårdcentralerna (bilaga 5). Även införandet av regionala behandlingsriktlinjer för vissa kronikergrupper under 2017 förväntades leda till att dessa patientgrupper i högre utsträckning skulle tas omhand i primärvården.

Den uppföljning som Region Sörmland gjorde under 2018 pekade på att besöken i primärvården för dessa patientgrupper ökade mellan 2016 och

¹³ I december 2018 utgjorde de digitala besöken 4 procent av totala antalet besök i Sörmland

2017, men att motsvarande minskning inte kunde ses inom akutvården under samma tidsperiod.

För att se om de förändrade patientströmmarna varit stabila över en längre tidsperiod har myndigheten inom ramen för denna studie även studerat primärvårdsdata för 2018 och uppgifter från PAR över läkarbesök på akutmottagningarna perioden 2016 – 2018. En jämförelse av tiden före och efter införandet av den avgiftsfria primärvården visade emellertid ingen förändring i sammansättningen av patienternas diagnoser, avseende på lätta och kroniska diagnoser. Antalet patienter med lätta diagnoser är istället cykliskt förekommande över året, med de högsta nivåerna under december – februari och de lägsta under sommarmånaderna. Under 2017 och 2018 ökade besöken i primärvården för de patientgrupper med kroniska sjukdomar där behandlingsriktlinjerna ändrats och tätare kontrollbesök rekommenderats. Någon motsvarande minskning av antalet kronikerbesök kunde dock inte ses för akutmottagningarna.

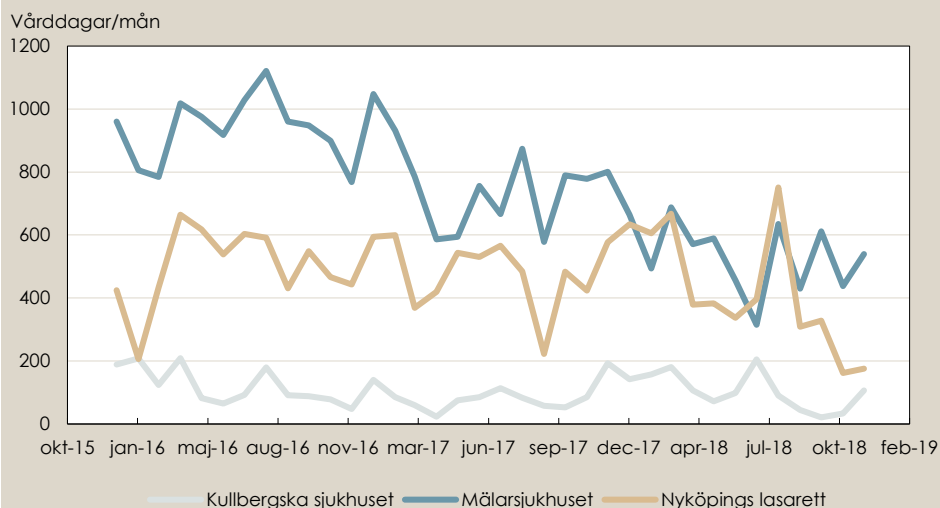
Effektivare samverkan om utskrivningsklara patienter

Landstinget Sörmland beslutade tillsammans med länets kommuner hösten 2017 att anta ”Riktlinjer för samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård i Sörmland” i linje med intentionerna i ”Trygg och effektiv utskrivning från slutenvård” [36].

I intervjuerna ansågs denna överenskommelse mellan landstinget och kommunerna ha lett till smidigare, mer strukturerade och därmed också kortare vårdplaneringstider vid utskrivning av patienter från slutenvården till den kommunala vården. Antalet vårddagar för färdigbehandlade patienter har minskat kraftigt, vilket frigjort vårdplatser och medverkat till en signifikant minskning av överbeläggningarna på Mälarsjukhusets vårdavdelningar (figur 15). Detta har i sin tur bidragit till en bättre situation vid inskrivningar från akutmottagningarna med minskande totala vistelsetider på akuten som följd.

Figur 15. Överbeläggningar och utlokaliserade patienter, Region Sörmland

Antal överbeläggningar och utlokaliserade patienter på sjukhusens vårdavdelningar 2016-2018*, redovisat som antal vård dagar per månad.



* Kategorisk skala

Källa: Socialstyrelsen och Region Sörmland

Ändrad arbetsorganisation

Den svaga men positiva trend med minskande väntetider som gäller för akutmottagningarna var något som diskuterades vid intervjuerna med verksamhetscheferna och divisionschefen. Enligt de intervjuade kan en del av förbättringarna tillskrivas de förändringar som genomförts i bemanning och arbetsorganisation.

Från intervjuerna framkom också att för Mälarsjukhusets och Nyköpings lasarets del har det varit viktigt att kompetensen höjts genom införandet av akutläkare. Akutläkarna på Mälarsjukhuset som har sin huvudsakliga arbetstid dagtid, tar nu hand om en betydande del av patientflödet, vilket framför allt förbättrat situationen för de internmedicinska besöken. Akutmottagningen har även initierat en CDU-disk (Clinical Decision Unit) där akutläkarna arbetar i team med sjuksköterska.

På Kullbergsska sjukhuset, som ännu inte har akutläkare, är det istället en förändrad arbetsorganisation med bland annat ledningsläkare och ett samarbete mellan akutmottagning, medicinsk akutvårdsavdelning (MAVA) och vårdavdelning som ansågs ha inneburit kortare vistelsetid på akutmottagningen, vilket sågs som en del av de fördelar som finns i det lilla sjukhusets mindre komplexa organisation.

Under intervjuerna kom det också fram att det pågår en uppbyggnad av bemanningen med flerakutläkare, satsning på att öka antalet sjuksköterskor med specialistkompetens inom akutvård för att ytterligare höja kompetensen på akutmottagningarna. Dessa satsningar har ännu inte kunnat omsättas i praktiken, då det råder brist på denna kompetens i landet.

Röntgenväntetiderna har tidigare varit långa, framförallt på Mälarsjukhuset. I dialog med röntgenavdelningen har ett förändrat arbetssätt

med separat flöde för akutpatienter på röntgen införts, vilket gjort att väntetiderna kunnat reduceras betydligt. Med egen laboratorieutrustning på akutmottagningarna har även svarstiderna för laboratorieprover kunnat minimeras.

Ytterligare en förändring som de intervjuade lyfter kan ha medverkat till förbättrade väntetider på akutmottagningarna är att bemanningen på vårdavdelningarna har ökat. Detta har medfört att flera vårdplatser har kunnat hållas öppna. Andra förändringar som också har medverkat till att vistelsetiden på akuten kunnat minska är att samarbetet med kommunerna utvecklats så att kommunerna snabbare kunnat ta hem färdigbehandlade patienter, vilket har frigjort vårdplatser och avlastat vårdavdelningarna som i sin tur snabbat upp inskrivningarna av patienter från akutmottagningen.

Ett positivt förändringsklimat

De tre verksamhetscheferna är överens om att man kunnat motivera och få igenom satsningar som varit ämnade att förbättra väntetidssituationen. Gensvaret uppåt i ledningsorganisationen har varit positivt och akutmottagningarna har prioriterats de senaste åren vilket underlättat förbättringsarbetet på följande sätt:

”... i en stor landstingsorganisation är genomslag och förverkligande av förändringar många gånger en lång process. Uttrycket att "droppen urholkar stenen" kan sägas ha sitt berättigande i detta fall. För akutmottagningarna, som tidigare har varit lite på undantag, har det dock skett en betydande förändring med bland annat ökade resurser för en förstärkt bemanning”.

De förändringar i organisationen som påverkar personalen på divisions- och kliniknivå, det vill säga sjuksköterskorna och de medicinska sekreterarna, handlar i många fall om förändrade rutiner och arbetssätt. Verksamhetscheferna upplever att inställningen till förändringsarbete i huvudsak varit positiv, i synnerhet om det involverar frågor som endast berör den egna enheten eller divisionen. I frågor som även berör andra divisioner och enheter är engagemanget för förändringar svagare. Det finns en känsla av delaktighet som tillskrivs det kvalitetsråd där medarbetare arbetar fram förslag på förändringar och förbättringar. Förslag som sedan lyfts till ledningsgruppen.

Diskussion och slutsatser

Under de år Socialstyrelsen följt upp tillgängligheten inom akutsjukvården med mätning av vistelse- och väntetider på landets akutmottagningar, har situationen på Region Sörmlands tre akutmottagningar varit bekymmersam med långa vistelsetider.

Akutsjukvård är en komplex verksamhet och det är många förhållanden inom och utanför akutmottagningarna som påverkar tillgängligheten. Av denna analys framgår att det inte är en enskild faktor som ligger bakom långa vistelse- och väntetider på akuten. Snarare är det en kombination av faktorer som inflöde, arbetsorganisation och bemanning samt utflödet från akutmottagningen.

Variationer i sökmönster påverkas även av behoven hos befolkningen. Befolkningens behov förändras över tid och påverkas också av förändringar i omgivningen vilket ytterligare bidrar till komplexiteten i akutmottagningens uppdrag. Vi har dock inte undersökt vilka faktorer som påverkar patienternas sökmönster inom ramen för denna studie. För att minska att patienter med lättare åkommor och patienter med vissa kroniska sjukdomar söker akuten har Region Sörmland genomfört ett antal förändringar som ökat primärvårdens tillgänglighet. En sådan förändring är att primärvården är avgiftsfria vardagar, dagtid. En annan åtgärd är ökade öppettider inom och ytterligare en är ändrade behandlingsriktlinjer med tätare kontroller för kroniker. Den uppföljning som gjorts inom ramen för denna studie visar emellertid att inflödet av patienter på akutmottagningarna är oförändrat och inte har påverkats av dessa förändringar. Däremot har antalet besök i primärvården ökat.

Under de år som studerats har digitala vårdtjänster ökat nationellt och även i Region Sörmland, där dessutom en av de nationella aktörerna etablerat sig. De digitala besöken har ökat kraftigt, men de har inte haft någon märkbar effekt på antalet besök inom primärvården eller på akutmottagningarna.

De minskade vistelsetiderna på framförallt akutmottagningarna vid Mälarsjukhuset och vid Nyköping lasarett kan därför inte förklaras av ett minskat inflöde av patienter. Mycket talar för att det är de ändrade förutsättningarna för arbetet på akutmottagningarna och en snabbare utskrivning av färdigbehandlade patienter som påverkat vistelsetiderna.

Vad gäller arbetet inne på akutmottagningarna är uppfattningen hos verksamhetscheferna att den lägre tillgängligheten till övervägande del haft sin grund i svagheter i bemanning och kompetens. Verksamhetschefernas bedömning är att det nu finns en annan inställning och beredvillighet hos regionledningen att satsa på akutsjukvården. I fråga om bemanning är det förutom en satsning på att höja sjuksköterskekompetensen, framför allt akutläkarsatsningen som framhålls. En utmaning är dock att det råder brist på såväl färdigutbildade akutläkare som specialistsköterskor inom akutvård. Införandet av ledningsläkare lyfts en god erfarenhet. Någon större, mer genomgripande förändring av arbetsorganisation har inte gjorts på någon av akutmottagningarna inom regionen, vare sig rent allmänt eller som en följd av akutläkarsatsningen. Visst teamarbete förekommer men arbetet bedrivs till övervägande delen med sjuksköterskeledd triage och i traditionella klinikflöden.

Genom förändrade rutiner för akutröntgen på Mälarsjukhuset har tidigare långa väntetider till röntgen kortats., Tillgång till egen laboratorieverksamhet vid akutmottagningen har också medverkat till kortare vistelsetider.

Samordningen med sjukhuset i övrigt och då framför allt med vårdavdelningarna har kommit olika långt på de tre akutsjukhusen. Verksamhetschefen på Kullbergska pekar på att detta delvis har att göra med att samordning och samverkan är enklare inom en mindre organisation.

Ett vanligt bekymmer vid akutmottagningarna är att den regelmässiga ansamlingen av patienter från lunch till sen eftermiddag som är följden av ett stort inflöde av patienter under denna tid inte balanseras upp med ett motsvarande utflöde till hemmet, eller annat boende eller inskrivning i

slutenvård. Ett alltför sent frigörande av vårdplatser är ett generellt problem som förlänger väntetiden för den grupp av patienter som skrivs in. Även i detta avseende har situationen förändrats vid framför allt Mälarsjukhuset genom att bemanningen på vårdavdelningarna ökat något samt att patienter som är färdigbehandlade skrivs ut snabbare.

Analys av tillgänglighet och väntetider i fyra regioner

Inledning

Fokus för denna studie har varit att besvara frågan: Hur kan en regions samlade agerande när det gäller styrning, organisation och administration påverka tillgänglighet och väntetider?

Styrning definieras som de åtgärder som ledningen på olika nivåer vidtar för att säkerställa organisationens genomförande av mål och strategier. Organisation definieras som de enheter och komponenter som tillsammans ingår och strävar efter samma mål. Med administration avses aktiviteter och processer som utförs inom en organisation.

Studiens syfte

Studien är begränsad till att undersöka hur regionerna arbetar med tillgänglighet inom den specialiserade vården. För att göra uppdraget praktiskt genomförbart har undersökningen begränsats till att studera fyra regioner samt fyra sjukdomsområden inom specialistvården.

Rapporten fokuserar på tillgänglighet och kommer inte närmare analysera andra aspekter som innefattas i begreppen patientsäkerhet och kvalitet.

Studien bör ses som en utforskande pilotstudie som ger ett underlag för att närmare undersöka likheter och skillnader mellan regionernas arbete med tillgänglighet i vården. Förhoppningen är att studien ska tjäna som inspiration för regionernas arbete med att styra och organisera vården mot en bättre tillgänglighet och kortare väntetider.

Material och metod

Intervjustudier

Studiens kvalitativa analys baseras på intervjuer med representanter från de utvalda regionerna. Den gör inte anspråk på att vara en heltäckande analys för hur alla regioner och sjukdomsområden i landet arbetar med väntetider och tillgänglighet.

För att undersöka uppdragets huvudfrågeställning ”*Hur regioner arbetar med tillgänglighet och väntetider*” genomfördes semistrukturerade intervjuer med tjänstemän på olika organisatoriska nivåer i de utvalda regionerna. Respondenterna valdes ut i dialog med respektive region. Totalt intervjuades 34 personer (tabell 6). Intervjuerna baserades på fördefinierade frågemallar kopplade till huvudfrågeställningen för studien (tabell 7).

I samråd med SKL valdes regionerna Skåne, Västra Götaland, Kalmar och Halland ut för att ingå i analysen. Kriterierna för urvalet var olika grad av centraliserad styrning av tillgänglighetsarbetet samt olika utfall vad gäller väntetider. Flest intervjuer gjordes med respondenter från Skåne och Västra

Götaland. Samtliga 34 respondenter intervjuades under november och december 2018.

Tabell 6. Regionrepresentanter som deltog i intervjustudien

Antal respondenter per verksamhetsnivå och region

Område	Skåne	VGR	Halland	Kalmar	Totalt
Regionnivå	8	4	3	3	18
Sjukhusnivå	0	1	3	0	4
Verksamhetsnivå	3	7	1	1	12
Totalt	11	12	7	4	34

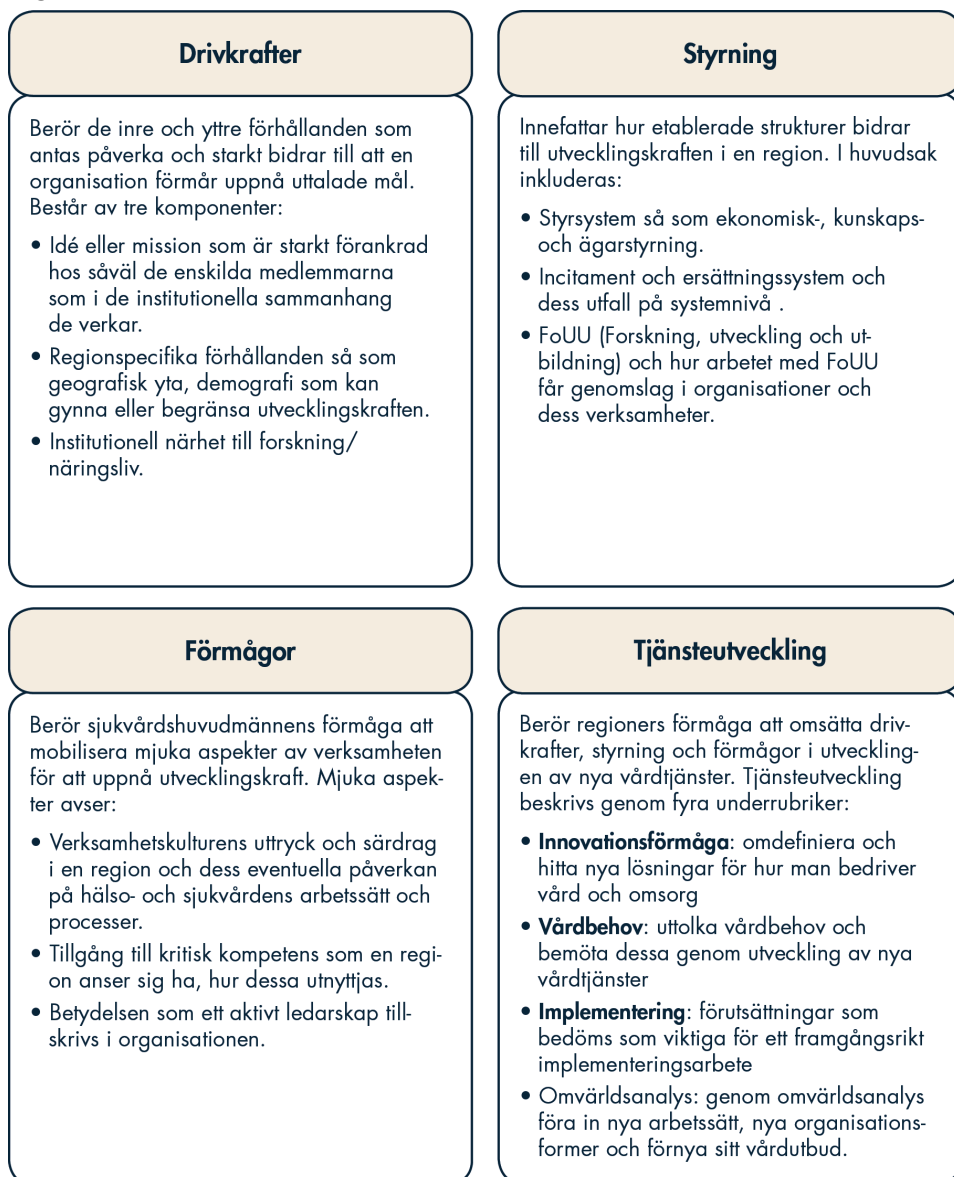
Tabell 7. Frågemall för intervjuer med regionrepresentanter

Fråga	
1	Hur följer man organisatoriskt upp aktuella väntetider centralt/ på sjukhusnivå?
2	Hur aktuella och tillförlitliga är uppgifterna om antalet på väntelista?
3	Hur används uppgifter om väntetider i planeringen och styrningen av vården?
4	Finns det behov av andra uppgifter för att styra regionens arbete med tillgänglighet och väntetider?
5	Involveras patienter och anhöriga i arbetet med att säkra acceptabla väntetider? På vilket sätt?
6	Vilka system/hjälpmiddel finns för att underlätta administrationen av väntelistorna?
7	Vilken strategi och åtgärdsplan finns för att korta väntetiderna?
8	Hur arbetar ni kring kultur och attityder vad gäller köer och upplever du att det finns stora skillnader mellan olika kliniker/olika chefer?
9	Har det genomförts konkreta åtgärder för att förkorta och/eller förebygga väntetider de senaste 5 åren?
10	Vilka väntetider är svårast att komma till rätta med och varför?
11	Om du skulle ta ett krafttag mot problemet med köer inom din region, vilka skulle vara dina topp tre prioriterade åtgärder och varför?

Intervjuerna analyserades genom att extrahera relevanta svar för varje fråga. Därefter granskades svaren för att systematiskt identifiera likheter och skillnader mellan regioner och sjukdomsområden.

Sammanställningen av svaren gjordes enligt ramverket ”Utvecklingskraft” som Socialstyrelsen utvecklat för att beskriva en regions förmåga att på ett strukturerat och systematiskt sätt ta till vara olika förmågor i organisationen och med detta kan skapa ett underlag för utveckling och förnyelse i verksamheten. Modellen innehåller fyra övergripande systemfaktorer; drivkrafter, styrning, förmågor och tjänsteutveckling (figur 16) [37]. Resultatet från sammanställningen analyserades därefter för att generera slutsatser kring hur regioners samlade agerande när det gäller styrning, organisation och administration, kan påverka tillgänglighet och väntetider.

Figur 16. Utvecklingskraft och de fyra övergripande systemfaktorer som utgör ramverket



Den 15 januari 2019 genomfördes en workshop i Malmö för att stämma av och diskutera det material som sammanställts. Inbjudna var de som intervjuats, hälso- och sjukvårdsdirektörerna i de fyra regionerna de regionala väntetidssamordnarna samt representanter för SKL och Socialstyrelsen.

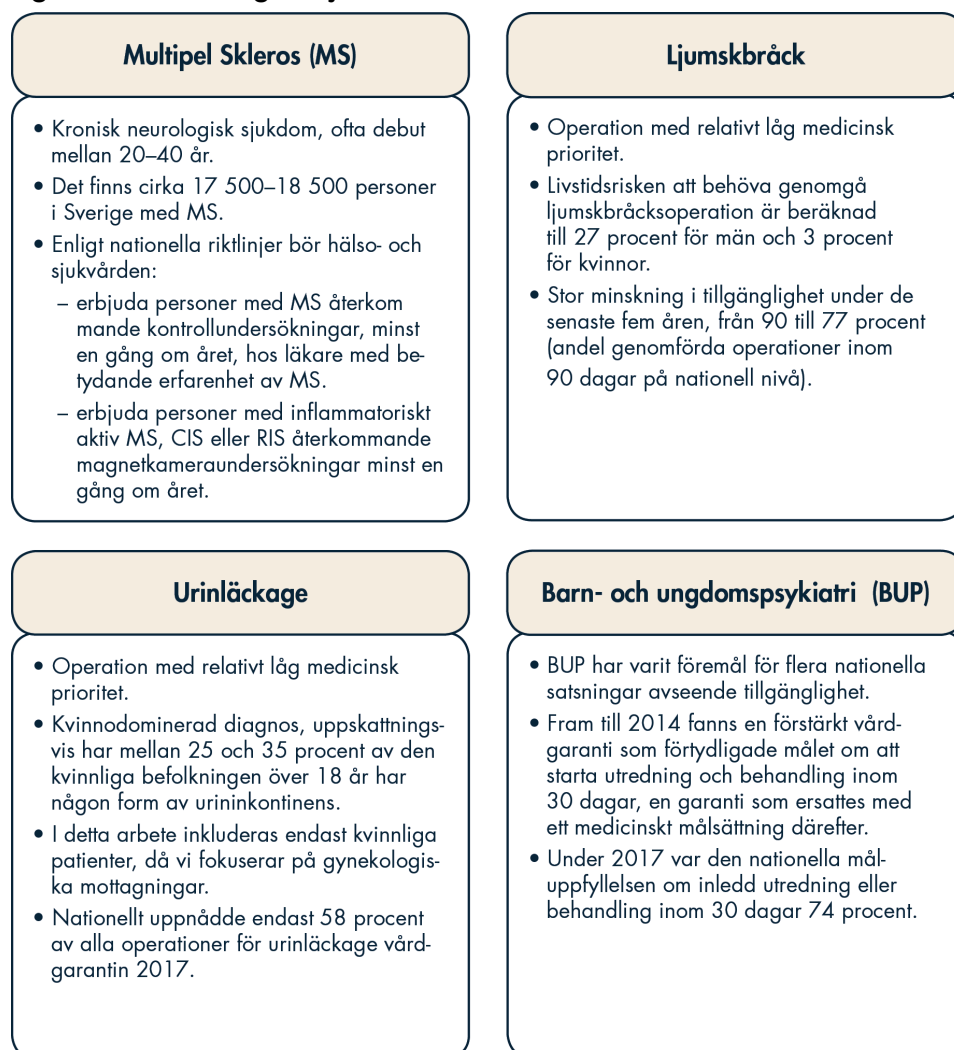
Urval av sjukdomsområden

Fyra sjukdomsområden valdes också ut för närmre studier (figur 17). Dessa var; ljumskbräck, urinläckage, multipel skleros (MS) och barn- och ungdomspsykiatri (BUP).

Valet av sjukdomsområden skedde med målsättningen att utifrån studiens förutsättningar belysa en någorlunda bred representation av olika diagnoser

och behandlingar. I figur 1 ges en översiktlig beskrivning av respektive område.

Figur 17. Beskrivning av sjukdomsområden



Analys av tillgänglighet och väntetider

För att få en nulägesbild av väntetiderna i de fyra regionerna och för de fyra diagnoserna samt för regionen totalt, har data för perioden 2013 – 2018 hämtats från den nationella väntetidsdatabasen, Väntetider i vården från SKL [38] (figur 18). För MS har data hämtats från kvalitetsregistret Svenska Neuroregister [39]. Analysen av ljumskräck, urininkontinens och BUP gjordes med mått som används i den nationella väntetidsdatabasen. För MS är återkommande undersökningar en förutsättning för rätt behandling. Då återbesök inte inkluderas inom vårdgarantin, och därmed inte följs inom väntetidsdatabasen, analyserades istället måluppfyllelsen i förhållandet till Socialstyrelsens nationella riktlinjer. Svenska Neuroregister innehåller två indikatorer för MS som är kopplade till rekommendationerna i nationella riktlinjer för återbesök. Data för dessa mått hämtades från registret för tidsperioden 2013 – 2018.

Figur 18. Indikatorer som använts för att mäta väntetider i specialistvården

<u>Andel väntande på första besök eller operation/ åtgärder</u>	
<i>90 dagar</i>	Visar andelen patienter med beslut om första besök eller operation/ åtgärd som väntat mindre än 90 dagar. Detta mått beskriver hur många patienter som är uppsatta på en väntelista under vid en viss tidsperiod. Värden i denna rapport avser november månad för varje redovisat år.
<u>Andel genomförda första besök eller operation/ åtgärder</u>	
<i>90 dagar</i>	Visar andelen patienter som genomfört första besök eller operation/ åtgärd inom 90 dagar från att beslutet fattades. Detta mått beskriver hur många behandlingar och besök som faktiskt genomfördes under en viss period. Värden i denna rapport avser helåret för varje redovisat år.
<u>Årligt besök hos läkare inom specialistvården</u>	
<i>12 mån</i>	Andelen personer med MS som haft minst ett läkarbesök inom den öppna specialiserade vården under det senaste året
<u>Regelbundna MR-kontroller</u>	
<i>24 mån</i>	Andelen personer (yngre än 60 år) med skovist förlöpande MS och som har genomgått minst en magnetkameraundersökning (MR) under de senaste två åren.

Kvantitativa data analyserades och sammanställdes per region och sjukdomsområde. Vid tidpunkten för extrahering fanns inte data för helåret 2018 för andel genomförda första besök eller operation/åtgärd. Därför redovisas dessa data endast för perioden 2013 – 2017.

Resultat

Väntetider till ett första läkarbesök i specialistvård

För Sverige i stort har andelen första besök till specialiserad vård som genomförts *inom 90 dagar* sjunkit med fyra procentenheter under perioden 2013 -2017. I absoluta termer ökade det totala antalet genomförda första besök från cirka 1,7 miljoner år 2013 till cirka 1,9 miljoner år 2017, en ökning med 10,8 procent [38].

Hur antalet faktiskt genomförda besök har utvecklats mellan 2013 och 2017 i de studerade regionerna skiljer sig dock markant (tabell 8). I Halland och Kalmar har antalet första besök minskat medan antalet första besök har ökat i Skåne och Västra Götaland. I Skåne uppgår ökningen till hela 21,1 procent. Det skall dock understrykas att detta bara avser antalet första besök, inte det totala antalet besök som genomförs inom hälso- och sjukvården inom regionerna.

Tabell 8. Antal genomförda första besök 2013 respektive 2017.

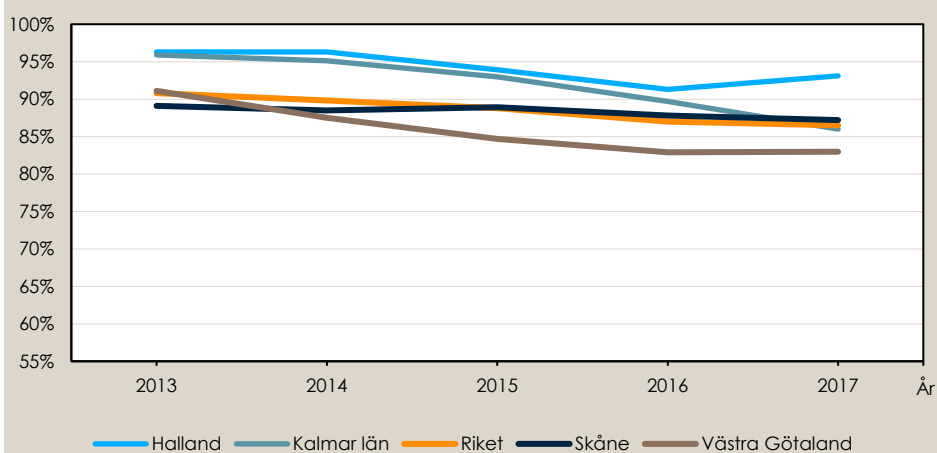
Tabellen visar även den procentuella förändringen i produktion mellan åren¹

Region	2013	2017	Förändring (%)
Halland	54 412	49 047	- 9,9
Kalmar	50 583	46 650	- 7,8
Västra Götaland	272 018	293 247	7,8
Skåne	258 020	312 798	21,1

Av figur 19 framgår att precis som i resten av landet har väntetiderna till ett första besök inom specialiserad vård i Halland, Kalmar, Skåne och Västra Götaland försämrats under tidsperioden. I två av regionerna har andel första besök inom 90 dagar försämrats även under perioden 2016 – 2017. Av de utvalda regionerna står Kalmar och Västra Götaland för den största försämringen. Undantaget är Halland, som har en försämring de första tre åren av jämförelseperioden, men en förbättring under 2016.

Figur 19. Besök i specialiserad vård inom 90 dagar

Andel första besök som genomförts inom 90 dagar inom specialiserad vård, utveckling över tid.

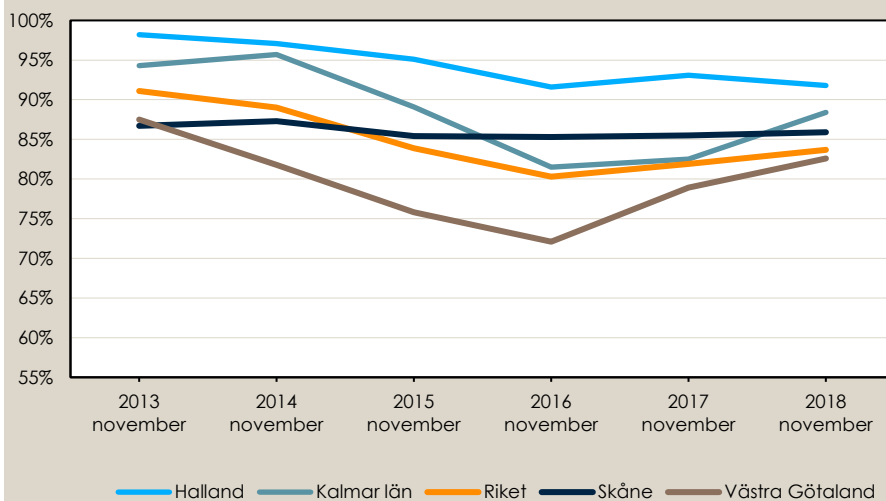


Källa: SKL, Väntetidsdatabasen 2018

Andelen patienter på väntelista för ett första besök som väntat *kortare än 90 dagar* har minskat under tidsperioden 2013–2018 med sju procentenheter i riket totalt (figur 20). Även denna parameter visar försämringar i de fyra regionerna. År 2016 uppvisade Halland, Kalmar och VGR sina lägsta resultat. Under perioden 2016 – 2018 har dock alla regioner förbättrat sin tillgänglighet. I Skåne har andelen av patienterna på väntelistorna som väntat mindre än 90 dagar legat relativt konstant runt 85 procent.

Figur 20. Andel som väntat 90 dagar eller kortare på första besök

Andel patienter som väntat 90 dagar eller kortare på första besök inom specialiserad vård under november månad, utveckling över tid



Källa: Sveriges Kommuner och Landsting, Väntetidsdatabasen

Väntetider till operation/ åtgärd

Under tidsperioden 2013 – 2017 minskade det totala antalet genomförda operationer på de områden som ingår i väntetidsdatabasen marginellt, från cirka 603 000 år 2013 till cirka 602 000 år 2017 [35]. Analyserar vi utvecklingen i de utvalda regionerna finns det återigen skillnader. I Halland och Kalmar ökade antalet genomförda operationer medan antalet minskade i Västra Götaland och Skåne (tabell 9).

Tabell 9. Antal genomförda operationer/åtgärder 2013 respektive 2017.

Tabellen visar även den procentuella förändringen i produktion mellan åren.

Region	2013	2017	Förändring (%)
Halland	22 812	24 977	9,5
Kalmar	14 167	16 821	18,7
Västra Götaland	106 880	105 868	-0,9
Skåne	85 117	79 711	-6,4

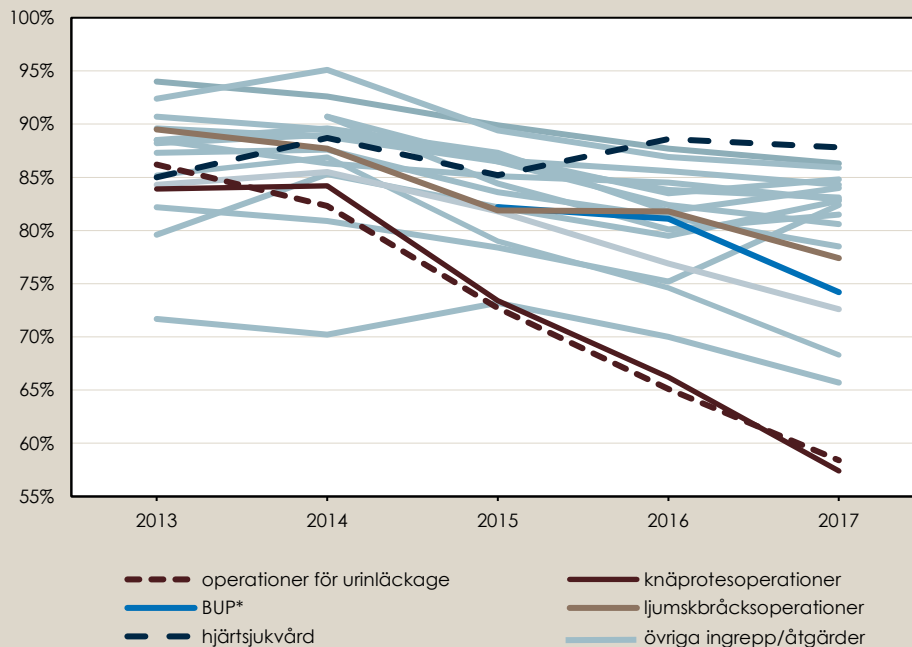
Källa: SKL, Väntetidsdatabasen, 2018

Väntetiderna till operationer/åtgärder har under perioden försämrats inom 18 av de 20 specialistområden som redovisas i väntetidsdatabasen (figur 21).

I klartext betyder det att en större andel av det totala antalet operationer/åtgärder sker efter längre väntetid än den lagstadgade väntetidsgränsen om 90 dagar. Endast inom ett specialistområde, hjärtsjukvård, har tillgängligheten till operation/åtgärder förbättrats något. Operationer/åtgärder med högre medicinsk prioritet har påverkats mindre än områden med låg medicinsk prioritet. Operationer för urinläckage står för den största försämringen, med 28 procent.

Figur 21. Operationer/åtgärder som genomförts inom 90 dagar inom specialiserad vård

Andel operationer/åtgärder inom de fyra studerade diagnoserna som genomförts inom 90 dagar inom specialiserad vård, för riket. Övriga områden som ingår i väntetidsdatabasen redovisas som referens.

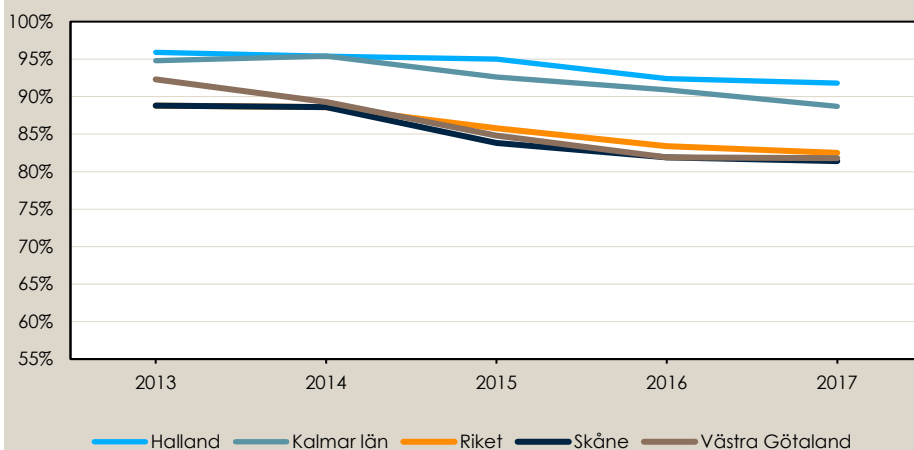


Källa: SKL, Väntetidsdatabasen, 2018

Trenden i tillgängligheten är densamma i de fyra regionerna som för riket generellt. Skåne och Västra Götaland står emellertid för en större försämring än Halland och Kalmar som under hela jämförelseperioden har en bättre tillgänglighet till operationer/åtgärder än riksgenomsnittet (figur 22).

Figur 22. Tillgänglighet till operationer/åtgärder inom 90 dagar

Andel operationer/åtgärder som genomförts inom 90 dagar inom specialiserad vård, utveckling över tid.

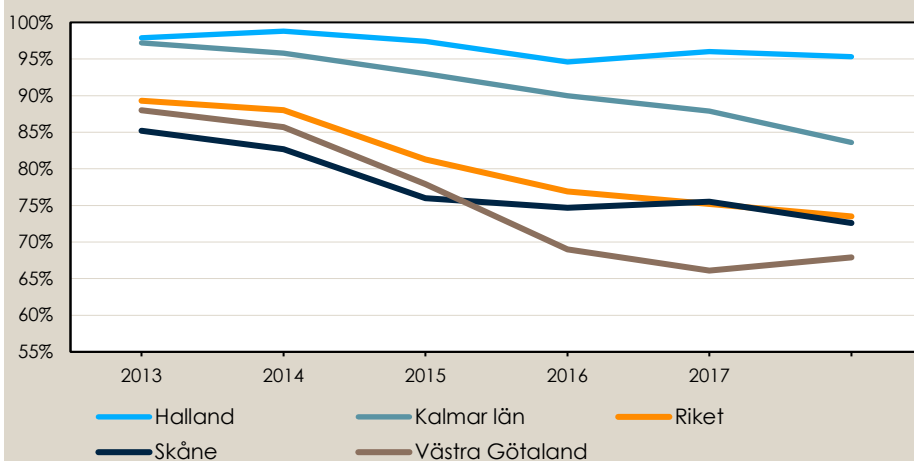


Källa: SKL, Väntetidsdatabasen, 2018

För parametern *andel av patienter på väntelistan som väntat 90 dagar eller kortare på operation/åtgärd* har tillgängligheten nationellt försämrats med 16 procentenheter, från 90 procent till 74 procent, mellan 2013 och 2018 (figur 23). Det betyder att på nationell nivå har mer än en fjärdedel av dem som väntar på operation/åtgärd väntat längre än den lagstadgade gränsen om 90 dagar.

Figur 23. Andel som väntat ≤ 90 dagar på operation/åtgärd

Andel av patienter på väntelistan som väntat 90 dagar eller kortare på operation/åtgärd, utveckling över tid.



Källa: SKL, Väntetidsdatabasen, 2018

I linje med den nationella trenden har även de utvalda regionerna en mindre andel patienter i kö till operation/åtgärd som väntat kortare än 90 dagar. Av de utvalda regionerna står Skåne och Västra Götaland för den största

försämringen och båda dess regioner har ligger under riksgenomsnittet. I Västra Götaland ökade dock andelen som väntat mindre än 90 dagar på väntelista mellan 2017 och 2018.

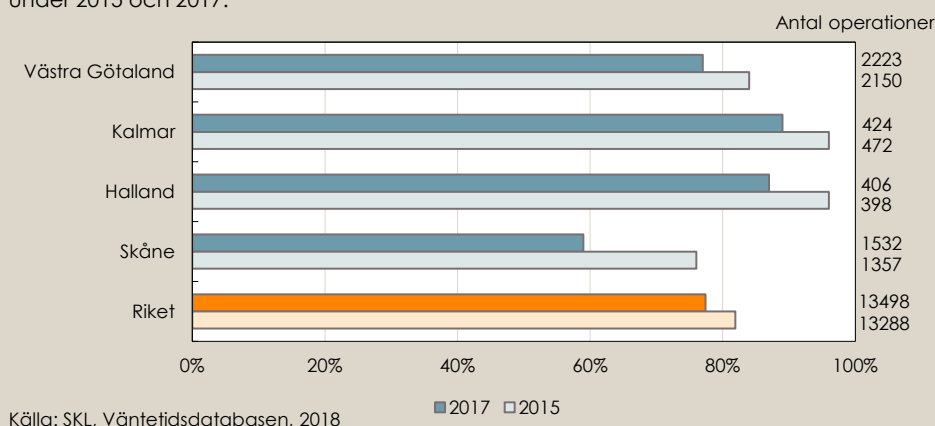
Jämförelser av regionernas väntetider för de utvalda diagnosområdena

I Kalmar genomförs 89 procent av ljumskbråcksoperationerna inom 90 dagar

Med undantag för Kalmar ökade det totala antalet genomförda ljumskbråcksoperationer i regionerna–2017 jämfört med 2015 (figur 24). Andelen operationer som genomförs inom 90 dagar minskade däremot i samtliga regioner under perioden. I Skåne har antalet ljumskbråcksoperationer ökat mest, trots detta har tillgängligheten försämrats mest (-17 procentenheter).

Figur 24. Ljumskbråcksoperationer inom 90 dagar

Andel ljumskbråcksoperationer som genomförts inom 90 dagar i respektive region under 2015 och 2017.



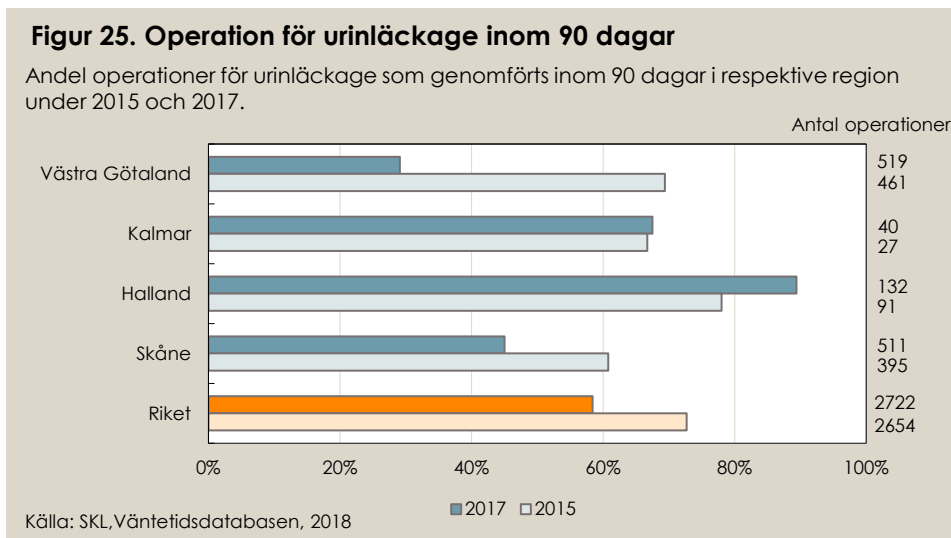
Ett annat sätt att mäta väntetider är att vid en specifik tidpunkt undersöka hur många patienter som väntar på en viss operation eller åtgärd, samt hur många av dessa som väntat längre än vårdgarantins 90 dagar. I denna studie har situationen i november 2015 jämförts med situationen i november 2017 (tabell 10). Antalet väntande ökade mellan de båda mättillfällena i samtliga undersökta regioner med undantag för Skåne. Andelen patienter som väntat längre än 90 dagar har ökat i samtliga regioner. Störst ökning syntes i Västra Götaland.

Tabell 10. Totalt antal väntande till ljumskbråcksoperation i november 2015 respektive november 2017, samt antal och andel av dessa som väntat längre än 90 dagar.

Region	2015			2017		
	Totalt antal väntande, november 2015	Antal som väntat > 90 dagar	Andel som väntat > 90 dagar	Totalt antal väntande, november 2017	Antal som väntat > 90 dagar	Andel som väntat > 90 dagar
Västra Götaland	589	131	22 %	866	331	38 %
Kalmar	61	2	3 %	99	6	6 %
Halland	65	0	0 %	83	4	5 %
Skåne	435	89	20 %	419	122	29 %
Riket	3020	477	16 %	3362	777	23 %

Källa: SKL, Väntetidsdatabasen, 2018

I Halland genomförs 89 procent av urinläckageoperationerna inom 90 dagar
 Antalet urinläckageoperationer har ökat i alla utvalda regioner förutom Västra Götaland 2017 jämfört med 2015 (figur 25). Andelen urinläckageoperationer som genomförs inom 90 dagar ökade i Halland och Kalmar men minskade i Västra Götaland och Skåne.



Vid jämförelse av situationen i november 2015 och den i november 2017 (tabell 11) är det tydligt att antalet patienter som väntade på operation ökat i samtliga undersökta regioner. I två av regionerna, Västra Götaland och Halland hade även andelen patienter som väntat längre än 90 dagar ökat; i Västra Götaland med över 30 procentenheter. I Kalmar och Skåne hade istället denna andel sjunkit mellan mätillfällena.

Tabell 11. Totalt antal väntande till operation för urinläckage i november 2015 respektive november 2017, samt antal och andel av dessa som väntat längre än 90 dagar.

Region	2015			2017		
	Totalt antal väntande, november 2015	Antal som väntat > 90 dagar	Andel som väntat > 90 dagar	Totalt antal väntande, november 2017	Antal som väntat > 90 dagar	Andel som väntat > 90 dagar
Västra Götaland	134	12	9 %	254	102	40 %
Kalmar	7	1	14 %	15	1	7 %
Halland	26	0	0 %	36	1	3 %
Skåne	131	38	29 %	162	38	23 %
Riket	766	86	11 %	937	199	21 %

Källa: SKL, Väntetidsdatabasen, 2018

I Skåne påbörjas 94 procent av alla utredningar och behandlingar inom BUP inom 30 dagar

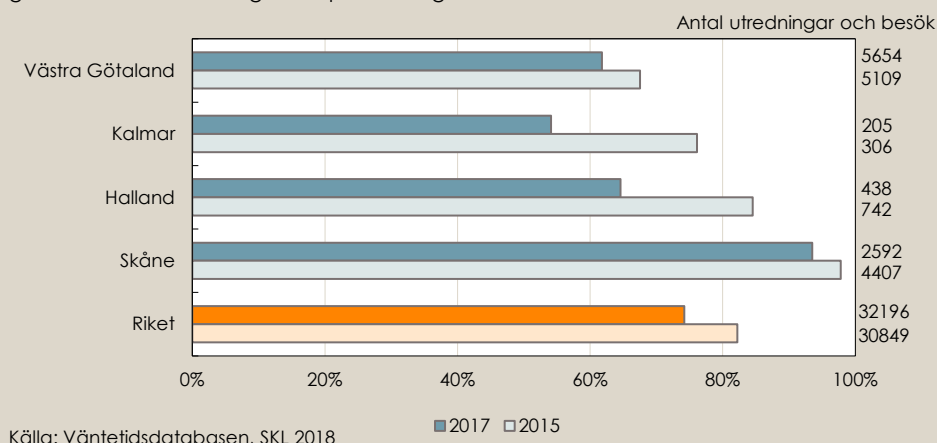
Nationellt finns en målbild om att starta utredningar och behandlingar inom BUP inom 30 dagar, ett mål som tidigare var en del av den förstärkta vårdgarantin, men som försvann i samband med att Kömiljarden 2016 upphörde.

Det totala antalet genomförda utredningar/behandlingar har under tidsperioden ökat i alla utvalda regioner förutom Halland (figur 13). Andelen utredningar/behandlingar som påbörjas inom 30 dagar försämrades också i samtliga regioner liksom i riket i stort. (figur 26).

Trots en stor ökning i antal startade utredningar och behandlingar i Skåne har tillgängligheten endast försämrats marginellt. Trots en produktionsökning med 10 procent har tillgängligheten minskat något i Västra Götaland.

Figur 26. Utredning och behandling inom BUP inom 90 dagar

Andel utredningar och behandlingar inom barn- och ungdomspsykiatri som genomförts inom 90 dagar i respektive region under 2015 och 2017.



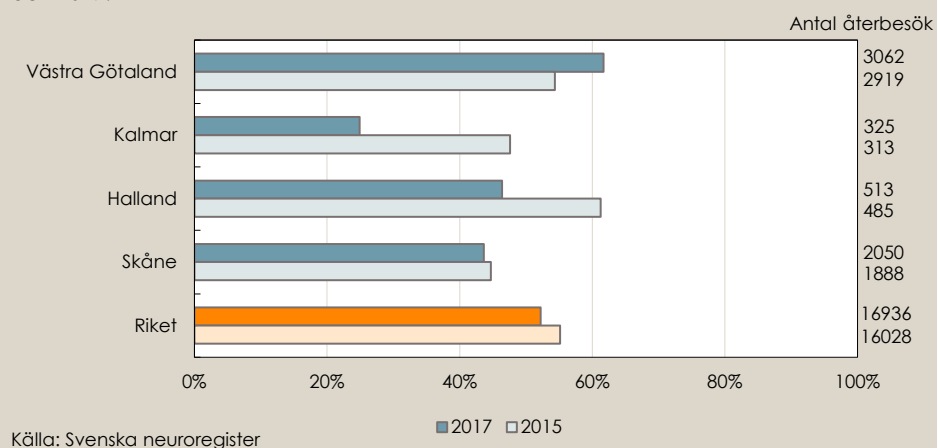
I Västra Götaland får flest patienter återbesök och undersökningar i enlighet med nationella riktlinjer för MS-vård

Under tidsperioden har antalet patienter med multipel skleros ökat i samtliga regioner (figur 27). Även det totala antalet återbesök till läkare för patientgruppen ökade under tidsperioden. Däremot har andelen patienter som, i enlighet med nationella riktlinjer, får återbesök till läkare minst en gång om året försämrats i samtliga regioner förutom i Västra Götaland.

Inga av de utvalda regionerna når målnivån om 80 procent som anges i Socialstyrelsens nationella riktlinjer [40]. Tillgängligheten har försämrats mest i Halland och Kalmar trots mindre förändringar i regional prevalens. I Västra Götaland har tillgängligheten till återbesök inom den specialiserade vården förbättrats något trots ökad regional prevalens.

Figur 27. Återbesök till läkare vid MS

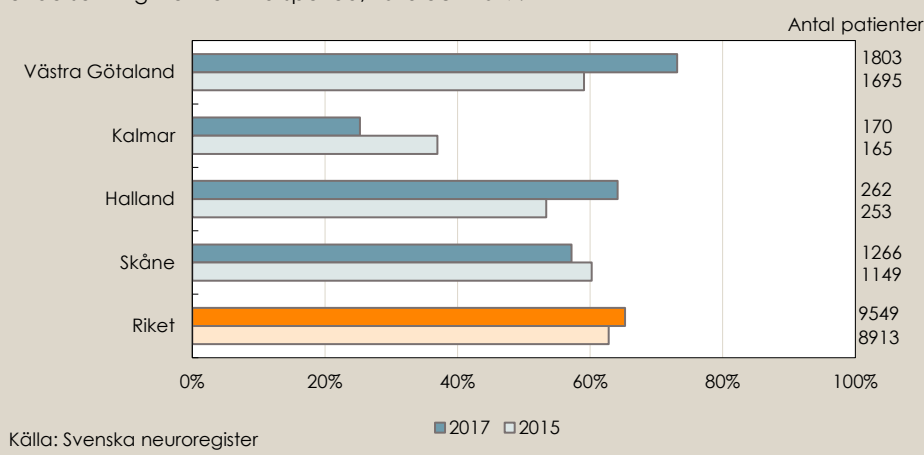
Andel patienter med multipel skleros som fått återbesök minst en gång om året, 2015 och 2017.



För parametern, *andel patienter med skovvist förlöpande MS som får minst en MR-undersökning inom två år*, försämrades tillgängligheten i Skåne och Kalmar (figur 28). Av de utvalda regionerna har Västra Götaland för den högsta tillgängligheten och den största förbättringen när det gäller kontroller och återbesök inom MS-vården. I Halland har tillgängligheten förbättrats något. I samtliga regioner sker en mindre ökning av antalet patienter med skovvis förlöpande MS.

Figur 28. MR-undersökning vid skovvis MS

Andel patienter med skovvis multipel skleros som genomfört minst en MR-undersökning inom en 2-årsperiod, 2015 och 2017.



Hur arbetar regionerna med tillgänglighet?

För att beskriva hur regionerna arbetar med tillgänglighet och väntetider har ramverket ”Utvecklingskraft” [37] använts. Ramverket består av fyra övergripande systemfaktorer med fördefinierade faktorer (figur 16). Sammanställningen av intervju svaren presenteras nedan för respektive systemfaktor.

Styrning

Styrning är ett brett begrepp som kan brytas ned i olika komponenter. Inom ramverket ”Utvecklingskraft” handlar styrning om att förstå för hur etablerade styrstrukturer bidrar till utvecklingskraften i en region.

Denna studie fokuserar på hur styrning från högsta ledningen påverkar verksamhetens arbete med tillgänglighet, hur tillgängligheten ingår i verksamhetsplanering på kort och lång sikt samt hur regionerna följer upp utfallet av tillgänglighetsarbetet. Utöver detta undersöks även vilka ersättningsmodeller som används i regionerna samt i vilken mån tillgänglighetsaspekten ingår i dessa.

Hur sker inrapportering och uppföljning av väntetider?

I samtliga regioner utgör den data som rapporteras in till Väntetidsdatabasen på månadsbasis utgångspunkt för uppföljningen av väntetider. I Halland, Kalmar och Skåne rapporterar enskilda kliniker/verksamheter manuellt in information till SKL om aktuellt antal väntande samt vilka besök och operationer/åtgärder som utförts. Detta görs varje månad. Innan data rapporteras in sker en lokal kvalitetskontroll, exempelvis av de patienter som väntat längre än 90 dagar i kö. I Västra Götaland genereras data automatiskt varje månad i ett regionövergripande system som kopplar ihop data från flera olika patientadministrativa system.

De intervjuade svarar mycket lika på frågorna om hur informationen sedan sammanfattas. Den analys som görs är relativt enkel och data på regional nivå hämtas ut från Väntetidsdatabasen (Halland, Kalmar och Skåne) eller

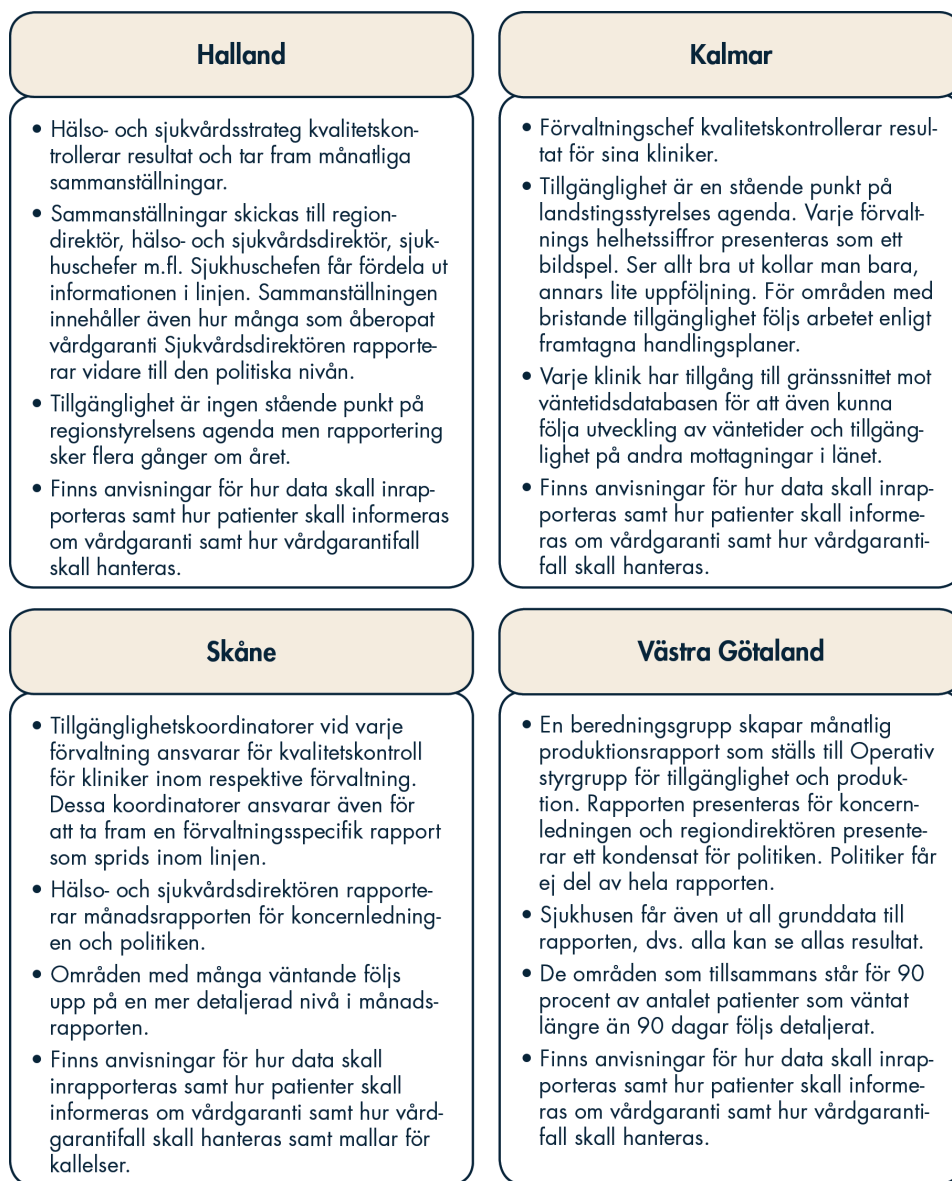
från Verksamhetsstatistik¹⁴ (Västra Götaland) och sammanställs i en rapport som sprids internt. Vilken funktion som inom varje region ansvarar för att göra datautdraget, genomföra en regional kvalitetskontroll samt sammanställa rapporten varierar något liksom hur rapporten sprids sedan sprids. På en övergripande nivå är likheterna stora; berörda tjänstemän, politiker och sjukhusledning får del av rapporten. En del respondenter menar att det ibland blir för mycket fokus på rapporteringen och att ord behöver övergå i handling (citat 1). I figur 29 sammanfattas hur respektive region hanterar styrning, uppföljning och rapportering av väntetider och tillgänglighet.

”Jag tycker att arbetet med väntetider präglas av för mycket avrapportering och för lite aktivitet när det gäller att komma till beslut”

Citat 1. Regionrepresentant, Skåne

¹⁴ Nationella tillgänglighetsmått inom specialiserad vård i Västra Götaland [hämtat 2019-01-22]

Figur 29. Sammanfattning av regionernas arbete med styrning, uppföljning och rapportering kopplat till väntetider och tillgänglighet



Halland och Kalmar tillämpar en striktare regional vårdgaranti

I Halland och Kalmar tillämpas en striktare vårdgaranti till operation/åtgärd. Vårdgarantin till besök och operation/åtgärd inom specialistvården har skärpts till 60 dagar istället för den lagstadgade gränsen om 90 dagar som tillämpas i Skåne och Västra Götaland (figur 30).

Figur 30. Sammanfattning av regionernas arbete med styrning, uppföljning och rapportering kopplat till väntetider och tillgänglighet

Halland	Kalmar
<ul style="list-style-type: none"> • Du ska få besked om tidpunkt för besök i den specialiserade vården inom 14 dagar efter att din remiss/egenremiss inkom. • Du ska samtidigt med beslut om behandling få besked om tidpunkt för behandling. • Tid för besök hos den specialiserade vården inom 60 dagar. • I Region Halland omfattar vårdgarantin på 60 dagar även utredningar såsom röntgen, tester och prover. • Vid beslut om operation ska du erbjudas tid för operation inom 60 dagar. • Om du känner stark oro eller om läkaren befarar en allvarlig sjukdom ska du erbjudas besök inom en månad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Läkarbesök i primärvården inom 5 dagar • Med remiss eller egenremiss till specialiserad vård, sjukhusvård, ska du få en tid för besök inom 60 dagar. Till barn- och ungdomspsykiatrisk mottagning gäller 30 dagar. • Efter beslut om behandling, till exempel, operation ska du erbjudas tid inom 60 dagar efter beslutet. • Beskedsgaranti inom Region Kalmar län innebär att du som patient ska få besked om resultat av undersökningar och provtagningar senast 14 dagar efter besöket. • Vårdgarantin gäller inte för utredningar och undersökningar som till exempel röntgen, provtagningar och tester.
Skåne	Västra Götaland
<ul style="list-style-type: none"> • Enligt nationell vårdgaranti för primärvård och besök/åtgärd inom specialiserad vård. • Vårdgarantin gäller inte återbesök, väntetider till undersökningar och provtagning. 	<p>Enligt nationell vårdgaranti för primärvård och besök/åtgärd inom specialiserad vård med följande tillägg:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tid till neuropsykiatrisk utredning inom 90 dagar (vuxen) • Tid för besök till barn- och ungdomspsykiatri inom 30 dagar. • Fördjupad utredning/behandling inom BUP inom 30 dagar. • Misstanke om cancer hos barn, läkarbesök inom 2 dagar. • Misstanke om cancer hos vuxna, läkarbesök inom 14 dagar. • Vårdgarantin gäller inte återbesök, väntetider till undersökningar och provtagning.

I Halland finns lokala mål att kunna hantera 80 procent av besök och operationer/åtgärd inom de 60 dagarna. För att understödja detta har regionen en tydlig strategi som bygger på att vid behov omfördela besök eller operationer/åtgärder inom regionen eller sjukvårdsregionen. I enlighet med den regionala vårdgarantin i Halland informeras patienten inom 14 dagar från remiss, eller direkt i samband med beslut om operation/åtgärd, om rådande aktuella väntetider. Om ett besök eller operation/åtgärd inte kan planeras in inom den angivna tidsgränsen uppmanas patienten alltid att ta kontakt med den regionala vårdgarantiservice¹⁵ för att få hjälp att få vård på hos någon annan vårdgivare inom regionen eller inom sjukvårdsregionen. Går inte det att ordna så hanteras ärendet via vårdgarantiavtal med privata utförare.

¹⁵ Vårdgaranti och vårdgarantiservice, 1177.se [hämtat 2019-01-29]

Kostnaden för sådan vård som sker utomläns, i utlandet eller i privat regi betalas av regionen. Patienten har även möjlighet att välja att stå kvar i kön; sådan väntan rapporteras in som *patientvald väntan* i väntetidsdatabasen.

I Västra Götaland och Skåne finns strategier och rutiner som stödjer regionernas arbete med vårdgarantin. I båda regionerna finns tydliga tillämpningsanvisningar och praxisdokument som reglerar vilka patienter som sätts upp på väntelista och hur de ska informeras om sina rättigheter inom vårdgarantin^{16,17}. De viktigaste skillnaderna mellan Skåne och Västra Götaland jämfört med Halland är att:

- vårdgarantin (med vissa undantag i Västra Götaland) omfattar 90 dagar istället för 60 dagar
- patienten är garanterad besked om tid inom 14 dagar (första besök) eller direkt (vid beslut om operation/åtgärd)
- patienten uppmanas ta kontakt med verksamheten när den förväntade väntetiden överskrider 90 dagar

I Kalmar framgår det inte av de genomförda intervjuerna hur regionens strategi eller rutiner för att hantera vårdgarantin är utformade. Till skillnad från övriga regioner finns inte heller motsvarande information tillgänglig via 1177.se eller regionens egen hemsida.

Frågan om i vilken utsträckning de fastställda strategierna och rutinerna i Halland, Västra Götaland och Skåne faktiskt efterlevs kommenteras i avsnittet om ”Förmågor”.

Ersättningsmodeller skiljer sig åt mellan regionerna

Ingen av de regioner som ingick i studien har infört riktade ekonomiska styrmedel i linje med den tidigare kömiljarden. I Skåne har dock den politiska ledningen annonserat en liknande satsning och för detta ändamål avsatt 140 miljoner kronor för att minska köerna till den somatiska sjukhusvården [41].

De ersättningsmodeller som används för att finansiera den specialiserade vården skiljer sig åt i regionerna. I Västra Götaland används uppdragsstyrning med förutbestämda produktionsvolymerna (uppdrag) som fördelas till varje sjukhus. Ersättning sker retrospektivt utifrån prestation enligt diagnosrelaterade grupper (DRG). För att stimulera sjukhusen till utökad produktion över det förutbestämda uppdraget finns även medel avsatta i en ”tilläggsbudget”. Från denna budget kan sjukhus få tilläggsuppdrag där volymerna ersätts med 70 procent av ursprungligt DRG, det vill säga så kallat ”brutet tak” för ersättning.

I Kalmar och Skåne används anslagsfinansiering där ersättningen ges prospektivt till respektive förvaltning. I Skåne har de två geografiska förvaltningarna (Kryh och Sund) stort självbestämmande avseende hur vårdutbudet skall anpassas till befolkningens behov.

Halland har en blandad ersättningsmodell där slutenvård ersätts med DRG som grund. Inom öppenvården ersätts dagkirurgi prestationsbaserat med DRG som grund. All övrig mottagningsverksamhet inom Hallands sjukhus

¹⁶ Remisshantering och rutiner för väntande patienter i Region Skåne [hämtat 2019-01-25]

¹⁷ Tillämpningsanvisningar för vårdgaranti och valfrihet i vården inom Västra Götaland [hämtat 2019-01-25]

ersätts anslagsfinansierat med undantag för hudsjukdomar där det finns så kallat vårdval. Psykiatri ersätts också med anslag förutom specialiserad psykiatri.

Ersättningssystemen är starka styrmedel och de olika modellerna ger i olika grad incitament till att bilda eller korta köer. Prestationsbaserad ersättning som i Västra Götaland och Halland skapar incitament för att producera besök och operationer/åtgärder. Nackdelen med prestationsbaserad ersättning är minskad kostnadskontroll för beställaren. I Västra Götaland kombineras den prestationsbaserade ersättningen med produktionstak för bättre kostnadskontroll. Anslagsfinansiering, som i Skåne och Kalmar, har tydliga fördelar för beställaren beträffande kostnadskontroll eftersom kostnaden för vården bestäms på förhand.

De intervjuade upplever att uppgifter i Väntetidsdatabasen är tillförlitliga och tillräckliga för att stödja väntetidsarbetet

I samtliga regioner förutom Västra Götaland är det de enskilda klinikerna som sköter inrapporteringen till väntetidsdatabasen. Inrapporteringen av data i Halland, Kalmar och Skåne föregås av en lokal kvalitetskontroll där man framförallt ser över om de patienter som väntat längre än vårdgarantin skall stå kvar eller om de fått vård eller av något annat skäl ska avföras från väntelistan. Utöver den lokala kvalitetskontrollen sker även en kvalitetskontroll på regional nivå när utdata från regionen sammanställs till månadsrapporten.

I Västra Götaland sker den interna kvalitetskontrollen istället löpande då uppföljning väntetider sker lokalt på veckobasis.

Tillförlitligheten i data i väntetidsdatabasen bedöms därför genomgående som god. Relativt sätt uppfattas tillförlitligheten till väntelistan för första besök som något högre än den för operationer/åtgärder då väntelistor ibland används för att "hålla reda" på patienter som ska på återbesök.

Jämförbarheten mellan regioner avseende tillgänglighet är dock förenad med viss osäkerhet eftersom regionerna inte rapporterar in data på ett enhetligt sätt. I Skåne särredovisas exempelvis inte patientvald väntan.

"Bättre visualisering och sammanställning i någon form av Dashboard vore bra som underlag för styrning"

Citat 2. Ledningsrepresentant, Skåne

Respondenterna uppfattar tillgängliga data i Väntetidsdatabasen som tillräckligt underlag för att stödja arbetet med väntetider. Ett återkommande önskemål som förs fram av flera respondenter är dock ett bättre stöd för att analysera, visualisera och generera slutsatser från de insamlade uppgifterna (citrat 2). En annan aspekt på dessa uppgifter som framfördes var att det hade varit ännu bättre om tillgänglighetsdata kunde kombineras med de regionala patientadministrativa systemen eller system för produktionsplanering.

Förmågor

Utgångspunkten för systemfaktorn Förmågor i ”Utvecklingskraft” är att få ökad kännedom om sjukvårdshuvudmännens förmåga att mobilisera sina ”mjuka” sidor av verksamheten för att understödja förändrings- och utvecklingsarbete. De aspekter som avses är exempelvis verksamhetskulturens påverkan på följsamhet till strategier och attityder - i detta fall till köer och väntetider - tillgång till kritisk kompetens inom organisationen eller betydelsen av ett aktivt ledarskap [37].

Bristande tillgång på viss kompetens bidrar till lägre kapacitet

Samtliga intervjuade lyfter upp bristande tillgång på sjuksköterskor samt vissa grupper av specialistsjuksköterskor och specialistläkare som bidragande orsak till lägre kapacitet vilket leder till längre väntetider. Detta medför att en reducerad kapacitet framförallt leder till längre väntetider för patientgrupper med lägre medicinsk angelägenhetsgrad (cit 3).

”Patienter med komorbiditet kan inte opereras i Landskrona, de behöver hanteras på storsjukhusen. De får då oftast vänta längre eftersom de konkurrerar med patienter med högre medicinsk prioritet”.

Citat 3. Verksamhetsrepresentant, Skåne

När det är brist på vårdplatser opereras vi bara akuta patienter och cancer, resten får vänta. Arbetet med cancerflöden och standardiserade vårdförlopp anges av flera respondenter ha undanträngningseffekter för kirurgi av mer benigna tillstånd (cit 4).

Medicinsk prioritering:

- 1) akuta patienter*
- 2) cancer*
- 3) benign kirurgi*

Citat 4. Verksamhetsrepresentant, VGR

För att uppnå ett ändamålsenligt nyttjande av tillgängliga resurser efterfrågar flera respondenter på sjukhusnivå, i samtliga regioner, bättre stöd för att införa kapacitets- och produktionsplanering samt ett enhetligt arbetssätt (cit 5).

”Sedan 2014 har vi arbetat målmedvetet med produktionsplanering och remisshantering. Målet var att få en klarare bild över vilka patientgrupper vi får in. Vi gjorde en extrem städning av väntelistorna och kartlagde hela remissprocessen.

Sedan dess har vi fått bra koll på rutinerna på remisshantering, kommande, bekräftelse, bedömning och bokning. Vi förtydligade klassificeringen av patienter vid remissbedömning, det vill säga till vilket sjukdomsområde och vilken kompetensnivå (typ av vårdpersonal) sen inom vilken tid patienten behöver komma. Bedömningen görs på ett enhetligt sätt utifrån framtagna riktlinjer för medicinska prioriteringar.

Efter detta byggde vi ett system för produktionsplanering (som förfinats gradvis). Systemet bygger på en jämförelse av vilken kapacitet vi har i jämförelse med remissinflöde.

Sen har vi upphandlat samarbete med privata enheter så att vi samordnar patienter ut istället för att låta patienter stå på väntelista tills vidare. Så vi tar aktiv ställning direkt om besöket är något som vi ska göra. Det görs i samband med remissbeslut (inom 3 dagar från att remisser ankommit)”

Citat 5. Verksamhetsrepresentant, Skåne

I de mindre regionerna finns i större utsträckning en gemensam verksamhetskultur med fokus på tillgänglighet. I Halland finns en gemensam verksamhetskultur avseende köer och tillgänglighet. Hallands respondenter framhåller vikten av att prioritera tillgänglighet och korta vårdköer. Kulturen är starkt förankrad i regionens strategier för att upprätthålla vårdgarantin. Den förstärkta vårdgarantin och den uttalade strategin upplevs av flera respondenter vara en tydlig signal att verksamheternas uppdrag är att prioritera tillgänglighet.

”[Vi] följer inte primärt tillgänglighet för 90 dagar utan har från politisk nivå fått uppdrag att ha 80 % inom 60 dagar. Det stod kvar även när man tog bort kömiljarden och har givit en tydligare pedagogik. Det är en ideologisk fråga att man ska ha korta köer”

Citat 6. Sjukhusrepresentant, Halland

I Kalmar precis som i Halland finns ett stort fokus på tillgänglighet sedan vårdgarantin blev lagstadgad (citat 7).

”Vi bestämde oss redan från början att vi skulle satsa stenhårt på vårdgarantin. Minns att förvaltningschefen och hälso- och sjukvårdsdirektören åkte ut till verksamheterna med jämna mellanrum för att gå igenom vad man ska göra, hur man ska göra och vad det är de ska följa upp. Trycka på att man INTE ska hålla på med pärmar och papper, flera listor så man inte vet vad som gäller etc. Vi har varit med från början och haft stenhård fokus på detta!”

Citat 7. Regionrepresentant, Kalmar

Även i Kalmar har det uthålliga arbetet med tillgänglighet, där ledningen varit drivande och synliga i frågan, bidragit till att tillgänglighet blivit en naturlig och självklar del av verksamhetskulturen (citat 8).

”Vi har en sådan kultur att jag som chef måste visa konkreta åtgärder för vad vi gör åt problemet”

Citat 8. Verksamhetsrepresentant, Kalmar

I Västra Götaland och Skåne finns, liksom i Halland, tydliga strategier och rutiner för att uppnå vårdgarantin. Utifrån respondenters svar och

beskrivningar framkommer dock en mer fragmenterad bild avseende hur väl dessa rutiner i praktiken följs (citat 9 och 10).

”Upplever inte att det inte finns ett enhetligt arbetssätt kring hur man arbetar med väntelistor inom våra sektioner men arbete pågår med att samordna detta”

Citat 9. Regionrepresentant, Skåne

”Det är den enhet där man inte har möjlighet att få vård i tid som har ansvar för att informera patienten om vårdgaranti, vi vet dock att detta kan falla mellan stolarna.”

Citat 10. Regionrepresentant, Västra Götaland

I Region Skåne uppger flera respondenter att verksamhetskulturen varierar relativt mycket mellan verksamheter och till stor del är kopplad till det lokala ledarskapet. Flera påpekar att region Skåne i stor utsträckning fungerar som tre ”mini-regioner”. Anledningen för till detta sägs delvis bero på de autonoma förvaltningar som vuxit fram utifrån anslagsfinansiering och separata styrelser och nämnder.

I Västra Götaland finns delvis en kultur av att behålla ”sina patienter” och genomföra operationer/åtgärder på de patienter som man redan träffat, vilket försvårar omfördelning av kapacitet och riskerar leda till onödig väntan (citat 11).

”Det är svårt för sjukhusen att släppa sina patienter. ”Våra patienter” är en term som ofta kommer upp.”

Citat 11. Sjukhusrepresentant VGR

Flera intervjuade uppger att det är en ”kulturell” utmaning att få verksamheter att implementera nya arbetssätt som prioriterar tillgänglighet över egen produktion, i synnerhet i om det finns en skepsis hos ledarskapet. Samtidigt påpekas också det faktum att det finns en kvalitetsaspekt i att skapa kontinuitet i vården. I Västra Götaland uttrycker flera regionala representanter att man är medveten om att de framtagna tillämpningsanvisningarna inte alltid efterlevs men att det finns pågående arbete för att förbättra följsamheten till dessa. Liknande kommenteras även med representanter från Skåne.

I de större regionerna är variationerna mellan verksamheterna stora. Vid åtminstone en klinik i Skåne har rutiner som är i det närmaste identiska med hur det går till i Halland implementerats (citat 12).

”För ett par år sedan var produktion och produktivitet inte något man ville ta i, detta har man nu tagit bort vilket förändrar attityden kring att planera sin verksamhet ändrats, det är nu fint att ha köfritt. Jag ser en stor attitydskillnad”

Citat 12.

Drivkrafter

En annan systemfaktor som påverkar en organisations förmåga att utvecklas är drivkrafter. Drivkrafter berör de inre och yttre förhållanden som antas påverka och starkt bidra till att en organisation förmår att samla sig för att uppnå uttalade mål. Drivkrafter består i huvudsak av tre faktorer; regionspecifika förutsättningar, idé/mission och institutionell närhet till forskning/ näringsliv [37].

Regionernas förutsättningar skiljer sig åt

De fyra regioner som ingick i studien har olika regionala förutsättningar utifrån storlek (befolkningsmängd, befolkningstäthet) samt antal sjukhus (tabell 12).

Tabell 12. Regionala förutsättningar¹⁸

Parameter	Halland	Kalmar	VGR	Skåne
Folkmängd	325 813	243 718	1 694 723	1 348 607
Invånare per kvadratkilometer	61	22	72	124
Universitetssjukhus	0	0	1	1
Antal Sjukhus	3	3	8	7

En viktig skillnad är att de två större regionerna Västra Götaland och Skåne har universitetssjukhus med högspecialiserade vårduppdrag. Detta medför regionspecifika utmaningar på flera sätt. Dels innebär det att på universitetssjukhusen behandlas patienter med mer komplexa tillstånd, vilket begränsar möjlighet att välja andra vårdgivare. Dels medför den högspecialiserade vården att en större del av verksamhetsinnehållet har hög medicinsk prioritet, vilket gör att risken ökar för lägre prioriterade tillstånd får vänta längre.

En fördel för de större regionerna är att det finns större möjlighet till att profilera och nivåstrukturera verksamheten för att uppnå stordriftsfördelar.

Verksamhetsidé och mission är tydligare i de mindre regionerna

I samtliga studerade regioner anger såväl region- som sjukhusrepresentanter att det finns en uttalad verksamhetsidé. I Halland och Kalmar är denna idé extra tydligt utformad utifrån den skärpta vårdgaranti som införts i regionerna.

Tjänsteutveckling

En tredje systemfaktor i modellen för Utvecklingskraft berör regioners förmåga att omsätta drivkrafter, styrning och förmågor i utvecklingen av nya vårdtjänster eller på andra sätt utveckla verksamheten [37]. Inom detta uppdrag har fokus legat på att beskriva de insatser som genomförts för att

¹⁸ Statistiska Centralbyrån

förebygga att väntetider uppstår samt deras dessa insatser implementeras och vilket utfall de ger.

Regionövergripande insatser fokuserar på samordning av patienter och produktionsplanering

Samtliga regioner har genomfört åtgärder för att förebygga och förkorta väntetiderna. På regionövergripande nivå regionerna skapat vissa funktioner som stöttar verksamheterna i arbetet med samordning av patienter som inte klarar vårdgarantin och produktionsstyrning. I Skåne finns sedan 2005 ett särskilt nätverk, tillgänglighetskoordinatorer (TK), för samordning av patienter med anledning av vårdgarantin. Nätverket har ett regionövergripande ansvar och agerar som stöd för verksamheterna i tillgänglighetsfrågor. Respondenter från samtliga nivåer i Skåne hänvisar till TK-nätverket som ansvarigt för tillgänglighetsfrågor och uppskattar deras sammanhållande roll i tillgänglighetsarbetet.

”Vad gäller tillgänglighet så finns det tillgänglighetskoordinatorer på varje sjukhus och dem har vi fått mycket hjälp från.”

Citat 13. Verksamhetsrepresentant Skåne

”Hallands sjukhus och enskilda kliniker får stöd ifrån Vårdgarantiservice som ligger på regionnivå. De hanterar upphandlingar av privat vård samt förmedlar kontakt för de patienter HS inte kan erbjuda vård inom 60 dagar. Regionen står också för kostnaden.”

Citat 14. Sjukhusrepresentant, Halland

I Halland finns en liknande funktion där Vårdgarantiservice är en samordnande funktion som på centralnivå ansvarar för samordning av patienter som inte får vård inom vårdgarantin. Deras roll uppfattas som en värdefull avlastning för den kliniska verksamheten som därmed slipper hantera administrationen kring vårdgarantiärenden.

I Västra Götaland finns sedan 2016 en läns gemensam beredningsgrupp som består av representanter från varje sjukhus med mandat från respektive sjukhusdirektör. Gruppens uppdrag är att sammanställa lägesrapporter och att omfördela resurser mellan sjukhus utifrån tillgänglig kapacitet. Detta arbete är fortfarande under uppbyggnad och utveckling.

Exempel på andra insatser finns, men de är isolerade till kliniknivå

På kliniknivå lyfts flera exempel på åtgärder som implementerats för att motverka väntetider. Dessa åtgärder oftast tagits fram av verksamheterna själva och är inte åtgärder som är regionövergripande.

Trots att många av insatser upplevs leda till goda utfall så uppger flera respondenter utmaning i hur de lokala insatserna kan spridas till hela regionen (citat 15). I Västra Götaland exempelvis nya medicinska behandlingsmetoder som har möjliggjort snabbspår för diagnos och behandling av MS patienter med större behov utvecklats. I Kalmar finns exempel på verksamheter som har utökat tiden för operationsverksamheten till kvällstid för att korta köerna (citat 16). I Halland har BUP skapat ”En väg

in” för att centralisera administrationen av den första kontakten och schemalaggningsen av första besök.

”Systematiskt har vi betat av köer genom att skapa extra pass på kvällstid. Att beta av kön så kostar extra men att behålla köerna kostar mer”

Citat 15. Ledningsrepresentant, Kalmar

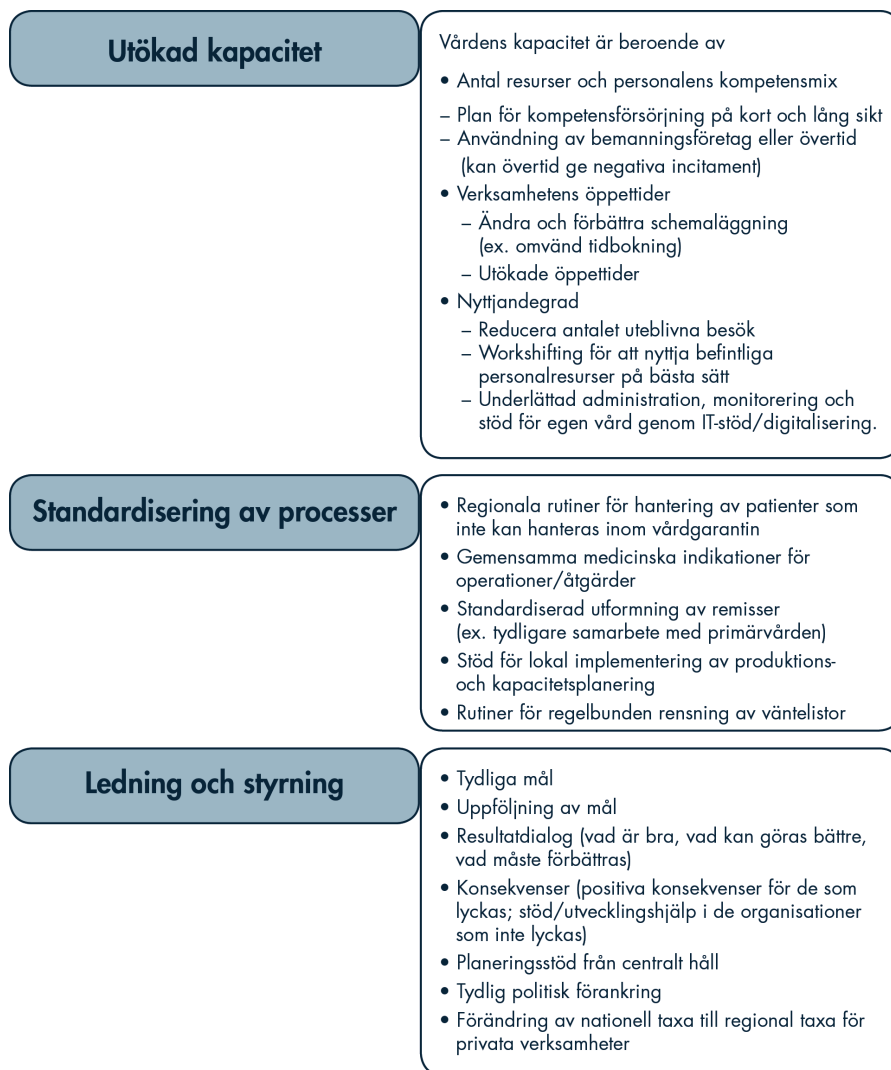
”Vissa har ohört stark fokus på tillgänglighet. Jag skulle vilja säga att det kokar ner till personlighetsläggning. Det finns verksamhetschefer som satsar hårt på FoU och nya metoder istället för att bara använda sig av verksamhetsdata”

Citat 16. Sjukhusrepresentant, Skåne

Regionernas förbättringsförslag

Intervjuerna avslutades med följande fråga: ”Om du skulle ta ett krafttag mot problemet med köer inom din region, vilka skulle vara dina topp tre prioriterade åtgärder och varför?” De förslag som respondenterna tog upp kan sorteras in under tre rubriker; Ökad kapacitet, standardisering av processer samt ledning och styrning. I figur 31 framgår vilka olika förslag som kom upp under respektive rubrik.

Figur 31. Förbättringsförslag från regionrepresentanter



Diskussion och slutsatser

Syftet med denna studie har varit att undersöka hur en regions samlade agerande när det gäller styrning, organisation och administration kan påverka tillgänglighet och väntetider.

På en övergripande nivå kan konstateras att det finns flera likheter mellan de studerade regionernas agerande. I Halland, Skåne och Västra Götaland finns uttalade strategier, tillämpningsrutiner och mallar för att vägleda verksamheterna i det lokala arbetet med tillgänglighet. När det gäller

uppföljning och återkoppling om aktuella väntetider är den månatliga rapporten som i varje region sammanställer utifrån de data som rapporteras in till Väntetidsdatabasen central i alla regioner.

En verksamhetskultur med fokus på tillgänglighet banar väg för kortare köer

Resultatet från intervjuerna visar att i Halland och Kalmar finns ett mycket tydligt fokus på tillgänglighet som genomsyrar hela organisationen. I båda regionerna har ledningen valt att styra tillgänglighetsarbetet mot striktare tidsgränser än vad som gäller i den nationella vårdgarantin. Utifrån de kvantitativa analyserna kan även konstateras att dessa två regioner tillhör de regioner som nationellt lyckas leverera högst andel av den specialiserade vården inom vårdgarantins tidsgränser. Detta betyder med all sannolikhet inte att tillgängligheten i andra regioner automatiskt skulle förbättras skarpare tillgänglighetskrav. Slutsatsen från de genomförda intervjuerna är snarare att skillnaden i resultat beror på skillnader i verksamhetskultur mellan regionerna. Verksamhetskultur avser i detta fall främst följsamhet till praxis, fastställda tillämpningsanvisningar och rutiner. Skåne och Västra Götaland visar att det även inom regionerna varierar hur stort fokus som läggs på tillgänglighet. En mer rättvis beskrivning är därför att verksamhetskulturen i Västra Götaland och Skåne uppvisar en större spridning avseende tillgänglighetsfokus än i Halland och Kalmar.

Regionerna har olika ersättningsmodeller. Västra Götaland och Halland har liknande system, och det finns även likheter i systemen i Skåne och Kalmar. Den påvisbara, men begränsade, effekten av olika ersättningsmodeller ligger i linje med tidigare rapporter inom området [42].

En viktig fråga som är relaterad till ersättningsmodeller är dock huruvida kostnader för utomlänsvård belastar remitterande klinik eller ej. I Halland hanteras kostnaderna som uppstår när vårdgarantifall remitteras utomläns centralt av regionen; vilket innebär att den remitterande kliniken ej belastas med kostnaden. Uppgifter om hur motsvarande rutiner ser ut i Skåne och Västra Götaland saknas. Om kostnaden för utomlänsvård i Skåne och Västra Götaland skulle landa på remitterande klinik skulle det innebära ett direkt ekonomiskt incitament för att istället placera patienten i kö.

Skillnader i regionala förutsättningar medför andra utmaningar, men också möjligheter för de större regionerna

Regionerna är också olika vad gäller befolkningsunderlag och uppdrag, vilket påverkar hur vården är organiserad och hur den styrs och administreras. I stora organisationer blir det längre mellan ledning och verksamhet, vilket kan göra införandet av enhetliga rutiner mer utmanande då det ställer större krav på samordning och koordinering än i mindre organisationer. Flera respondenter uppger att de upplever att den decentraliserade organisationsstrukturen som finns i Skåne försvårar arbetet med tillgänglighet.

De nationella uppföljningarna av väntetider visar att väntetiderna vid universitetssjukhusen oftast är längre än vid andra sjukhus. Detta kan sannolikt till stor del förklaras av att delar av den vård som ges vid dessa sjukhus endast kan ges där och det är därför inte möjligt att lösa långa väntetider genom att omfördela eller köpa vård. Den högspecialiserade vården är också ofta högt medicinskt prioriterad vilket leder till att vård med lägre prioritet kan få stå tillbaka med längre väntetider som följd. Dessa förhållanden påverkar naturligtvis den övergripande statistiken och utgör en del av förklaringen till att Skåne och Västra Götaland generellt har längre väntetider än Halland och Kalmar.

Stora regioner har dock andra möjligheter kopplat till ”stordriftsfördelar” genom nivåstrukturering och profilering av olika sjukhusverksamheter. I Västra Götaland har man sedan 2016 arbetat aktivt med att omfördela produktion mellan sjukhus för att undvika att långa köer uppstår vid vissa sjukhus genom att inrätta en *Operativ styrgrupp för produktion och tillgänglighet*. Utifrån de intervjuer som genomförts verkar konceptet framgångsrikt och har inneburit ett viktigt steg för att förbättra tillgängligheten i regionen.

Andra exempel på en organisatorisk lösning för att underlätta hantering och administration av vårdgarantiärenden, är att skapa en regionövergripande nod för detta. I Halland finns sedan några år en ”Vårdgarantiservice” och i Skåne finns ett nätverk med tillgänglighetskoordinatorer. Dessa noder avlastar verksamheterna som annars hade behövt hantera dessa ärenden på egen hand.

En god tillgänglighet förutsätter att det är en balans mellan behov och kapacitet

För att en region ska ha möjlighet att möta invånarnas behov av vård krävs en erforderlig vårdkapacitet. Hur stor kapacitet som krävs beror på inflödet av patienter som i sin tur är ett uttryck för befolkningens behov av vård.

I intervjuerna framkommer från samtliga regioner att kapacitetsproblem upplevs bero på grund av kompetensbrist. I Skåne och Västra Götaland är bristen störst på operationssjuksköterskor och sjuksköterskor, vilket påverkat möjligheterna att genomföra operationer. Resultatet ligger i linje med de uppgifter i analysen som visar att antalet operationer/åtgärder har minskat de senaste åren i Skåne och Västra Götaland.

En fråga som lyfts när kapacitetsproblem i hälso- och sjukvården diskuteras är hur väl den svenska vården är på att nyttja personalen till kliniska uppgifter. I internationella sammanhang hanterar svenska läkare betydligt färre antal patienter per dag än läkare i andra motsvarande länder [25]. Som orsak till detta brukar det anges att klinisk personal ägnar en stor del av sin arbetstid till det som klassificeras som administrativa uppgifter.

Den medicinska utvecklingen har gjort att subspecialiseringen ökat inom den specialiserade vården. Detta har lett till ökade krav på samordning och införande av teambaserade arbetssätt vilket kräver tillgång till flera personalgrupper samtidigt och i slutändan leder till ökad personalintensitet i vårdarbetet.

En hög personalomsättning, enligt uppgift från Västra Götaland så hög som 20 procent, bidrar även till en minskad produktivitet, något som lyfts fram av flera respondenter. Utbildning och inskolning av ny personal inom vården innebär också att tid och resurser tas från vårdproduktionen, vilket ytterligare förvärrar situationen.

Kompetensbristen kan adresseras på flera sätt. En möjlighet är naturligtvis att anställa fler personer. Utifrån de genomförda intervjuerna är det ingen som tror på en lösning av kompetensbristen på kort sikt. Istället efterfrågas stöd för bättre produktionsplanering för att bättre utnyttja existerande resurser. De flesta intervjuade ser möjligheter att med en mer omfattande produktions- och kapacitetsplanering kunna lösa en del av problem i vården som orsakar bristande tillgänglighet och långa väntetider.

Skillnader i administrativa rutiner kan inte förklara skillnader i tillgänglighet

De intervjuade upplever att de uppgifter som finns i Väntetidsdatabasen är tillförlitliga och tillräckliga för att stödja väntetidsarbetet. Tre av fyra utvalda regionerna rapporterar in tillgänglighetsdata manuellt. Av naturliga orsaker är manuell rapportering behäftad med en större risk för fel. En övergång till automatisk inrapportering är på sikt en åtgärd för att höja kvaliteten och jämförbarheten mellan regioner. Ytterligare insatser för att höja kvaliteten på väntelistorna som framkommit i intervjuerna är:

- Utveckling av IT-stöd för att ”hålla koll” på patienter och på så sätt undvika att väntelistorna innehåller patienter som inte i egentlig mening aktivt väntar på vård.
- Bättre översikt av väntetidsdata och mer utvecklade analyser för att kan generera underlag och insikter som kan kopplas till verksamhetens produktionsplanering.

Produktions- och kapacitetsplanering för bättre tillgänglighet – Analys inom område Opererande Onkologi i Region Örebro län

Inledning

I Socialstyrelsens uppdrag att analysera vilken kapacitet svensk sjukvård har för att hantera vissa kritiska lägen som kan uppkomma vid överbeläggningar eller vid akut personalbrist, gjordes en kartläggning av landstingens arbete med produktions- och kapacitetsplanering [12]. Av ovanstående kartläggning framgår att samtliga landsting har formulerat mål för att arbeta med produktions- och kapacitetsplanering (PoK), men att det generellt sett tar tid att komma till praktisk implementering av PoK i verksamheterna. Det råder betydande skillnader både mellan landstingen, men framför allt mellan verksamheter i samma landsting [43]. I Socialstyrelsens rapport om Kapaciteten i sjukvården ingick två fallstudier inom opererande verksamheter i två mellansvenska län – Region Örebro län och Region Gävleborg som visade på hur arbetet med produktions- och kapacitetsplaneringen bland annat resulterade i en bättre tillgänglighet [12].

Mot bakgrund av de gjorda fallstudierna är det av intresse att på ett systematiskt sätt undersöka hur sambanden mellan PoK och tillgänglighet kan se ut och vilka bakgrundsfaktorer som påverkar sambanden. Nedan redovisas uppföljningen av arbetet med kapacitetsstyrning i Område Opererande och Onkologi i Region Örebro.

Bakgrund

Produktions- och kapacitetsplanering (PoK) innebär att ett flertal relaterade aktiviteter genomförs för att styra och matcha efterfrågan och kapacitet så att ett så stort patientgenomflöde som är långsiktigt hållbart uppnås. En utgångspunkt brukar vara att en klinik analyserar patientinflödet över tid (vecka, månad, år, flerårsperioder), från vilka vårdgivare remisser kommer, vilka typiska patienter som remitteras till kliniken och hur detta inflöde överensstämmer med indikationskriterier¹⁹. Förutom förståelse för inflödets karaktär behöver kliniken analysera hur väl inflödet återges i IT-systemet, samt i vilken utsträckning IT-systemet understödjer visualisering och uppföljning av produktions- och kapacitetsläget.

Baserat på en god förståelse av inflödet kan en övergripande produktionsplan på årsbasis ställas upp, där produktionen syftar till att matcha inflödet av patienter under året. Denna produktionsplan kan sedan

¹⁹ En indikation anger kriterier (främst medicinska) för att patienten ska komma ifråga för en åtgärd. Beroende på hur snäva eller vida kriterier som används påverkas inflödet av patienter.

utgöra grunden för schemaläggning av personal så att kompetensmatchade team finns tillgängliga för att utföra den planerade produktionen samt andra verksamheter som undervisning och forskning. Löpande hålls dagliga möten på kliniken för att stämma av läget och om det finns behov, sätta in särskilda åtgärder för att hantera utmanande situationer. Det kan handla om att patienter och personal omprioriteras.

I ansträngda situationer där det visar sig att behoven överstiger kapaciteten behöver ett riktat arbete ske för att öka den egna kapaciteten eller styra inflödet av patienter. Det handlar om insikt i hur de egna rutinerna och processerna kan förbättras för att öka kapaciteten. I dessa situationer kan ofta verksamhetsstöd i form av IT-system, men också verksamhetsutvecklare med expertkunskaper användas för att utveckla lösningar. En central roll i arbetet med produktions- och kapacitetsplanering har verksamhetschefen och klinikledningen som har stor del i skapande av värderingar och normer kring produktionen som innebär att patientens behov och produktionsplanen prioriteras före andra aktiviteter samt ser till att anpassa verksamheten till uppsatta mål. Detta kräver ofta en förändring i attityder och normer som i praktiken ofta visar sig i hur schemaläggningen görs, om den sker anpassat efter behov, eller om man utgår ifrån tillgängliga resurser och ser vad man klarar av [44].

Studiens syfte

I detta avsnitt belyses hur kapacitetstyrning påverkar produktionsvolym och väntetider samt identifieras påverkande bakgrundsfaktorer.

Omfattning och avgränsningar

Studien har genomförts inom Område Opererande och Onkologi i Region Örebro län där ett systematiskt arbete med produktions- och kapacitetsplanering pågått sedan 2017. Inom Område Opererande och Onkologi finns elva kliniker:

- Handkirurgiska kliniken
- Kirurgiska kliniken
- Kvinnokliniken
- Onkologiska kliniken, Universitetssjukhuset Örebro
- Ortopediska kliniken
- Plastik- och käkkirurgiska kliniken, Universitetssjukhuset Örebro
- Urologiska kliniken, Universitetssjukhuset Örebro
- Ögonkliniken, Universitetssjukhuset Örebro
- Öron-, näs- och halskliniken
- Vårdenhet hud, plastik och öron, Universitetssjukhuset Örebro
- Anestesi-och intensivvårdskliniken

Av dessa elva kliniker ingår inte Vårdenhet hud, plastik och öron samt Anestesi-och intensivvårdskliniken i jämförelsen, då dessa kliniker har ett annorlunda uppdrag än de nio övriga klinikerna. Analysen utgår främst ifrån tillgängliga data över klinikernas produktionsvolym, väntetider och uppgifter kring hur arbetet med produktions- och kapacitetsplanering (PoK)

fortskridit, dock ej data på remissinflödet. Andra avgränsningar är att produktivitet och hur resursläget (tillgången på kritisk personal, salar etc.) påverkat produktionen inte kunnat analyseras i detalj.

Material och metod

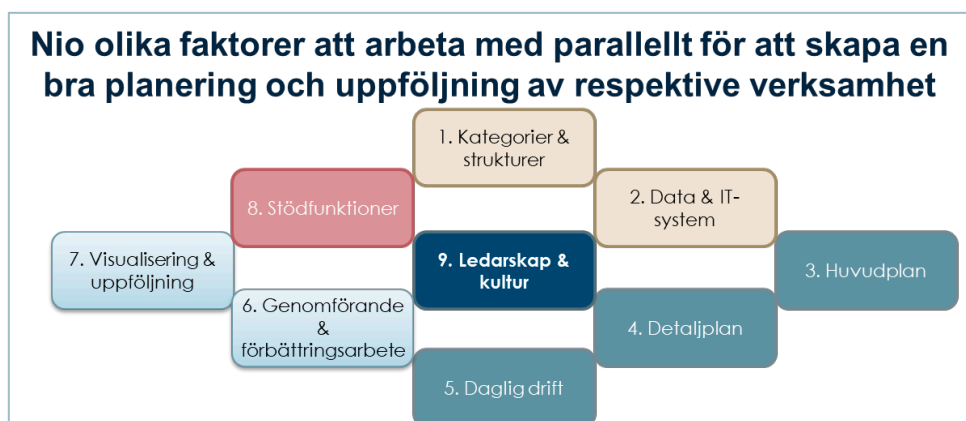
Tillgängliga data för PoK från Område Opererande och Onkologis kliniker har samlats in och analyserats. Datamaterialet bestod av:

- Uppgifter om klinikernas arbete med produktions- och kapacitetsplanering under perioden (januari 2016 – december 2018).
- Produktionsvolym (januari 2016 – december 2018) i antal operationer och antal besök per klinik och månad.
- Antal väntande till operation och besök för månaderna maj 2016 – oktober 2018 per klinik.
- Tillgänglighet uttryckt i andel väntande och andel genomförda operationer inom 90 dagar per klinik och månad.

Enkät om klinikernas PoK-arbete

För att kunna belysa i vilken utsträckning arbete med PoK skett användes nio olika faktorer för PoK enligt figur 32 nedan. Dessa uppgifter samlades in via enkät med angivna kriterier för varje faktor med värden mellan 1 och 5 (se nedan).

Figur 32. Nio faktorer för produktions- och kapacitetsplanering



Tabell.13 Redovisningsunderlag för PoK värden

Fråga: Ange till vilken grad (1-5) de nio olika faktorerna implementerats inom den egna kliniken under perioden 2016-2018. Samtliga fält måste fyllas i med ett tal mellan 1-5.

Faktor 1-9	VT 16	HT 16	VT 17	HT 17	VT 18	HT 18
1. Kategorier						
2. IT-stöd						
3. Produktionsplan						
4. Detaljplan						
5. Daglig drift						
6. Genomförande						
7. Uppföljning						
8. Stödfunktioner						
9. Ledarskap						

Förtydliganden till bedömningsskalan

I vilken grad är de nio faktorerna implementerade i er kliniks verksamhet?

1. Kategorier och strukturer: väldefinierade (ömsesidigt uteslutande men heltäckande kategorier) patientgrupper, tydliga patientflöden in/ ut, enhetliga rutiner för patientregistrering, uppdaterade patientdata.
(1= inget systematiskt arbete har gjorts, 3= visst arbete har gjorts, men brister finns som är allmänt kända, 5= systematiskt arbete har gjorts och följs löpande upp)
2. Data och IT-system: IT system som möjliggör uppföljning och analys av arbetsflödet. (samma system används av samtliga kliniker)
(1= datasystemen gör att vissa patientgrupper ej kan följas upp, 3= brister finns som är allmänt kända, 5=vi kan följa upp samtliga patientkategorier för önskad tidsperiod)
3. Huvudplan: En årlig heltäckande produktionsplan för hur många prestationer av olika typ (vård, verksamhetsutveckling, forskning, utbildning) som ska klaras av per år.
(1=ingen årlig plan finns, 3= årlig plan finns, men inte för alla typer av aktiviteter, 5= heltäckande årlig plan finns)
4. Detaljplan: Schemaläggning med god framförhållning och kompetensmässigt balanserade team.

- (1= schemaläggning sker för sent för att kalla patienter, 3= schema läggs i tid men inte så att balanserade team uppnås, 5= kompetensmässigt balanserade team i god tid)
5. Daglig drift: Daglig återkoppling för att engagera personalen, transparens i flöden för identifiering av variationer och samverkan med andra enheter, förberedda rutiner för att kunna ställa om verksamhet.
(1= variationer hanteras när de uppstår, 3= rutiner för hantering av variationer finns men ingen daglig uppföljning sker, 5= variationer förutses, kommuniceras dagligen internt och hanteras enligt förberedda rutiner över enheter)
 6. Genomförande och förbättringsarbete: Förbättringsarbete sker systematiskt och planerat som en del i det dagliga arbetet.
(1= förbättringsarbete sker ad hoc, 3= förbättringsarbete sker, men omsätts sällan fullt ut i verksamheten, 5= förbättringsarbete är schemalagt, omsätts och följs upp)
 7. Visualisering och uppföljning: Prestationsutfall mäts regelbundet, presenteras tydligt till personalen och utnyttjas som grund för att initiera särskilda förbättringsprojekt utöver den löpande anpassningen.
(1= viss uppföljning ad hoc, 3= uppföljning sker regelbundet men kommuniceras inte visuellt, 5= Uppföljning sker regelbundet, visualiseras och leder vid stora avvikelser till initierande av förbättringsarbete)
 8. Stödfunktioner: Särskild personal med kompetens inom vårdlogistik eller annan expertkunskap utnyttjas som stöd i utvecklingsarbete.
(1= stödfunktioner involveras aldrig, 3= stödfunktioner involveras sporadiskt, 5= Involvering av stödpersonal sker konsekvent)
 9. Ledarskap och kultur: Det finns en vilja hos verksamhetschef och ledning att driva frågor om tillgänglighet med fokus på verksamhetens uppdrag och patienter samt att säkerställa kapacitetsstyrningens förankring hos personalen.
(1= klinikens resultat för tillgänglighet ses som en konsekvens av tillgängliga resurser, 3= Arbete med tillgänglighetsförbättring sker inom givna resursramar och främst av ledningspersonal, 5= Arbete med att uppnå ökad tillgänglighet innebär ett arbete med arbetsväxling, ändrade processer som all personal involveras i)

Enkäten distribuerades från myndigheten via email till chefssekreteraren på Område Opererande och Onkologi och sedan via email till verksamhetscheferna. Klinikerna fick fyra veckor att besvara enkäten. Vikten av att uppgifter för samtliga nio PoK-områden och varje tidsperiod (vårtermin och hösttermin 2016-2018) anges förtydligades i uppföljande email. För att säkerställa kvaliteten i enkätsvaren ombads verksamhetutvecklarna kommentera de faktorer de ansåg sig kunna bedöma i verksamhetschefernas enkät svar.

Analys av insamlade data

Data om kapacitetsstyrning (PoK), produktion, väntetider och antalet väntande analyserades för att förstå hur PoK kan påverka produktion, väntetider och köer. Salstider per klinik fanns tillgängliga för Örebro och Lindsberg, men inte för Karlskoga. Därför kunde endast en grov produktivitetsskattning göras för en enskild klinik över tiden, men inte mellan klinikerna. Fem av de nio klinikerna har verksamhet i Karlskoga, fyra av dessa fem även i Lindsberg medan övriga fyra kliniker endast har sin verksamhet förlagd till US Örebro. Flera klinikers operationer görs inte heller med generell anestesi varför dessa inte påverkas av salstiden.

För att inte förändringar i produktion, väntetider och antal väntande ska påverkas av den årliga säsongsvariationen användes medelvärden av

produktion per halvår, vilket är samma tidsperiod som PoK-värden samlades in för. Effekter av PoK antogs snabbast kunna uppstå inom ett halvår från påbörjade åtgärder och hänger ihop med schemalägningsperioden som brukar vara två till fyra per år, men det är också vanligt att det tar betydligt längre tid.²⁰

Produktionen sammanställdes utifrån antal genomförda operationer och besök per halvår, uppdelat på vårtermin och hösttermin. Dessa antal beskrevs sedan som linjära funktioner av PoK medelvärden med hjälp av OLS (Ordinary Least Square). Tester för krav på OLS genomfördes.

Tolkning av samband i kontextuellt sammanhang

Vid en framgångsrik implementering av PoK i en stabil situation i övrigt brukar både produktion och tillgänglighet förbättras varför sambandet mellan PoK och produktion primärt studerades. Klinikerna fick möjlighet att lämna synpunkter på en första analys av sambanden mellan PoK och produktion. Begränsade data för resursläget (tillgängliga salsdagar per år och klinik) vid US Örebro och Lindesberg (ej för Karlskoga) användes som underlag för en grov skattning av produktivitetens utvecklingen per klinik. Då inte fullständiga data för Karlskoga var tillgängliga, kunde inte produktiviteten beräknas korrekt för kliniker med verksamhet förlagd där, utan utgjorde endast skattningar. Dessa har därför inte inkluderats i resultatdelen.

Skattning av PoK-faktorer

Faktorer 1-3 (datakvalitet, IT-system, huvudplan), 5-6 (daglig drift, genomförande) samt 9 (ledarskap) i verksamhetschefernas angivna PoK-värden baserade på kriterielistan för Likertskalan 1-5 korrigerades för några klinikers enkäter av verksamhetsutvecklare. Samtliga klinikers PoK-värden korrigerades. Korrigeringar i PoK värden skedde nedåt för samtliga kliniker utom för två kliniker (ortopedi och plastik- och käkkirurgi). Utöver den enkät som uppdaterades av kliniken själv och korrigerades ned med 17 procent och en enkät som korrigerades ned med 8 procent var övriga sju av nio korrigeringar av de ursprungliga PoK-värdena mindre än 5 procent av totala värdesumman för enkäten.

Resultat och tolkningar

I denna resultatdel redovisas genomsnittsvärden för de olika klinikernas enkätsvar kring arbetet med produktions- och kapacitetsplanering (PoK-värden), klinikernas produktionsutveckling, tillgänglighet samt kösituationen under den studerade perioden 2016-2018. Detaljerade resultat per enskild faktor och klinik beskrivs i bilaga 6.

²⁰ Intervju 2019-03-06 med Myrna Palmgren, expert på Produktions- och Kapacitetsplanering

Tabell 14. PoK-genomsnittsvärden per klinik utveckling över tid, 2016-2018

Kliniker	VT 16	HT 16	VT 17	HT 17	VT 18	HT 18
Handkirurgiska kliniken	2,78	2,78	3,11	3,33	3,67	3,78
Kirurgiska kliniken	1,89	2,11	3,11	3,11	3,56	3,67
Kvinnokliniken	2,67	3,00	3,78	3,89	4,00	4,00
Onkologiska kliniken	3,78	3,89	4,44	4,44	4,56	4,56
Ortopediska kliniken	1,44	1,78	4,00	4,22	4,78	4,78
Plastik- och käkkirurgiska kliniken	2,00	2,11	2,89	3,78	4,44	4,44
Urologiska kliniken	2,78	3,44	4,22	4,22	4,56	4,56
Ögonkliniken	2,56	2,67	3,00	3,33	3,56	3,67
ÖNH-kliniken	1,67	2,22	3,00	3,44	4,00	4,11
Medelvärde	2,40	2,67	3,51	3,75	4,12	4,17
Standardavvikelse	0,68	0,65	0,57	0,45	0,45	0,40

Källa: Verksamhetschefer och verksamhetsutvecklare, Område Opererande Onkologi

I tabell 14 anges genomsnittsvärden för de nio PoK-faktorerna per klinik och per halvår. Verksamhetscheferna angav att implementeringsgraden för PoK-arbetet ökat från ett genomsnittligt startvärde på 2,40 för våren 2016 till 4,17 för hösten 2018. Arbetet med PoK startade under våren 2017 vilket också framgår av att de angivna PoK-värdena också ökade mest under perioden 2016- 2017, från 2,67 till 3,51. Skillnaderna i PoK-genomsnittsvärden mellan klinikerna minskade också under den studerade perioden, vilket framgår av en minskad standardavvikelse. Den klinik som gjort den största förflyttningen under perioden är ortopediska kliniken som ökat sitt genomsnittliga PoK-värde från 1,44 till 4,78. Onkologiska kliniken hade ett högt startvärde som ökade något under perioden. Andra kliniker som angav stora förbättringar och höga slutvärden var Urologiska och ÖNH-kliniken samt Plastik- och käkkirurgiska kliniken. Kliniker med lägre PoK-slutvärden var Handkirurgiska-, Kirurgiska- och Ögonkliniken. Ögonkliniken har dock haft något högre PoK-värden under perioden.

Av tabell 15 framgår att fyra kliniker (Ögon-, Urologiska-, ÖNH- samt Ortopediska klinikerna) ökade antalet genomförda operationer under perioden. En viss andel av den Urologiska klinikens produktion låg inom Kirurgiska kliniken för 2016, vilket utgjorde en stor andel av ökningen från 2016 till 2017. På motsvarande sätt förklaras en del av nedgången i Kirurgiska klinikens produktion av att en viss del av verksamheten övergick till Urologi från 2016 till 2017. En annan faktor som påverkade att antalet operationer och antalet besök för Kirurgiska kliniken minskade för 2017 och 2018 var en personalbrist som uppstod under tiden. Förutom produktionsnedgången för Kirurgiska kliniken gick produktionen även ned för Kvinnokliniken. För övriga tre kliniker (Handkirurgiska-, Onkologiska- samt Plastik- och käkkirurgiska kliniken) var antalet operationer och besök oförändrade.

Tabell 15. Vårdproduktion per klinik, 2016-2018

Antal operationer och besök per klinik, utveckling över tid.

Kliniker	Antal operationer			Δ 2016 - 2018	Antal besök			Δ 2016 - 2018
	2016	2017	2018		2016	2017	2018	
Handkirurgiska	2 613	2 802	2 570	- 2 %	14 315	15 028	14 306	0 %
Kirurgiska	4 877 *	4 439	4 196	- 14 %	44 548 *	41 735	40 149	- 10 %
Kvinnokliniken	2 856	2 435	2 247	- 21 %	29 369	29 594	28 404	- 3 %
Onkologiska	175	184	140	- 20 %	8 033	7 837	8 463	5 %
Ortopediska	5 060	5 180	5 327	5 %	39 245	40 284	40 727	4 %
Plastik- och käkkirurgi	2 126	2 124	2 068	- 3 %	7 666	7 959	7 981	4 %
Urologiska	1 476*	1 854	2 071	40 %	10 388*	11 562	14 232	37 %
Ögonkliniken	5 977	6 768	7 776	30 %	27 527	27 870	28 553	4 %
Öron, Näsa, Hals	1 677	1 752	1 794	7 %	16 588	16 668	16 248	- 2 %

Källa: Region Örebro län, Område Opererande och Onkologi;

* En viss andel av Urologiproduktionen ingick under kirurgi för 2016

Statistisk analys av samband mellan PoK-värden och produktion

Sambandet mellan PoK-värden för varje halvår och antalet operationer samt besök per efterföljande halvår analyserades statistiskt för varje klinik.

Analysen visade ett statistiskt signifikant samband mellan PoK-värden och antalet operationer för Ögonkliniken. Övriga samband var inte signifikanta (se bilaga 7).

Tillgänglighet och köer

Sambandet mellan produktion, väntetider och köer är komplext. I en situation där en verksamhets produktion ökar men tillgängligheten minskar kan detta bero på ett ökat inflöde, eller att produktionen inte matchar efterfrågan i tiden. Om köerna dessutom ökar tyder detta på otillräcklig kapacitet. I dessa analyser har vi inte haft tillgång till data på inflödet.

Ur tabell 16 framgår att andelen väntande till operation inom 90 dagar minskade för fem av nio kliniker. Dessa fem kliniker är Handkirurgiska-, Kvinnokliniken, Plastik- och käkkirurgiska-, Urologiska- och Ögonkliniken. Fyra kliniker ökade sin tillgänglighet: ÖNH-, Ortopediska-, Kirurgiska och Onkologiska kliniken. Andelen genomförda operationer inom 90 dagar ökade för fyra kliniker; Handkirurgiska, Ortopediska, Plastik- och käkkirurgiska samt ÖNH-kliniken. Två kliniker ökade tillgängligheten enligt båda måtten och ökade dessutom antalet operationer. Dessa två kliniker var Ortopediska och ÖNH-kliniken. Två kliniker, Kvinnokliniken och Urologiska kliniken minskade tillgängligheten enligt båda måtten. Av dessa båda kliniker minskade Kvinnokliniken också sin produktion av operationer och besök, medan Urologiska kliniken ökade både antalet operationer och besök

Tabell 16. Tillgänglighet till operation per klinik 2016-2018

Andel väntande till operation samt andel genomförda operationer inom 90 dagar

Kliniker	Andel väntande till operation inom 90 dagar			Andel genomförda operationer inom 90 dagar		
	2016	2017	2018	2016	2017	2018
Handkirurgiska kliniken	80 %	64 %	57 %	66 %	63 %	68 %
Kirurgiska kliniken	64 % *	68 %	69 %	79 % *	85 %	78 %
Kvinnokliniken	80 %	82 %	61 %	80 %	81 %	64 %
Onkologiska kliniken	68 %	93 %	100 %	97 %	99 %	98 %
Ortopediska kliniken	73 %	97 %	90 %	72 %	92 %	79 %
Plastik- och käk- kirurgiska kliniken	56 %	56 %	53 %	62 %	61 %	68 %
Urologiska kliniken	54 % *	54 %	49 %	80 % *	77 %	72 %
Ögonkliniken	59 %	46 %	55 %	53 %	41 %	50 %
ÖNH-kliniken	48 %	63 %	71 %	61 %	67 %	75 %

Källa: Region Örebro län, Område Opererande och Onkologi;

* En viss andel av Urologiproduktionen ingick under kirurgi för 2016

Av tabell 17 framgår att antalet väntande till operation i förhållande till årsproduktionen ökade för sex av nio kliniker. Två kliniker, Ögonkliniken och ÖNH-kliniken, minskade andelen väntande i förhållande till produktionen, medan utvecklingen för Urologiska kliniken är svårare att bedöma då värdet för 2016 påverkades av att en del av verksamheten då ingick under Kirurgiska kliniken. Situationen för andelen väntande till besök är betydligt stabilare över tid för samtliga kliniker jämfört med andelen väntande till operation.

Tabell 17. Väntande i oktober uttryckt som andel av årsproduktion 2016-2018

Kliniker	Antal väntande oktober/antalet operationer helår			Antal väntande besök/ Antalet besök helår		
	2016	2017	2018	2016	2017	2018
Handkirurgiska kliniken	25 %	25 %	39 %	3 %	4 %	4 %
Kirurgiska kliniken	11 % *	11 %	16 %	1 % *	1 %	2 %
Kvinnokliniken	8 %	13 %	14 %	4 %	3 %	3 %
Onkologiska kliniken	25 %	27 %	34 %	1 %	1 %	1 %
Ortopediska kliniken	16 %	12 %	16 %	2 %	2 %	4 %
Plastik- och käkkir. kliniken	20 %	27 %	27 %	5 %	4 %	4 %
Urologiska kliniken	43 % *	34 %	35 %	4 % *	4 %	3 %
Ögonkliniken	24 %	27 %	18 %	5 %	6 %	4 %
ÖNH-kliniken	34 %	24 %	25 %	3 %	6 %	4 %

Källa: Region Örebro län, Område Opererande och Onkologi;

* En viss andel av Urologiproduktionen ingick under kirurgi för 2016

Sammanfattning av resultaten

Region Örebro läns dataunderlag för Område Opererande och Onkologi visade att antalet operationer ökade med 2 procent för 2018 jämfört med 2017 och andelen nybesök och operationer inom 90 dagar av de som stod på väntelistan ökade med 2 procentenheter. Däremot minskade andelen

genomförda nybesök med 3 procentenheter och genomförda operationer inom 90 dagar med 2 procentenheter [45]. Ur tabellerna 15, 16, 17 framgår också hur ett antal kliniker, Ortopediska, Urologiska, Ögon- och ÖNH-kliniken främst förbättrade sin produktion under perioden 2016-2018.

Diskussion och reflektion

En jämförelse av samtliga studerade klinikers resultat i antal operationer, besök och tillgänglighet i förändring av antal och andelen väntande till första besök och operation ger att flera kliniker förbättrat sig under den studerade tidsperioden, men inte genomgående.

Ögonkliniken ökade antalet operationer och besök, men tillgängligheten minskade något under den studerade tidsperioden. Även Urologiska kliniken ökade antalet operationer och besök, men försämrade tillgängligheten. ÖNH-kliniken ökade antalet operationer medan besöken minskade något, samtidigt som köerna till operation minskade och tillgängligheten ökade. Ortopeden ökade antalet operationer och besök, men kön till besök ökade. Av dessa fyra kliniker som uppvisade relativt bra resultat ur ett produktions- och tillgänglighetsperspektiv hade Ortopediska och Urologiska kliniken relativt bra PoK-värden, med 4,78 och 4,56 poäng för HT 2018. Ögonkliniken som visade bra förbättringar uppgav betydligt lägre 3,67 PoK-poäng för HT 2018. Även ÖNH-kliniken visade på förbättringar i tillgängligheten men angav i förhållande till de andra klinikerna lägre PoK-värden med 4,11 för HT 2018.

De kliniker som har lägst PoK-värden (Handkirurgiska-, Kirurgiska- och Kvinnokliniken) har också minskat eller åtminstone inte ökat produktionen av operationer och besök, samtidigt har köerna till operation ökat. I denna analys har vi inte kunnat peka på något samband mellan PoK-värden och förbättringar i produktion och tillgänglighet. I den statistiska analysen av sambandet mellan PoK- och produktion var endast resultatet för Ögonkliniken statistiskt signifikant. Sammantaget visar analysen av de olika verksamheterna på behovet av omfattande data för samtliga variabler, dvs. inflödet, produktionen, köer, tillgänglighet, utnyttjade resurser och en noggrann uppskattning av arbetet med PoK. Utan detta omfattande datamaterial är det inte möjligt att dra några säkra slutsatser.

Vid bedömningen av de olika klinikernas utveckling skulle remissinflödet ha behövts, produktivetsdata samt även vilken produktivetsnivå som redan uppnåtts innan den studerade perioden. Då verksamheterna skiljer sig åt i hur resurskrävande de är blir jämförelser mellan kliniker svåra att göra. Det är därför svårt att dra några slutsatser för hur väl klinikerna utvecklat sina verksamheter, baserade på dessa data. Ett exempel är Kvinnokliniken vars antal operationer minskade under den studerade perioden, medan antalet besök var konstant. Köerna ökade för andelen väntande och andelen som fått operation inom 90 dagar gick ned. Produktionschefen kommenterade att detta berodde på en redan uppnådd hög produktivetsnivå innan 2016.

När det gäller arbetet med PoK angav samtliga kliniker att de gör framsteg i implementeringsgraden av de nio olika faktorerna. Men givet databegränsningar och metodbrister har denna studie inte kunnat påvisa en korrelation mellan PoK-arbete och förbättrad tillgänglighet. Detta beror

sannolikt inte heller främst på de identifierade metod- och databristerna utan på att PoK-arbetet endast påbörjats och kräver en längre period av konsekvent arbete för att få till stånd en mer bestående kulturförändring.

Andra orsaker till att effekter av PoK inte varit tydligare har också framhållits av verksamhetsutvecklare och planeringschefen. Det handlar bl.a. om bristande tillgång till nyckelpersonal och sammanläggningen av verksamheter vid tre olika geografiskt utspridda sjukhus med olika kulturer som försvårat arbetet med PoK. Arbetet med PoK och kapacitetsstyrning kräver omfattande åtgärder under längre tid med ett tålmodigt och konsekvent ledarskap. Effekterna av påbörjade insatser kräver kulturförändringar för att bli påtagliga och tar därför tid, vilket framhållits av både områdes- och planeringschefen. Förutom arbetet med PoK inom Område Opererande och Onkologi har även ett divisionsövergripande stabslätt arbete skett inom det som kallas för Operationsrådet för att öka produktiviteten i användningen av salsresurserna [46]. Effekterna av arbetet med bättre kategorisering av patientinflödet och bättre IT-system som påbörjades 2017 inom Område Opererande och Onkologi i Region Örebro län kommer sannolikt att bli mer påtagliga framöver. Strategin för PoK-arbetet enligt områdeschefen har varit de små stegens metodik för att undvika en motreaktion. Att kulturändring tar tid och att PoK-arbete innebär en kulturändring, pekar också många experter på [47- 51].

En väl fungerande produktions- och kapacitetsplanering och styrning kräver fokus på variation och omfattande insatser i att styra efterfrågan, matcha kapaciteten bättre till efterfrågan, identifiera och åtgärda flaskhalsar och få processer på systemnivå att fungera bättre [52-54]. Exempel på förändringar som kunnat öka produktiviteten är att två operatörer opererar växelvis som angavs av ÖNH-kliniken. Detta angavs som en förbättring som inte av verksamhetschefen setts som en del av PoK, eller kapacitetsstyrning. Innovation och förbättringar i processer är en del av PoK-komponenten genomförande, dvs. det som utgör faktor 6. Detta innebär att står en klinik inför brist på personal behöver de komma upp med olika insatser för att kompensera personalbristen, genom uppgiftsskiftning, ändring i schemaläggning, inhyrning av personal, ändring i processer etc. vilket ska ses som en del av arbetet med kapacitetsstyrningen [55-57]. Denna komponent Genomförande och förbättringsarbete, där innovation bör ingå, behöver ses som en integrerad del i PoK-arbetet för att förbättringar ska kunna uppnås.

Slutsatser

Utifrån verksamhetscheferna och verksamhetsutvecklarnas bedömning har Område Opererande och Onkologi gjort framsteg i arbetet med PoK. Resultaten i produktion, produktivitet och tillgänglighet har också ökat, men inte genomgående för alla kliniker. Med de begränsade data och metoder som användes kunde inte analyserna identifiera en tydlig korrelation mellan PoK och förbättrad tillgänglighet. Det är emellertid inte troligt att stora och snabba framgångar sker som en följd av det omfattande arbete som en väl genomförd produktions- och kapacitetsplanering innebär. Produktions- och kapacitetsstyrning innebär för de flesta verksamheter betydande förändringar

som kräver ett drivande och konsekvent ledarskap över längre tid innan tydliga och bestående resultat kan ses. Mot bakgrund av den svåra utmaning som PoK-arbete innebär och den samtidiga strukturförändring som bildandet av länskliniker inneburit har Region Örebro län gjort tydliga framsteg.

Analys av väntetider vid sömnapné och CPAP-behandling

Inledning

Andningsuppehåll (apné) under sömnen är relativt vanligt i den vuxna befolkningen. Omkring 10 procent av kvinnorna och 20 procent av männen i åldrarna mellan 30 och 60 år har sömnapné [58,59]. Symtomen kan vara mer eller mindre omfattande, men för många är de så omfattande att de kräver någon form av behandling.

Behandling med en så kallad CPAP²¹-mask under sömnen är vanligast vid uttalad sömnapné. En alternativ behandling vid lindrigare former eller då CPAP-behandlingen inte fungerar är att prova ut en speciellt utformad bettskena. För ett fåtal fall kan även kirurgi vara aktuellt. Antalet utprovade CPAP-masker under 2018 uppskattas vara mellan 15 000 och 16 000²² och antalet utprovade bettskenor har uppskattats till att vara över 20 000 per år [59]. Antalet patienter som får en CPAP och är i behov av långtidsuppföljning har stadigt ökat.

I den redogörelse av väntetider som Socialstyrelsen redovisade i rapporten Väntetid, kontinuitet och samordning vid vissa kroniska sjukdomar [13] framgick att väntetiderna till diagnos och behandling vid sömnapné var mycket långa. Dessutom varierade väntetiderna kraftigt mellan olika enheter och regioner. Långa och varierande väntetider har också påtalats av företrädare för de två kvalitetsregistren på området; Svenska Sömnapnéregistret (SESAR)[60,61] och Andningssviktregistret (Swedevox). Detta är anledningarna till att sömnapné har valts ut för en tematisk analys.

Studiens syfte

Avsikten med denna studie har varit att ge en ingående beskrivning med apnévården som exempel diskutera varför väntetiderna för sömnapnéutredning och behandling med CPAP-mask är långa och varierar mellan olika utförare. Behandling vid sömnapné är ett område där uppgifter från väntetidsdatabasen vid SKL eller från Socialstyrelsens patientregister (PAR) inte kan utnyttjas för att beskriva omfattning och väntetider. Denna analys kan därför ses som ett exempel på hur data från kvalitetsregister kan användas för att analysera enskilda verksamheters väntetider och omfattning i relation till patientkaraktäristika och vårdprocesser.

²¹ Continous Positive Airway Pressure.

²² Uppskattat antal utifrån inrapportering till Swedevox och enkät till enheter i denna studie.

Material och metod

Sömnapnéverksamheten beskrivs och analyseras i denna analys huvudsakligen med stöd av data från SESAR och Swedevox. Detta innebär att samtliga patienter som utreds för OSA ingår. När det gäller behandlingar omfattar analysen enbart de som behandlas med CPAP.

Då deltagande i kvalitetsregister är frivilligt och inte alla enheter som utreder och/eller behandlar patienter för sömnapné rapporterar till registren har även en kompletterande enkät skickats till strategisk utvalda enheter.

Även om inte all verksamhet inom sömnapnéområdet ingick i studien är bedömningen att materialet är tillräckligt omfattande för att ge en samlad bild av väntetider kopplat till den verksamhet som bedrivs på olika håll i landet. I bilaga 8 redovisas vilka enheter som ingår i respektive register samt vilka som besvarat enkäten.

Kvalitetsregister

Svenska sömnapnéregistret (SESAR)

Sedan 2011 samlas uppgifter om patienter som utreds och behandlas för obstruktiv sömnapné (OSA) i SESAR [62]. Inledningsvis var registrerades huvudsakligen enheter i Västra Götaland, men numera är det 22 utredningsenheter och 26 behandlingsenheter som rapporterar till registret, vilket gör att registret omfattar cirka 60 procent av de utredningar som utförs i landet.

SESAR är primärt ett register som utgår från diagnosen sömnapné och som följer patienter med en remiss för utredning av misstänkt sömnapné genom vårdkedjan. Utöver uppgifter om patienten, datum för remissutfärdandet och diagnos samt olika kliniska parametrar gällande besvärens omfattning ingår även information om vilken behandling patienten genomgår. Registret har också utarbetat riktlinjer för utredning av misstänkt sömnapné [63].

Andningssviktregistret (Swedevox)

Swedevox samlar sedan 2010 in uppgifter om patienter som behandlas med CPAP [61]. I registret ingår också andra patientgrupper som behandlas med syrgas i hemmet samt de som har en respirator i hemmet. Registret följer vänte- och ledtider till behandlingsstart och uppföljning. En viktig del av arbetet är också att ta fram behandlingsriktlinjer för CPAP-behandling [59]. För närvarande är det 36 enheter som medverkar i rapporteringen till registret (bilaga 8).

Verksamheter på Gotland samt i Västerbotten, Västernorrland och Kronoberg rapporterar inte till något av kvalitetsregistret likaså delar av Stockholm. Detta innebär att data från dessa verksamheter saknas i registren. Den sammanlagda täckningsgraden för CPAP verksamheten i landet uppskattas ligga runt 75 procent för år 2018.

SESAR och Swedevox är sammanlänkade och de data som är relaterade till patienter som behandlas med CPAP och som registrerats i SESAR rapporteras över till Swedevox.

Enkät till enheter inom sömnapnéverksamheten

I slutet av december 2018 skickades en enkät ut till 51 enheter inom området. Urvalet genomfördes i samarbete med kvalitetsregistren. I urvalet ingick enheter som hade tillgängliga mailadresser och som antingen utför utredningar eller CPAP-behandling eller enheter som såväl utreder som behandlar. Enkäten mailades till kontaktpersoner för respektive register samt kompletterades med de personer vid övriga enheter där ansvariga för kvalitetsregistren hade en e-mailadress.

Frågorna hade huvudsakligen fasta svarsalternativ. Svaren kunde skickas in per mail eller post. Svar har inkommit från 32 enheter (63 % svarsfrekvens).

Frågorna behandlade verksamhetens omfattning och organisation, men även tillhandahållandet av CPAP-utrustning och patientens eventuella kostnader för denna. Därutöver ställdes frågor om väntetider, hur patienterna informerades om väntetiden samt den aktuella prioriteringen av tre typiska remisser. Respondenterna ombads också ange i vilken mån man tillämpade de rekommendationer för diagnos och behandling som utarbetats av SESAR respektive Swedevox. Avslutningsvis efterfrågades om enheten genomfört några särskilda förändringar för att korta väntetiderna.

Underlag för analys av väntetider

I SESAR-registret ingår uppgift om datum för när remissen registreras i samt datum för journalförd diagnos. Med dessa uppgifter kan tiden fram till diagnos beräknas, vilket i praktiken blir lika med utredningstiden. Remissdatumet överrapporteras till Swedevox-registret som också innehåller datum för nattlig andningsregistrering (NAR) och datum och datum för påbörjad utprovning av CPAP. Detta innebär att tiden mellan remiss och start av utredning respektive tiden från start av utredning till behandling kan fångas.

Det väntetidsmått som används vid jämförelser mellan enheterna är huvudsakligen medianväntetiden i dagar.

I studien ingår utöver jämförelser av enheter också en analys av olika faktorer betydelse för väntetiden mellan remiss och diagnos. Analysen är en variansanalys (ANOVA) med utfallsvariabeln i logaritmerade väntetidsobservationer från remiss till utredning. Modellen innehåller data om kön, ålder, civilstånd, inkomst, utbildning, födelseland, samsjuklighet med hypertoni och utredningsenhet. Underlaget till analysen är data från SESAR år 2016 och 2018, totalt 21 553 vårdtillfällen. Uppgift om civilstånd, inkomst, födelseland och utbildning har hämtats från Statistiska Centralbyråns LISA-databas.

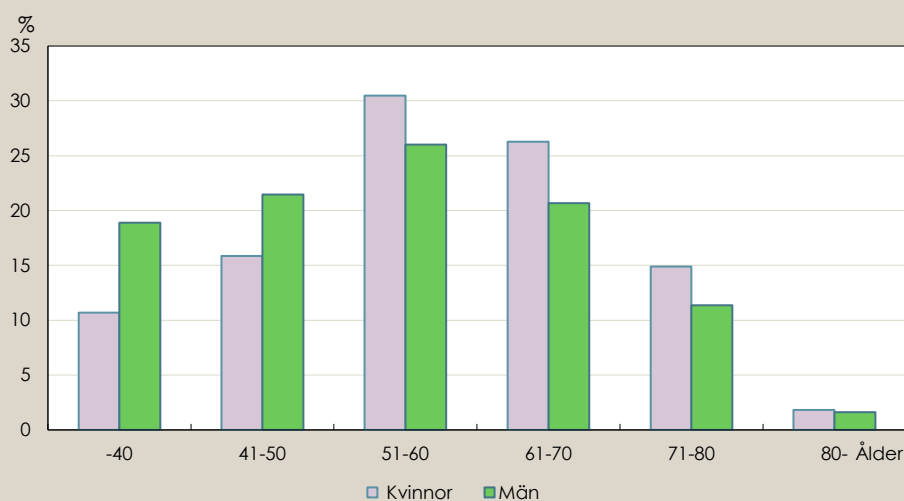
Resultat

Obstruktiv sömnapné – ett folkhälsoproblem?

Det har uppskattats att cirka 10 procent av kvinnorna och 20 procent av männen i åldrarna mellan 30 och 60 år lider av sömnapné [64]. Av dem som utreds för OSA är två tredjedelar män. Ett vanligt tecken på OSA är dagtrötthet. OSA har kunnat kopplas till såväl sömnrelaterade olyckor som till hjärt- och kärlsjukdom, metabolt störning och vaskulär dysfunktion [64-66].

Medelåldern bland patienter som har diagnostiserats med OSA är 54 år för män och 58 år för kvinnor. Efter en topp i övre medelåldern minskar antalet i de äldre åldersgrupperna (figur 33).

Figur 33. Åldersfördelning för män och kvinnor med obstruktiv sömnapné, 2018.



Källa: Svenska sömnapnéregistret

Apnévårdens organisation

Resultatet från enkäten visar att organisationen för utredning och behandling av patienter med misstänkt sömnapné varierar mellan regionerna. Av de 32 enheter som besvarat enkäten är sex fristående, det vill säga att de är en egen klinik vid ett sjukhus eller utanför sjukhus som enbart tar emot patienter med sömnapné eller andra sömnstörningar. Av de övriga enheterna tillhör elva en lungklinik och nio en öron-näsa-halsklinik, tre tillhör en neurofysiologisk klinik och två ingår i klinisk fysiologisk verksamhet.

Majoriteten av enheterna genomför såväl utredning som behandling, men det förekommer också att utredningarna görs vid en enhet och behandlingen vid en annan. Behandling med apnébetskena förskrivs av de behandlande enheterna men själva bettskenan görs vid särskilda tandläkarmottagningar²³.

²³ Det finns en särskild utbildning och certifiering av tandläkare som drivs av den odontologiska sektionen i svenska Sömnföreningen (SFSS)

Enheternas personalsammansättning varierar beroende på verksamhetsinriktning och organisatorisk tillhörighet. Enheter som enbart genomför utredningar har begränsad tillgång till läkarkompetens, medan övriga enheter har en medicinskt ansvarig läkare för sömnapnévården.

Andra personalgrupper inom apnévården är sjuksköterskor, undersköterskor, sjukgymnaster, biomedicinska analytiker och i något enstaka fall hjälpmedelstekniker²⁴. Det är vanligt att personalen delar sin tid mellan apnépatienterna och andra patientgrupper. I vilken mån enheterna har särskild personal enbart avdelad för undersökning och utprovning av CPAP-masker beror på verksamhetens omfattning.

En CPAP-maskin klassificeras som medicinskteknisk produkt och ingår i hjälpmedelshanteringen i regionerna. Av de enheter som besvarat enkäten är det en som uppger att det är hjälpmedelscentralen som svarar för utlämningen av maskinerna.

Tillhandahållandet av CPAP-utrustning sker i de flesta regioner mot en kostnad²⁵. Avgifterna varierar mellan regionerna. Några regioner tar ut en engångskostnad (variation mellan 500 och 1 500 kr), medan andra regioner tar ut en hyra på 100 – 150 kr i månaden alternativt 500 kr per år. I region Uppsala är maskinen kostnadsfri, men patienten betalar den första masken själv. I Halland och Västra Götaland är såväl maskin som mask kostnadsfri för patienten.

Vägen till behandling - från remiss till diagnos

Omkring tre fjärdedelar av patienterna kommer till apnéverksamheten via en remiss från primärvården. Övriga patienter är patienter med någon samsjuklighet som remitterats från en annan specialistenhet samt så kallade egenremisser, det vill säga patienter som vänder sig direkt till specialistkliniken. Av enkätsammanställningen framgår att vid majoriteten av enheterna är det läkare som bedömer remisserna. Vid några enheter är det sjuksköterskor eller biomedicinska analytiker som gör bedömningarna och vid ytterligare några delar läkare och sjuksköterskor på uppgiften.

I SESAR:s årsrapport för 2017 [64] framkom att det fanns betydande skillnader mellan enheterna gällande graden av sömnapné och dagsömnighet hos patienterna, vilket kan tyda på att tröskeln för acceptering av remisser skiljer sig åt mellan enheterna.

För att få en uppfattning om variationerna i remissbedömning inkluderades frågor kring bedömning av tre typiska remisser (bilaga 9) för patienter med olika angelägenhetsgrad i enkäten (figur 34). Av enkätsvaren framgår att bedömningarna av remisser skiljer sig åt vilket understödjer registrets slutsats om skillnader i bedömning av remisser. Av enkätsvaren framgår också att enheterna i stort sett är eniga kring *prioritering* av remisserna i de tre typfallen, så att fall 3 bedöms vara mer angeläget än fall 2 som i sin tur anses vara mer angeläget än fall 1. Trots detta blir konsekvensen att samma vårdbehov tidsmässigt kommer att få olika väntetid beroende på vid vilken enhet vården ges. Detta avspeglar sannolikt den rådande kapaciteten på de olika enheterna.

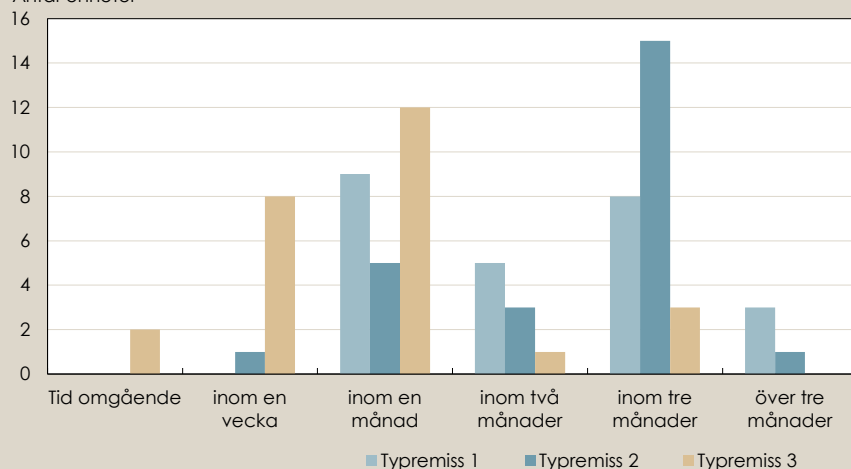
²⁴ Utbildning och certifiering sker genom Svensk Förening för Sömnforskning och Sömnmedicin (SFSS)

²⁵ Värmland, Kronoberg och Gotland ingår inte i underlaget.

Figur 34. Bedömning av typiska remisser.

Fråga: Hur hanterar ni för närvarande följande remiss?

Antal enheter



Källa: Enkät till enheter som utreder och behandlar patienter för sömnapné

På frågan om hur vanligt det är att remisser avvisas svarade enheterna nästan uteslutande att detta är mycket ovanligt. Bland de exempel på skäl för att avvisa en remiss som uppgavs fanns:

- Remisstexten inger misstanke om annan bakomliggande sömnstörning, hänvisning till annan sjukvårdsinstans.
- Patienten har ej utfört nattlig andningsregistrering innan remiss skickas till öron-näsa-halskliniken.
- Ofullständig eller felaktig frågeställning.
- Låg eller normal samsjuklighet och hänvisning till utredning via en annan utredande enhet. Vår sömnenhet utreder endast patienter med mycket hög samsjuklighet eller kraftig hypersomni vid riskyrke för olyckor (trafik/arbetsplats/säkerhetsklassad arbete).
- Dubbla remisser, misstanke om andra akutare sjukdomar som hänvisas till annan vårdgivare.

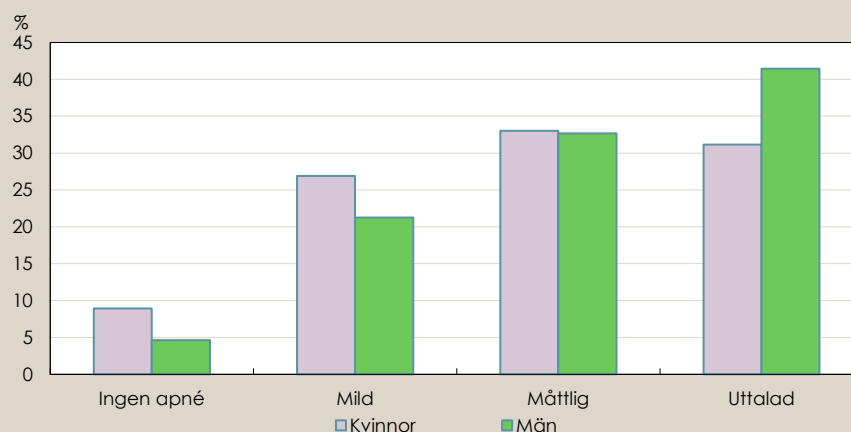
När remissen bedömts kallas patienterna till ett besök hos en läkare eller sjuksköterska för att genomgå en nattlig andningsregistrering (NAR), vilken är det främsta diagnostiska instrumentet för att ställa diagnos. Syftet med NAR är att fastställa sömnapnéns svårighetsgrad genom att mäta andningsuppehållens frekvens, varaktighet och hur syresättningen påverkas. NAR genomförs nästan uteslutande i hemmet, med hjälp av en särskild utrustning som delas ut av en sjuksköterska eller annan medicinskt utbildad personal.

Efter en samlad bedömning av patientens status fastställs en diagnos och patienten kallas till ett läkarbesök där ett beslut om en eventuell behandling fattas.

Gränsen för vad som anses vara uttalad OSA, och där det i de flesta fall är aktuellt att erbjuda patienten en behandling, är 30 andningsstörningar per timme. Även patienter med måttlig sömnapné (mellan 15 och 30

andningsuppehåll per sömntimme) erbjuds behandling på grund av symtom eller betydande nattlig syrebrist. I figur 35 har patienterna grupperats i olika svårighetsgrader med hjälp av så kallat AHI-index²⁶. Bland de manliga patienterna hade drygt 40 procent av de undersökta en uttalad OSA. Bland kvinnorna var det en lägre andel (34 procent). En större andel av kvinnorna hade en mild eller måttlig OSA.

Figur 35. Fördelning av AHI-klassifikation, diagnosår 2018

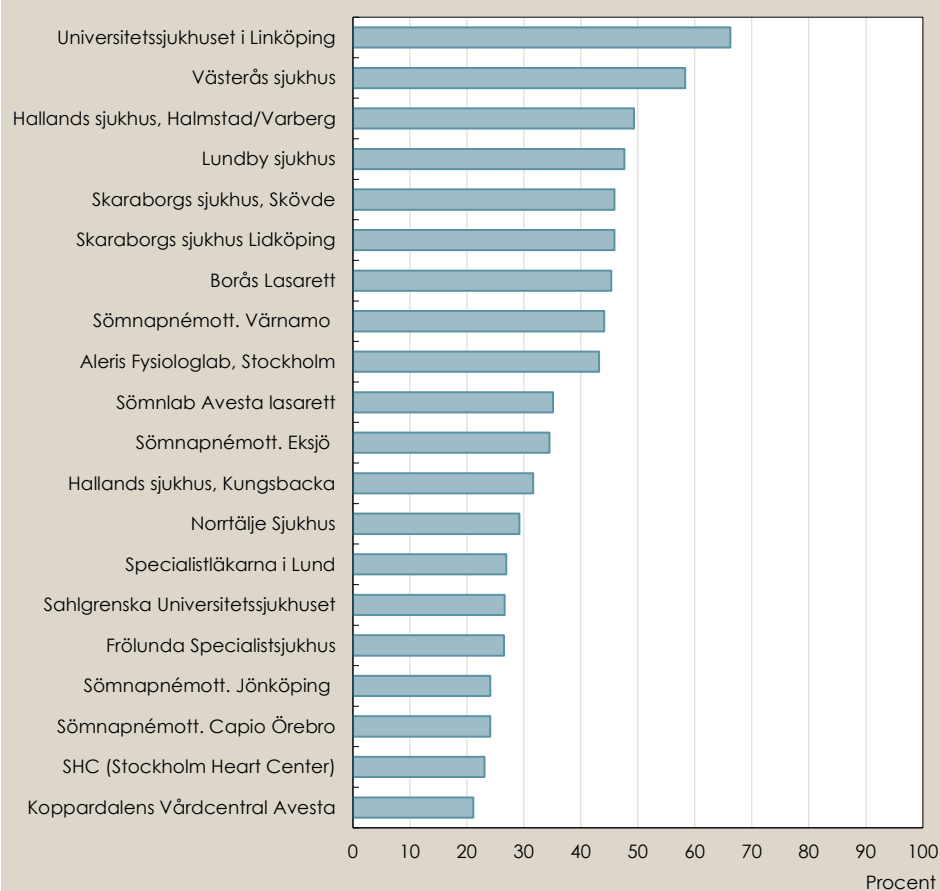


Källa: Svenska sömnapnéregistret

En jämförelse av andelen patienter som har uttalad OSA vid de olika enheterna visar på en omfattande variation (figur 36). Bakom dessa variationer kan de tidigare diskuterade tröskelvärdena för att acceptera remisser ligga, men också omfattningen av inkommande remisser kopplat till vilken kapacitet och vilket uppdrag enheten har.

²⁶ Apné-hyponéindex baseras på antalet totala eller partiella andningsuppehåll per timme..

Figur 36. Andel patienter med utfalad sömnapné per utredningsenhet, 2018.



Källa: Svenska sömnapnéregistret

För att avgöra vilken eventuell behandling patienten skall erbjudas görs också en kroppslig undersökning och en anamnes där bland annat dagtrötthet, övrig samsjuklighet, sysselsättning med mera noteras.

Mot bakgrund av de variationer som framkommit i SESAR:s analyser har det förts en diskussion inom området kring gemensamma riktlinjer för att nå en större nationell enighet i diagnostisering, behovsbedömning och terapival i syfte att göra apnévården mer jämlik i landet. År 2018 publicerade SESAR de första riktlinjerna för utredning av misstänkt sömnapné bland vuxna [65]. En övervägande majoritet av enheterna (26 av 32 enheter som besvarade enkäten) uppger att de tillämpar dessa riktlinjer. Det främsta skälet till att inte följa riktlinjerna tycks ha att göra med hur behovet av läkarnas insats kan tillgodoses eller hur det uppfattas;

”Vi har brist på läkartider. Sköterskor hanterar diagnostiken själva”.

”Vi har specialutbildade sjuksköterskor tränade i att beakta alla dimensioner vid utredning av sömnapné syndrom. Sjuksköterskorna träffar, diagnosticerar, informerar och behandlar patienten. Dessa sjuksköterskor följer ett strukturerat lokalt vårdprogram som beaktar alla OSAS -

utredningsdimensioner och sjuksköterskorna har regelbundna avstämningsronder med OSAS-ansvarig läkare för diskussioner avseende mer krångliga patientfall.”

Samsjuklighet, det vill säga att patienterna har fler än ett diagnostiserat hälsoproblem utöver sömnapné, är vanligt bland OSA-patienter. OSA har kopplats till såväl hjärt- och kärlsjukdom som till metabol sjukdom, astma/KOL och psykisk ohälsa [66 - 68].

Från diagnos till behandling

Om utredningen bekräftar diagnosen OSA så kan flera olika åtgärder bli aktuella, antingen enskilt eller i kombination. Den vanligaste och dokumenterat mest effektiva behandlingen är att patienten får en CPAP-mask. Omkring var tredje patient som utretts för sömnapné får en CPAP. Data från Swedevox registret [61] visar att bland de enheter som rapporterat till registret under perioden 2011 till 2016 har antalet CPAP utprovningar ökat med cirka 60 procent.

Utprovning av en speciell apnébetskena är en annan behandling som blivit vanligare under senare år. Antalet utprovade bettskenor har numer ungefär samma omfattning som utprovningarna av CPAP [67]. Patienter med måttlig eller mild OSA rekommenderas ofta att först pröva en bettskena innan CPAP-behandling kan bli aktuell. Några patienter växlar mellan CPAP och bettskena på grund av följsamhets- och acceptansproblem.

Kirurgi är också ett alternativ vars effekt efter en SBU-rapport [68] blivit alltmer ifrågasatt, varför antalet ingrepp minskat i omfattning under senare år, även om behandlingen kan vara framgångsrik för ett specifikt urval av patienter. Sömnapné är ofta kopplat till olika livsstilsfaktorer och många patienter rekommenderas därför att ändra sin diet och andra levnadsvanor.

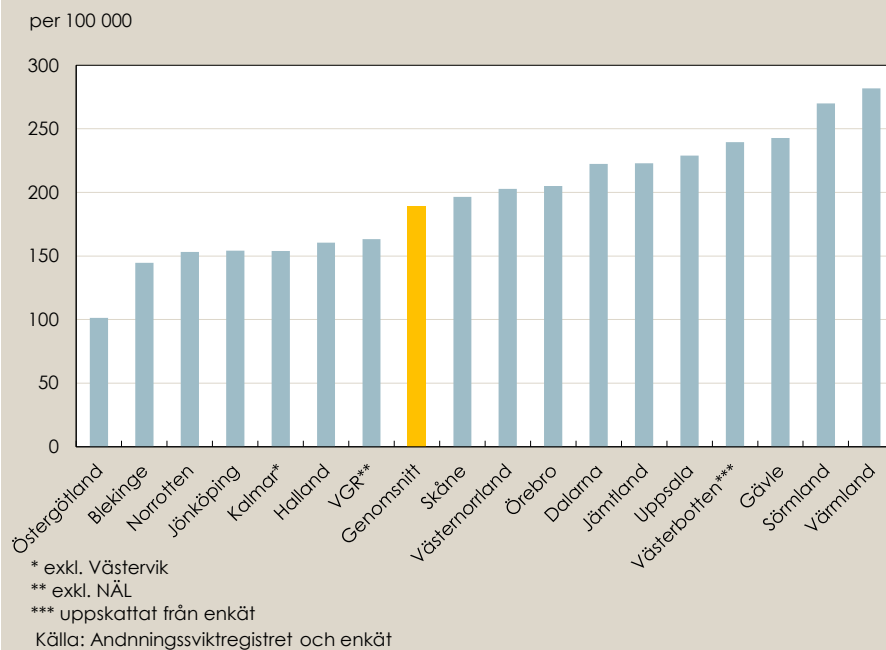
Efter att den mottagande enheten – som kan vara en lungklinik, en öron-näsa-halsklinik, en neurofysiologisk klinik eller en speciell sömnmottagning – gjort en bedömning, prioriteras patienten och sätts på väntelista för utredning.

I de fall då utredningen görs vid en annan enhet än den som svarar för behandlingen remitteras patienten vidare för utprovning av CPAP-mask, bettskena²⁷, kirurgisk behandling eller annan form av terapi. Med behandlingsbeslutet eller remissen som underlag kallas patienten, alternativt sätts patienten på väntelista, till CPAP-utprovning.

Det finns en stor variation mellan regionerna i andel av befolkningen som påbörjat en utprovning av CPAP-mask. Figur 37 visar att behandlingsfrekvensen varierar med en faktor på 2,8, det vill säga att CPAP-behandling var nästan tre gånger vanligare i Värmland än i Östergötland.

²⁷ Utprovning av bettskena sker endast vid särskilda tandläkarmottagningar.

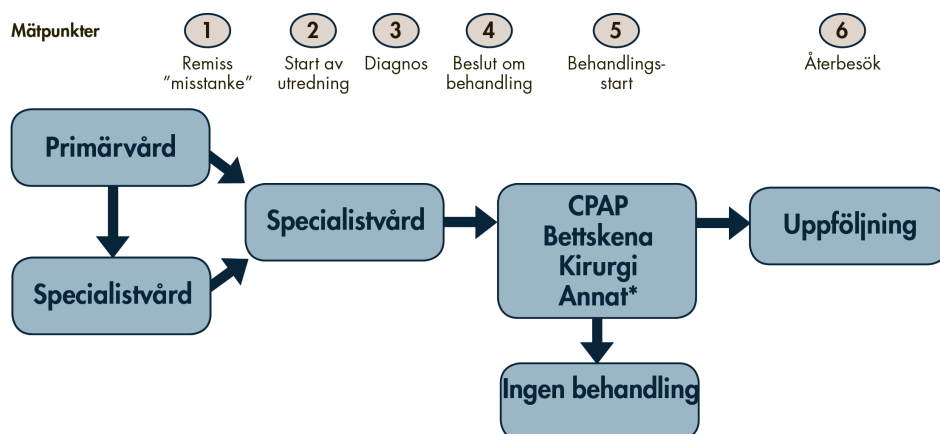
Figur 37. Antal CPAP-utprovningar för patienter 15 år och äldre per 100 000 invånare, 2018



Väntetider till utredning och behandling

Trots att organisationen av apnévården varierar mellan olika regioner är den övergripande processen lika för alla patienter (figur 38).

Figur 38. Vårdprocessen vid sömnapné



Data från kvalitetsregistren gör det möjligt att på individnivå följa upp tiden mellan remissens ankomst och diagnosdatum samt för de patienter som behandlas med CPAP; tiden mellan remiss och NAR (vilket motsvarar

mätpunkten ”start av utredning”), respektive tiden mellan NAR och utprovning av CPAP, det vill säga ”behandlingsstart”.

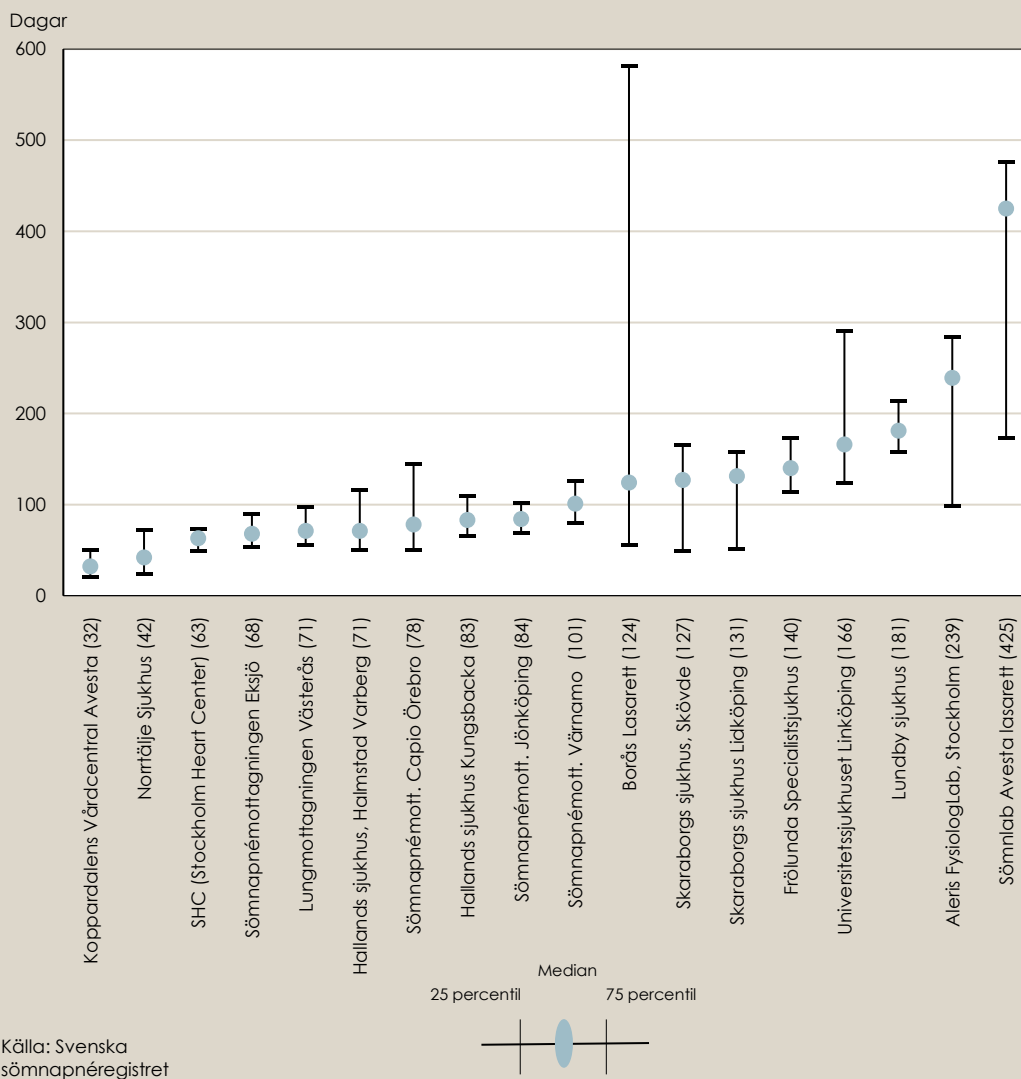
Väntetider från remiss till diagnos

I SESAR-registret registreras datum då diagnosen OSA²⁸ journalförts. Detta gör det möjligt att väntetiden mellan remiss och diagnosdatum kan följas upp.

Medianväntetiden mellan remiss och diagnos för de patienter som registrerats i registret var 119 dagar under 2018. Kvinnorna hade för första gången sedan registret startade en något kortare väntetid än männen, 118 dagar mot 119 för männen. Jämfört med 2017 då medianväntetiden var 111 dagar, ökade väntetiden något under 2018.

Skillnaderna i väntetid mellan de enheter som rapporterar till registret är betydande (figur 39).

Figur 39. Spridning i väntetid från remiss till journalförd diagnos per rapporterande enhet, 2018

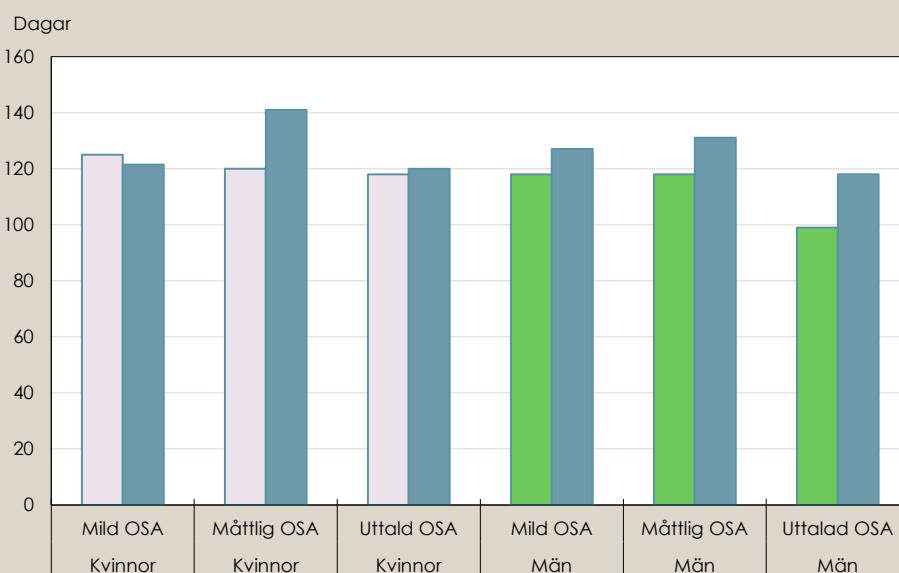


²⁸ ICD10-kod G47.3

Som framgått tidigare varierar andelen patienter med uttalad OSA mellan enheterna (figur 36) och graden av besvär är också något som enheterna tar hänsyn till vid prioriteringen av patienter (figur 37).

I figur 40 jämförs väntetiden för patienter med den grad av OSA som framkommer efter utförd NAR uppdelat på kvinnor och män. Jämfört med 2017 har väntetiden ökat bland samtliga patientgrupper utom för kvinnor med mild OSA där väntetiderna minskade marginellt med 3 dagar. Av figuren framgår också att apnéns svårighetsgrad inte påverkar väntetiden i någon omfattande grad i grupperna mild och måttlig OSA. Patienter med uttalad OSA enligt NAR har en kortare väntetid, men skillnaden får ändå betraktas som relativt marginell. Slutsatsen är att man på grundval av remissen inte kan göra en bedömning av svårighetsgraden utan det är endast när resultatet av NAR finns som en prioritering efter svårighetsgraden kan göras.

Figur 40. Medianväntetid i dagar från remiss till journalförd diagnos per AHI-klassifikation, 2018



Källa: Svenska sömnapnéregistret

För att studera i vilken utsträckning väntetiden mellan remiss och diagnos skiljer sig åt beroende på olika bakgrundsfaktorer har en statistisk variansanalys genomförts. Resultatet av analysen redovisas i bilaga 10.

Underlag för analysen är samtliga undersökningar som rapporterats till SESAR åren 2016-2018 (n = 21 553). I bilaga 10 redovisas konfidensintervall och signifikansnivån för de variabler som ingått i analysen.

Efter att hänsyn tagits till besvärsgrad (AHI-index) och vid vilken enhet patienten undersökts, visade analysen nedanstående signifikanta skillnader:

- Äldre har kortare väntetid än yngre.

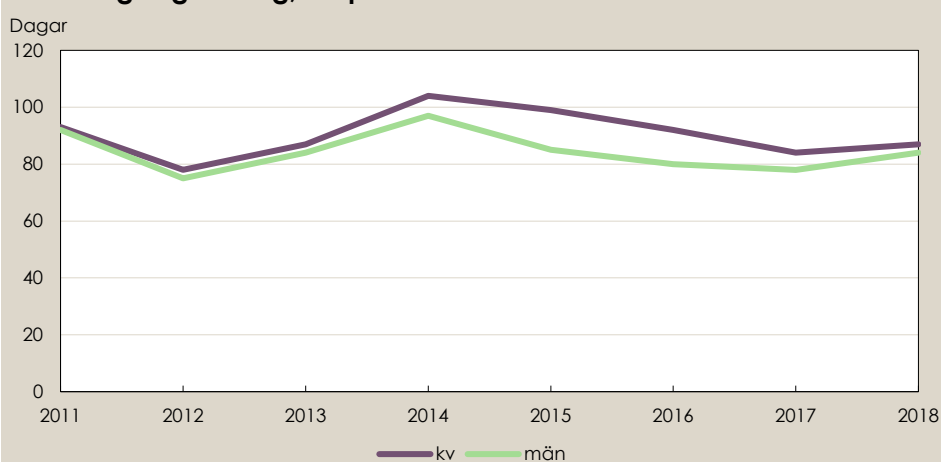
- Kvinnor har längre väntetider än män.
- Patienter födda utanför Sverige, Norden och EU har längre väntetid.
- Patienter med kardiovaskulär samsjuklighet som till exempel hypertoni har kortare väntetider.

Faktorer som civilstånd, inkomst och utbildning visade inte någon systematisk effekt på väntetiden.

Väntetid från remiss till nattlig andningsregistrering (NAR) för patienter som fått CPAP-behandling

Medianväntetiden mellan remiss och NAR var 85 dagar bland de patienter som påbörjat en CPAP-behandling under 2018. Kvinnor hade en något längre väntetid (87 dagar) än män (84 dagar). Skillnaden mellan könen har minskat under 2018. Efter en minskande trend under perioden 2014-2017 ökade väntetiden åter något under 2018 (figur 41).

Figur 41. Medianväntetid mellan remiss och nattlig andningsregistrering, tidsperiod 2011-2018.

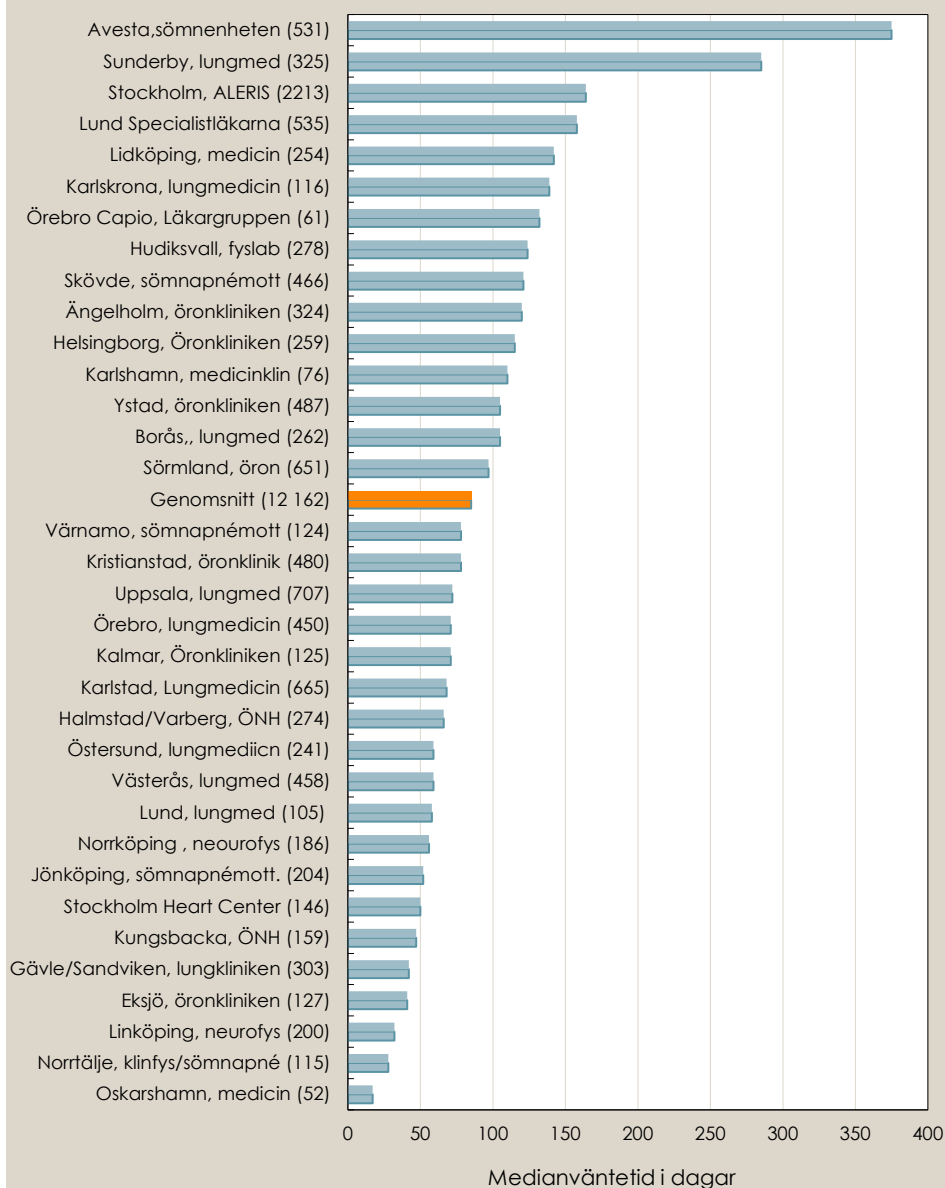


Källa: Andningssviktregistret och Svenska sömnapnéregistret

Sedan registrets start, 2010, har det noterats att väntetiderna varierar betydande mellan de enheter som rapporterar till Swedevox (figur42). För 2018 är det två enheter som avviker kraftigt med mycket långa väntetider. Vid enheten i Avesta har hälften av patienterna väntat mer än ett år på att påbörja utredningen och vid Sunderby sjukhus väntar hälften av patienterna längre än nio månader. Det finns även enheter som har korta väntetider. Vid enheten i Oskarshamn har hälften av patienterna fått en NAR inom knappa tre veckor och bland patienterna i Norrtälje har hälften av patienterna genomgått en NAR inom en månad.

I de sammanställningar som visas på Swedevox hemsida [59] anges 60 dagar som ett kliniskt godtagbart målvärde för inom vilket hälften av patienterna ska ha genomgått en NAR. Av de 34 enheter som ingår i jämförelsen är det 12 som uppnådde detta mål under 2018.

Figur 42. Medianväntetid mellan remiss och nattlig andningsregistrering uppdelat per enhet, 2018



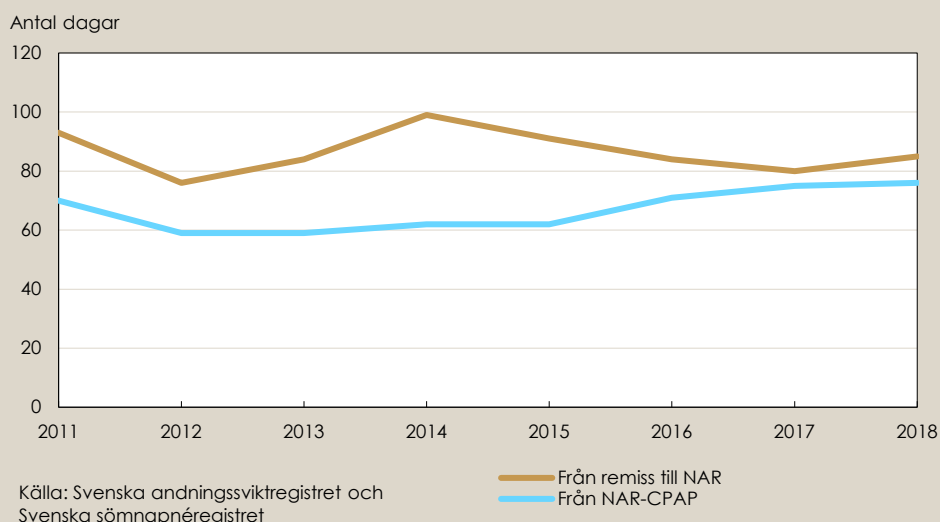
Källa: Andningssviktregistret

Väntetid från start av utredning till behandling med CPAP

Under 2018 fick hälften av de patienter som startade en behandling med CPAP vänta 76 dagar eller längre från det datum då de gjort den nattliga andningsregistreringen, NAR. För kvinnorna var denna tid längre än för männen, 82 dagar respektive 73 dagar. I figur 43 jämförs utvecklingen av

väntetiden fram till NAR med tiden från NAR till CPAP. Väntetiden fram till NAR har varit längre under hela uppföljningsperioden, men under de senaste åren har de båda väntetiderna närmats sig varandra då tiden mellan NAR och CPAP ökat samtidigt som tiden fram till NAR har minskat (figur 43).

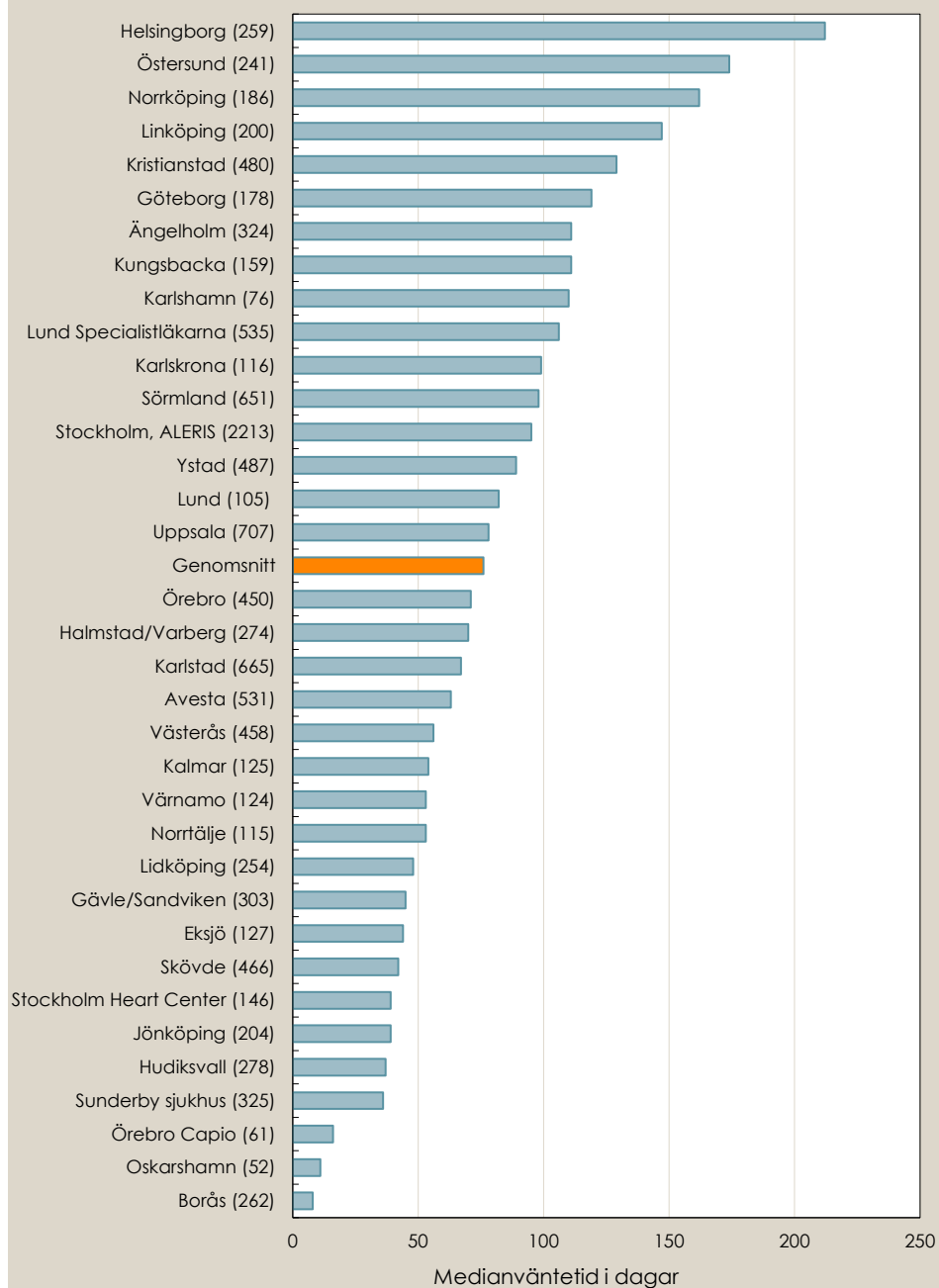
Figur 43. Medianväntetid mellan remiss och nattlig andningsregistrering (NAR) samt mellan NAR och påbörjad CPAP-behandling, 2011 – 2018.



Även väntetiden från NAR till CPAP varierar betydande mellan enheterna (figur 44). Längst väntan var det i Helsingborg där hälften av patienterna fick vänta längre än sju månader mellan NAR och utprovning av CPAP. Även i Östersund och Norrköping var medianväntetiden över ett halvår. Det finns även enheter som har mycket korta väntetider. I Borås fick hälften av patienterna utprovningen inom en vecka efter NAR och i Oskarshamn var medianväntetiden cirka två veckor.

Även för denna väntetid har kvalitetsregistret satt upp en medianväntetid på 60 dagar som ett kliniskt relevant målvärde. Av de 35 ingående enheterna var det femton som uppnådde målet under 2018.

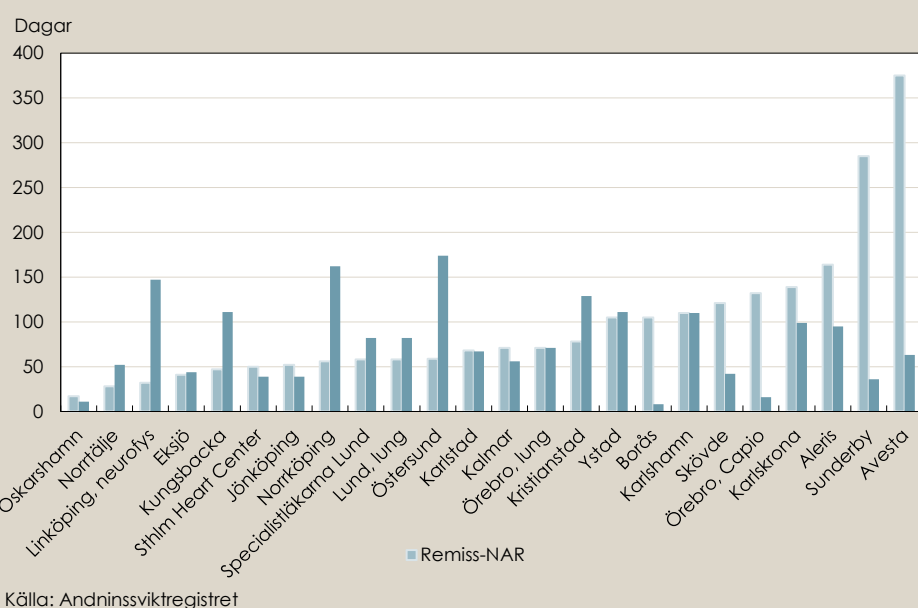
Figur 44. Medianväntetid (dagar) mellan nattlig andningsregistrering (NAR) och utprovning av CPAP per enhet under 2018 *



* Inom parentes anges antal CPAP-utprovningar som påbörjats under 2018.

Källa: Andningssviktregistret

Figur 45. Jämförelse per enhet av tid till nattlig andningsregistrering (NAR) och tid till utprovning av CPAP



I figur 45 redovisas en jämförelse av tiden mellan remiss och utredning (NAR) och tiden mellan NAR och behandlingsstart med CPAP. Enheterna har sorterats efter hur lång den första väntetiden är. Som framgår är mönstret inte det samma för de två väntetiderna.

Även om en sådan sammanställning inte gjorts är de data som finns i figur 12 ett bra underlag för att vid den enskilda enheten få ett underlag i diskussionen om vilka delar av vårdkedjan som bör fokuseras.

Uppföljning av väntetider och enheternas insatser för att förbättra väntetiderna

I enkäten uppgav alla utom en enhet att de följer upp väntetiderna. En enhet har också explicit beskrivit hur uppföljningen går till.

”Produktionsplanering är etablerad på kliniken sedan flera år. Väntetidsrapporter tillverkas varje månad. Fokus ligger på behandlingsgarantin för CPAP. Utredningen rapporteras mindre tydligt då man uppfattar att det inte finns en vårdgaranti för utredning. Väntetid för utredning är cirka 2,5-3 år för normalprioriterade patienter. Patienter med högre medicinsk prioritet tas snabbare omhand. Även om medianväntetid på kliniken har kortats på kliniken under tiden så har väntetiden på de normalprioriterade patienterna ökat (undanträngning vid hög prioriterade fall)”

Ytterligare en fråga i enkäten var hur patienterna informeras om aktuell väntetid och vårdgaranti. De svarsalternativ som gavs var; muntligen vid besök i samband med behandlingsbeslut, skriftligen i samband med kallelse

till besök för utprovning av CPAP, annat sätt, patienten får ingen information. Tio enheter uppger att de ger informationen i samband med behandlingsbeslutet och fem enheter informerar skriftligen i samband med kallelsen till CPAP-utprovning. Tolv enheter uppger ”annat sätt” med bland annat följande kommentarer:

- Nättjänst 1177.
- Information om vårdgaranti och väntetid till första besök skickas när remissen är bedömd genom en remissbekräftelse till patienten.
- Pat får information om långa väntetider till undersökning om denna överskrider 8 veckor.
- Skriftligen i samband med kallelse till nybesök för nattlig andningsregistrering.
- Skriftligt i samband med remissbekräftelse. (Informeras nog inte om att det inte ingår i vårdgarantin).
- När patienten ringer för att boka sin tid för sömnregistrering upplyses patienten om väntetiden.
- Skickas information då remissen accepteras. Har inga långa väntetider.
- Vid förfrågan eller avbokning.

Det var också tre enheter som uppgav att de inte informerade patienterna och skälen till detta var i ett fall att man inte har haft några långa väntetider, ett annat uppgivet skäl var att man i stort sett håller vårdgarantin och slutligen uppgavs att man skickade informationen via remittenten.

Enkäten avslutades med en fråga om man vid enheten genomfört något särskilt arbete för att korta väntetiderna och i så fall vad som gjorts och vilken effekt det haft. De svar som inkommit visar på omfattande aktiviteter och stort sett har alla enheter på ett eller annat sätt gjort förändringar för att förbättra väntetiderna.

En genomgång av svaren visar att det är vanligt att med övergång till CPAP utprovning i grupp. På enstaka enheter sker också utdelning av registreringsutrustningen i grupp. Andra insatser som nämns är så kallad ”job-shifting” där sjuksköterskor och biomedicinska analytiker ansvarar för bedömning av NAR samt meddelar behandlingsbeslut. Ytterligare en insats för att förbättra tillgängligheten och förkorta väntetiderna var patientbokning där patienten själv får ringa och boka tid.

Ändrade processer och rutiner är vanliga insatser för att förbättra väntetiderna bland flera enheter. Exempel på genomförda processförbättringar är samordnade besök hos läkare och sjuksköterska vid utprovning, inrättat snabbspår samt kortat utprovningstid. Förändringar har också genomförts i uppföljningsledet genom att glesa ut uppföljningsbesöken eller i något fall avsluta uppföljningen efter färre kontroller. Flera enheter nämner också att man använder telemonitorering för att förenkla och öka kapaciteten i uppföljningen. Enstaka enheter har ersatt vissa läkarbesök, dock ej för nybesök, med telefontid. Remisshanteringens betydelse har också uppmärksamats vid någon enhet.

Några enheter har också fått resursförstärkning i form av fler tjänster, fler mätutrustningar och i vissa fall tillfälliga satsningar för att korta köerna, men svaren visar att det motsatta också kan inträffa.

”Vi har införskaffat fler registreringsutrustningar, börjat arbeta med CPAP utdelning i grupp. Dessvärre har budgeten för sömnlabb reducerats från år 2019 och antalet ssk/usk tjänster har minskat med ca 30 % (från 2,7 till 2,0), vilket kommer göra grupputprovningar omöjliga. Antal läkartjänster är ca 0,15 spec läkartjänster.”

Eller som en annan enhet uttrycker det;

”Vi har testat olika sätt att arbeta. Men... inflöde av cirka 1150 remisser per år och begränsad resurs gör att ekvationen ej går ihop. (Ringa intresse från chefen). Resurs: 1 läkare och cirka 3 ssk/usk för hela sömnapnéverksamheten. En läkare tagit 700-800 nybesök per år senaste åren. Går inte att öka utan måste minskas.”

I svaret från en av enheterna ges en hel karta på olika försök att effektivisera verksamheten. Trots detta har väntetiderna ökat igen vilket lett fram till att man startat ett nytt förändringsarbete:

”Upprepade försök med olika projektarbeten. T.ex. CPAP-utdelning i grupp, CPAP uppföljning via telefon, CPAP uppföljning via drop in mottagningar. Även en studie med telemedicinsk CPAP uppföljning har genomförts. Projektarbeten har lett till förbättrade väntetider för terapistart med CPAP och terapiuppföljning. Vi har hållit 3 månader för CPAP utdelning fram till hösten 2017, därefter har väntetiden även ökat för denna del i verksamheten (nu 10-12 månader för terapistart CPAP vid normal prioritet). Mottagningen har tidigare fått kvalitetspris för sitt utvecklingsarbete. Vi genomför nu en läkarbaserad diagnostisk process med ny teknologi som gör hantering av sensorer och analys mer enkel och automatiserad. Sömnutrustning delas ut via läkare på dag 1 (grupputdelning) och utvärderas sedan under mottagningsbesök dag 2. På detta sätt vill vi öka mottagningens möjligheter till apnéutredning för patienter med mycket hög prioritet.”

Diskussion och slutsatser

Utredning och behandling av sömnapné är exempel på ett område inom hälso- och sjukvården som hanterar ett omfattande kroniskt icke akut hälsoproblem där efterfrågan på behandling ökat kraftigt det senaste decenniet. Den ökade efterfrågan är delvis ett resultat av att andelen i befolkningen som har någon långvarig sjukdom som till exempel diabetes, hjärt- och kärlsjukdom, KOL eller övervikt ökar eftersom en stor del av de som utreds och behandlas för sömnapné har någon annan långvarig sjukdom. Ökad kunskap om sömnapnéns betydelse för utvecklingen av andra sjukdomar, samt för livskvaliteten och risker kopplade till dagtrötthet, är andra drivkrafter bakom den ökade efterfrågan. Nya och effektivare metoder såsom särskilda bettskenor och förbättrade CPAP-masker har också påverkat att allt fler kan behandlas med allt bättre resultat.

I en nyligen publicerad amerikansk studie framkommer att sömnapné är underdiagnostiserat bland äldre [69]. Detta har också uppmärksammats i Socialstyrelsens rekommendation till checklista för diagnostik och läkemedelsanvändning hos äldre [70]. Mot bakgrund av dagens åldersfördelning bland apnépatienterna (figur 33) finns det mycket som talar för att behovet av insatser inom apnévården kan komma att öka även av detta skäl.

Denna analys av verksamhet och tillgänglighet inom apnévården har gjorts utifrån data från de två kvalitetsregister som finns inom området [59,62] samt enkätsvar från 32 enheter i Sverige. Även om varken kvalitetsregistren eller enkäten är heltäckande för verksamheten bedöms materialet ge en god bild av den nuvarande apnévården vad gäller de patienter som utreds för sömnapné respektive de patienter som får en CPAP-behandling.

En splittrad organisation med otydlig hemvist

Det finns olika uppfattningar i landet kring hur och var denna verksamhet ska bedrivas. Detta är sannolikt historiskt betingat och påverkat av lokala förutsättningar och intressen vilket avspeglas i betydande skillnader i organisation och bemanning mellan regionerna. I delar av landet hör apnévården till lungsjukvården, i andra är det en del av öron-, näsa-, halskliniken och i några fall är det neurofysiologiska enheter eller enheter för klinisk fysiologi som ansvarar för delar av vårdkedjan.

Det finns också fristående enheter (sömmottagningar, sömnlaboratorier, sömnapné-mottagningar) som tar hand om hela eller delar av verksamheten, det vill säga antingen enbart gör utredningar eller såväl utreder som utprovar CPAP-utrustning. Utprovning av bettskenor, som är en lika vanlig behandling som CPAP, sker enbart vid särskilda tandläkarmottagningar. Det finns olika uppfattningar kring vilken kompetens som ska ta hand om patienterna och om behov av läkarinsatser i vårdkedjans olika moment.

Bilden av apnévården blir därför lätt splittrad och det har varit svårt att få grepp om alla delar av verksamheten i landet. Trots att det inte gjorts någon sambandsanalys av olika organisatoriska modeller kan det konstateras att tillgängligheten till apnévården är ojämlig i flera avseenden.

Ojämlig vård och skiftande indikationer

Utöver betydande skillnader i väntetider vid olika enheter pekar analysen också på att bedömningen av vilka patienter som erbjuds utredning varierar. Som framgått av figur 36 varierar den andel av patienterna som diagnostiserats med uttalad OSA i hög grad mellan enheterna. Bakom dessa variationer kan de tidigare diskuterade tröskelvärdena för att acceptera remisser ligga, men också omfattningen av inkommande remisser kopplat till vilken kapacitet och vilket uppdrag enheten har. Vilken prioritet remissen ges är också sannolikt beroende av hur den aktuella väntetidssituationen är vid enheten. Ytterligare en förklaring kan vara att själva sömnundersökningen bedöms olika. SESAR registret har noterat att finns tydliga skillnader mellan klinikerna i de processmått som avser tolkningskvalité. I de behandlingsriktlinjer från 2018 som registret tagit fram [63] finns enhetliga tolkningsregler av NAR. Avsikten med riktlinjerna för tolkning av NAR är

att bedömningen ska bli mer enhetlig i landet och i och med det leda till en mer jämlik vård.

Begreppet tillgänglighet inkluderar även tillgång till vård och behandling. Även här visar analysen på en ojämlig tillgång till CPAP-behandling. Antalet CPAP-utprovningar varierade under 2018 med en faktor på över 2,5 mellan det lägsta och det högsta antalet utprovningar per 100 000 invånare (figur 37). Även om analysen inte innehåller uppgifter om vilka resurser som finns inom respektive region är det naturligt att anta att dessa skillnader har sin grund i skillnader i kapaciteten, det vill säga personal, utrustning och kompetens.

En annan faktor som kan påverka omfattningen av utprovningen av CPAP-utrustning att det i alla utom två regioner (Västra Götaland och Halland) är förenat med kostnader för patienten. Variationerna i avgift är stora och att få en mask kan kosta allt från en engångsavgift på 1 500 kronor till en månadshyra på mellan 100 och 150 kr. I en tidigare publicerad utvärdering om hjälpmedel kunde Socialstyrelsen påvisa att skillnader i egenavgifter har betydelse för en jämlik tillgång till vård och behandling [71].

Ytterligare en aspekt på jämlikheten inom vård och omsorg är att patientens ålder, kön, utbildningsnivå och sociala status inte ska vara avgörande för vilken vård som ges. Prioriteringar ska göras utifrån vårdbehov. Den analys av väntetiden från remiss till diagnos genomförts med data från SESAR och SCB:s LISA-databas visar att det finns skillnader i väntetid som inte är kopplade till allvarlighetsgraden i OSA (mätt med AHI-index) eller till vid vilken enhet patienten undersökts. Enligt analysen (bilaga 10) som bygger på data från 2016 – 2018 har äldre kortare väntetid än yngre, kvinnor har längre väntetider än män, patienter födda utanför Sverige, Norden och EU har längre väntetid och patienter med hypertoni har kortare väntetider. Faktorer som civilstånd, inkomst och utbildning visade inte någon systematisk effekt på väntetiden.

Vad som orsakar dessa skillnader är oklart och kräver ytterligare studier för att kunna besvaras. När det gäller skillnaden mellan män och kvinnor talar dock data för att skillnaden har minskat under senare år.

Kända väntetidsproblem och många insatser för förbättring har prövats

De långa väntetiderna inom apnévården har varit utgångspunkt för att området valts ut för att ingå i Socialstyrelsens tillgänglighetsuppdrag. Enkäten visar att medvetenheten om tillgänglighetsproblematiken är hög inom området och samtliga enheter uppger att de följer väntetiderna. Kvalitetsregistren på området har också uppmärksammat detta som en viktig parameter att mäta och följa i olika delar av vårdprocessen, vilket sannolikt haft stor betydelse för enheternas kännedom om problemen. Trots att enheterna redovisat mängder av exemplen på olika förbättringsarbeten, kämpar många med att uppnå rimliga väntetider.

Enligt Swedevox är 60 dagar ett kliniskt godtagbart målvärde för inom vilket hälften av patienterna ska ha påbörjat utredningen (NAR). Samma målvärde anges för tiden mellan NAR och påbörjad utprovning av CPAP. Av de enheter som ingick i jämförelsen var det drygt en tredjedel som uppnådde

målvärdet mellan remiss och NAR och drygt 40 procent som hade en medianväntetid under 60 dagar mellan NAR och CPAP.

Liksom i många andra studier av tillgänglighet och väntetider har det varit svårt att få en samlad bild av hela vårdprocessen. Enheter som har en lång väntetid till utredning och diagnos, kan ha en kort tid mellan diagnos och behandling, vilket kan resultera i utjämnade skillnader i den för patienten kanske mest betydelsefulla tiden fram till starten av behandling. Med de data som finns i kvalitetsregistren skulle det vara möjligt att följa även denna tid.

Tre åtgärder för ökad jämlikhet och förbättrad tillgänglighet inom apnévården

1. Indikationerna för utredning och behandling skiljer sig åt i olika regioner och att detta leder till stora skillnader i behandlingsfrekvens och väntetider. En åtgärd för att utjämna dessa skillnader är att utarbeta gemensamma indikationer för utredning och behandling. Arbetet bör lämpligen vara kopplad till den nationella kunskapsstyrningsorganisationen. De riktlinjer som kvalitetsregistren utarbetat kan utgöra utgångspunkt för detta arbete.
2. Två tredjedelar av remisserna har primärvården som avsändare. Innehållet i remisserna är avgörande för prioriteringen av patienterna och i förlängningen för hur lång väntetiden blir. Remisshanteringen och informationen i remisserna är därför en central fråga för att optimera resursanvändningen i specialistvården. Vilken information som remissen bör innehålla hör starkt samman med behandlingsriktlinjer och indikationer, varför även detta bör vara ett arbete inom ramen för den nationella kunskapsstyrningsorganisationen.
3. Som framgått är det stora skillnader mellan regionerna i hur vårdprocessen är utformad och vilken personal som hanterar de olika momenten i utredning och utprovning av CPAP. I studien har uppföljningsledet i processen inte ingått, men av svaren från enkäten framgår att det även i denna del av kedjan finns stora variationer. Åsikterna om hur vården bör organiseras går isär och jämförelser av vilken betydelse de olika sätten att organisera vården har saknas. Mot bakgrund av den utveckling som pågår inom området och den förväntade ökningen av efterfrågan är det angeläget att ta vara på de erfarenheter av apnévårdens organisation som finns på olika håll i landet. Detta är ett arbete som skulle kunna förankras hos berörda professioner och företrädare för patientföreningen.

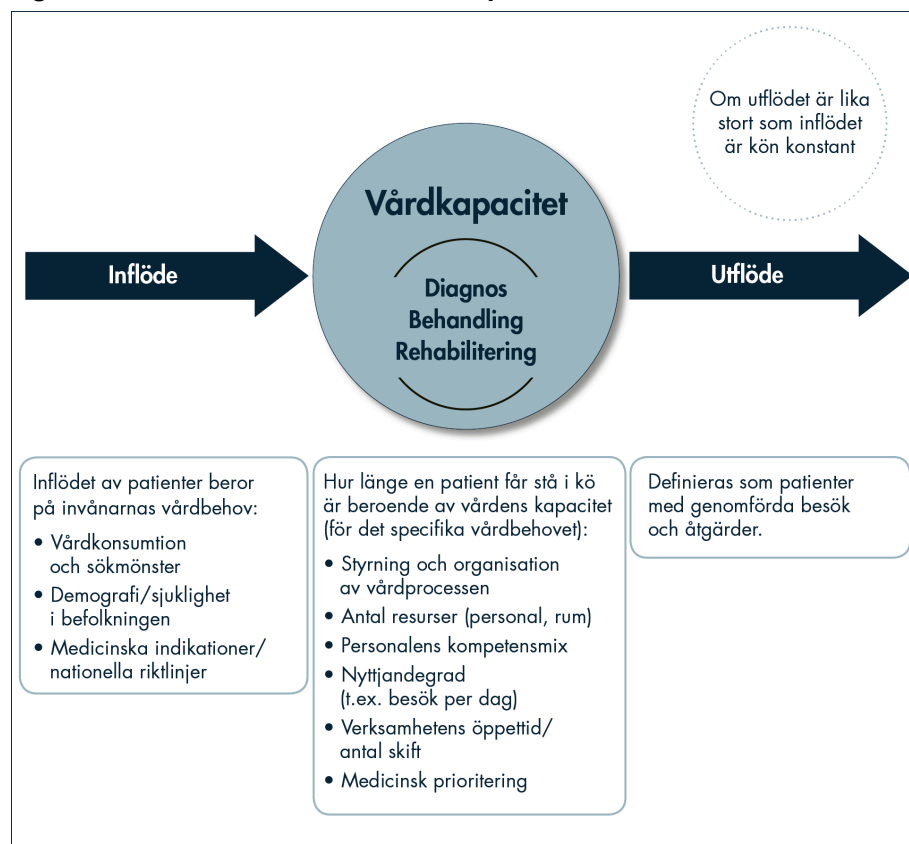
Socialstyrelsens reflektioner och förslag

I rapporten "Tillgänglighet i hälso- och sjukvården" [10] görs en översikt av orsaker till skillnader i tillgänglighet, mellan länder, mellan regioner och mellan olika verksamhetsområden.

En övergripande slutsats av analysen är att de främsta förklaringarna till skillnader i väntetider är systemets komplexitet, hur vården är organiserad och vilka prioriteringar som regionerna gör. Detta talar för att insatser för att åtgärda långa väntetider måste anpassas efter lokala förhållanden. Men, mycket av problematiken runt väntetider är också generisk och knuten till vårdens logik och beslutsprocess, det vill säga att produktionen sker i ett antal på varandra följande moment från den första kontakten till diagnos, behandling och rehabilitering.

I figur 46 ges en schematisk bild av vilka olika komponenter som är involverade i "kösystemet" och som är avgörande för varför det uppstår köer och väntetider.

Figur 46. Schematisk bild över ett kösystem.



En kö uppstår om efterfrågan vid en given tidpunkt är större än utbudet. Så länge som efterfrågan är större än utbudet kommer kön att växa. Köer kan

även uppstå som en dynamisk konsekvens av variationer i efterfrågan eller utbud, exempelvis om remissinflödet varierar över året men kapaciteten är konstant eller om remissinflödet är konstant men kapaciteten varierar över året som en följd av exempelvis semester. För att åtgärda köerna krävs antingen att efterfrågan minskar eller att produktionen och kapaciteten ökar, med ett ökat utflöde som resultat.

Med utgångspunkt från myndighetens erfarenheter från tidigare regeringsuppdrag på området och vad som framkommit i denna studie har myndigheten följande förslag till inriktning av det nationella arbetet kring vårdens tillgänglighet och väntetider under de kommande åren.

Väntetider på akutmottagningar

Landets akutmottagningar har över tid uppvisat en stadig trend med ökande tillströmning av patienter. Årets uppföljning pekar på att väntetiderna inte har ökat totalt sett sedan föregående mätning. De största akutmottagningarna tenderar också ha de längsta vistelsetiderna.

Fortsatt nationell uppföljning av väntetider på akutmottagningar är viktigt för att belysa utvecklingen och för att uppmuntra till lokalt förbättringsarbete.

Effektivare remisshantering

Studien av sömnappné visar att en stor del av vårdens insatser på detta område sker efter att en remiss skickats från primärvården. I studien framgick också att bedömning och prioritering av remisser varierar mellan olika enheter vilket leder till att vården blir ojämlik.

Remisser skickas för att få en undersökning gjord, ett prov taget eller för att få en bedömning av en kollega. Remissen kan också innebära att en vårdgivare överlämnar patienten till en annan vårdgivare. Remissen som informationsbärare mellan vårdgivare är därmed ett centralt verktyg för att starta och styra vårdprocesser. Den information om patientens vårdbehov som remissen innehåller är också beslutsunderlag för prioritering och beslut om vilken vård som ska ges och inom vilken tid patienten ska tas omhand.

Tidpunkten då remissen skrivs och skickas utgör också startpunkt för mätning av väntetider till besök i vårdgarantin. Även de standardiserade vårdförloppen inom cancer vården har ”remiss om cancermisstanke” som startpunkt. Remissutfärdandet är också den första mätpunkten i den modell för att mäta väntetider i specialistsjukvård som utarbetats av Socialstyrelsen i samband med implementeringen av cancerstrategin 2010 [3-5].

Det finns också anledning att tro att remissen kommer att få en ändå större betydelse i samband med den reform av primärvården som planeras. Behovet av effektiva informationsvägar mellan olika vårdgivare kommer att öka när allt fler patienter kommer att tas omhand i primärvården.

Även införandet av högspecialiserad vård kommer att ställa krav på en effektiv hantering av remisser mellan vårdgivare.

Användningen av e-remisser har ökat under senare år, men den är fortfarande begränsad till vissa områden och regioner.

Mot denna bakgrund föreslår Socialstyrelsen att remissen som informationsbärare och beslutsunderlag blir föremål för ett nationellt förbättringsarbete. Utöver en kartläggning av dagens remisshantering bör det även ingå att utreda förutsättningarna för standardiserade remisser för stora patientgrupper, liksom förutsättningar för att utveckla och införa ett remiss-ID/identifierare för att följa väntetider inom den specialiserade vården.

Gemensamma indikationer för ökad jämlikhet

Den analys som gjorts av utredning och behandling för sömnapné i denna rapport visar på omfattande skillnader i såväl väntetid som behandlingsfrekvens mellan olika vårdgivare. Variationerna kan delvis förklaras av att indikationerna förändras och indikationsgränser för etablerade behandlingar förskjuts i takt med att ny kunskap implementeras i klinisk praxis.

Variationer i indikationer innebär att samma vårdbehov bedöms olika och därmed uppstår skillnader i vården som gör att vården inte ges på samma villkor.

I samband med införandet av vårdgarantin 2005 startades ett nationellt arbete i syfte att utveckla en modell för utarbetande av nationella medicinska indikationer [72]. Inledningsvis bedrevs arbetet av SKL, men uppdraget kom senare att överföras till Socialstyrelsen [73].

Medicinska indikationer och behandlingsriktlinjer ska också ses som en möjlighet att förbättra innehållet i remisserna och därmed ge ett bättre beslutsunderlag för mottagaren.

Myndigheten anser att gemensamma indikationer är viktiga för att stödja utvecklingen av vården mot en ökad jämlikhet. Indikationer och medicinsk praxis är en del av kunskapsutvecklingen i vården och kan därför ingå i den nationella kunskapsstyrningsorganisationen.

Produktions- och kapacitetsplanering – en aktuell fråga

Även om väntetider kan sägas vara en del av vårdens logik är det grundläggande problemet ändå att verksamheterna inte klarar av att anpassa kapaciteten till inflödet av patienter (figur 46). Detta beror inte nödvändigtvis på att det saknas resurser, utan lika väl kan bero på att resurserna inte utnyttjas effektivt. Skälen till detta kan vara organisatoriska att kompetens saknas eller används på ett ineffektivt sätt.

Enligt HSL har landstingen i egenskap av huvudman ansvar för vårdens planering och genomförande. Produktions- och kapacitetsplaneringens (PoK) betydelse för verksamhetens resultat har uppmärksammats allt mer och i alla regioner pågår eller planeras utvecklingsarbeten runt PoK. De utredningar av PoK som Socialstyrelsen gjort visar att det krävs ett starkt stöd och ledarskap i den kliniska verksamheten för att arbeta med PoK. Även de regionala representanter som medverkat i delstudien kring ledning och styrning ansåg

att detta var en central fråga för att klara hälso- och sjukvårdens utmaningar framöver.

En slutsats från delstudien i Örebro är att ett införande av PoK i vården är en genomgripande förändring som kräver långsiktig uthållighet för att lyckas. En förutsättning för ett lyckat införande är att PoK-kompetensen höjs i verksamheten. Det gäller såväl utbildning av befintligt ledarskap och personal som att ändra rutiner och regelverk för att stötta införandet av PoK.

PoK ställer också krav på att verksamheterna stötts med underlag för att löpande följa inflöde och utfall, vilket ställer nya krav på tillgång till data och modeller för hur data ska analyseras.

Uppföljningen av tillgängligheten måste anpassas till vårdens utveckling och nya IT-system

En viktig del i Socialstyrelsens arbete med att utveckla uppföljningen av vårdens tillgänglighet har varit principen om att följa patientens väg genom vården. Det innebär att det ska vara möjligt att koppla samman olika händelser och åtgärder som sker inom ett och samma vårdförlopp.

Myndighetens första uppdrag på området var att ta fram en modell för att följa väntetiderna inom cancerområdet. Den modell som myndigheten presenterade år 2010 omfattade fem så kallade mätpunkter under vårdförloppet mellan remissbeslut till behandlingsstart, vilket var den del av vårdkedjan som uppfattades vara den mest kritiska ur ett väntetidsperspektiv. Målsättningen var också att mätningarna skulle vara individbaserade och bygga på data från patientregistret. För att detta ska vara möjligt krävs dock att registret innehåller någon markör som gör det möjligt att koppla samman en remiss med efterföljande besök och behandlingar [4].

Myndigheten har därefter arbetat vidare med frågan om att följa patientens väg genom vården. Över åren har det emellertid blivit allt mer uppenbart att intresset för att följa patientens väg har en bredare tillämpning än att enbart följa väntetider. Detta då det ju i grunden bygger på att se vården som en process och inte som separata besök, inskrivningar eller andra typer av insatser. Genom att ”strukturera” uppföljningen av vården med hjälp av mätpunkter för när olika händelser i vårdkedjan inträffar blir det möjligt att få ett bättre underlag för att organisera, styra och utvärdera vården.

Uppföljningen av väntetider och patientens väg genom vården bygger på data som i grunden kommer från journalsystemen och regionernas vårdadministrativa system. Därför har det varit viktigt att koppla samman frågan om att följa patientens väg med utvecklingen av landstingens IT-system och den nationella informationsstrukturen (NI) [74].

Enligt NI är det ”vårdbegäran” som startar en vårdprocess. Detta leder till att det finns ett behov av att på ett strukturerat sätt kunna fånga information om vad som föranleder en vårdbegäran. Socialstyrelsen har nyligen publicerat en rapport där ett inledande arbete med nationellt kodverk för kontaktorsak redovisas [6].

Myndigheten anser att uppföljningen av vårdens tillgänglighet och väntetider är en viktig del av den samlade uppföljningen av hälso- och sjukvårdens verksamhet. Möjligheterna att göra mer ingående analyser av orsaker och konsekvenser liksom utvärderingar av insatser begränsas av att data inte är individbaserade och kan knytas samman till ett vårdförlopp. Socialstyrelsen ser därför ett behov av en sådan utveckling genom att i ett samarbete med regionerna undersöka förutsättningar för att utveckla och införa ett ”remiss-ID”.

Socialstyrelsen ser också behov av att även fortsättningsvis göra regelbundna sammanställningar av de data om väntetider på akutmottagningarna som regionerna rapporterar in till PAS.

Utvecklingen av digitala vårdtjänster innebär också utmaningar när det gäller uppföljningen av vårdens tillgänglighet och väntetider. För att kunna ge en rättvisande bild av vårdkonsumtionen behöver dessa tjänster integreras i underlaget så att de kan följas specifikt men också i relation till den övriga vården. I dag saknas dessa sådana möjligheter på nationell nivå.

Referenser

1. Hälsa- och sjukvårdsbarometern 2018: SKL Sveriges Kommuner och Landsting; 2019.
2. God vård: om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2006.
3. Uppföljning av hälso- och sjukvårdens tillgänglighet: Slutrapport mars 2016. Stockholm: Socialstyrelsen; 2016.
4. Uppföljning av hälso- och sjukvårdens tillgänglighet: Slutrapport mars 2018. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
5. Väntetider i cancervården: rapport december 2015. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
6. Inledande arbete med att utveckla ett nationellt kodverk för kontaktorsak: Rapport februari 2019. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.
7. Väntetider, patientperspektiv och strävan mot en jämlik cancervård. Slutrapport del 1, 2019. Socialstyrelsen, Stockholm 2019.
8. Väntetider och patientflöden på akutmottagningar: rapport februari 2017. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
9. Väntetider och patientflöden på akutmottagningar: rapport december 2015. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
10. Tillgänglighet i hälso- och sjukvården: rapport februari 2018. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
11. Bättre resursutnyttjande i hälso- och sjukvården: uppdrag att följa överenskommelsen om stöd till bättre resursutnyttjande i hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
12. Kapaciteten i sjukvården - att hantera kritiska lägen. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
13. Väntetid, kontinuitet och samordning vid vissa kroniska sjukdomar: metoder, resultat och utmaningar: rapport februari 2017. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
14. Öppna jämförelser 2018 En god vård? Övergripande uppföljning utifrån sex frågor om hälso- och sjukvårdens resultat. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.
15. Löftesfri garanti: en uppföljning av den nationella vårdgarantin. [Stockholm]: [Myndigheten för vård- och omsorgsanalys]; 2017.
16. Hälsa- och sjukvårdsrapporten 2018: SKL - Sveriges Kommuner och Landsting; 2018 2018-06-13.
17. Väntetider vid sjukhusbundna akutmottagningar. Slutrapport mars 2011. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
18. Väntetider vid sjukhusbundna akutmottagningar: plan för utveckling av system för uppföljning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.
19. Väntetider vid sjukhusbundna akutmottagningar: rapport december 2013. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.
20. Väntetider vid sjukhusbundna akutmottagningar: rapport december 2014. 2014.

21. Väntetider och patientflöden på akutmottagningar: rapport december 2015. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
22. https://www.vardanalyt.se/wp-content/uploads/2018/12/2108-13_en_akut-bild-web.pdf.
23. KOLADA. https://www.kolada.se/?_p=workspace/nt
24. <https://www.vantetider.se/Kontaktkort/Sveriges/PrimarvardBesok/>
25. OECD/EU (2018), Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris/EU, Brussels, https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en.
26. Krall, SP, Cornelius, AP, Addison, JB. Hospital factors impact variation in emergency department length of stay more than physician factors. *West J Emerg Med*. 2014; 15(2):158-64.
27. Bucheli, B, Martina, B. Reduced length of stay in medical emergency department patients: a prospective controlled study on emergency physician staffing. *European journal of emergency medicine: official journal of the European Society for Emergency Medicine*. 2004; 11(1):29-34.
28. Lammers, RL, Roiger, M, Rice, L, Overton, DT, Cucos, D. The effect of a new emergency medicine residency program on patient length of stay in a community hospital emergency department. *Academic emergency medicine: official journal of the Society for Academic Emergency Medicine*. 2003; 10(7):725-30.
29. Li, CJ, Syue, YJ, Kung, CT, Hung, SC, Lee, CH, Wu, KH. Seniority of Emergency Physician, Patient Disposition and Outcome Following Disposition. *The American journal of the medical sciences*. 2016; 351(6):582-8.
30. Li, CJ, Syue, YJ, Tsai, TC, Wu, KH, Lee, CH, Lin, YR. The Impact of Emergency Physician Seniority on Clinical Efficiency, Emergency Department Resource Use, Patient Outcomes, and Disposition Accuracy. *Medicine*. 2016; 95(6):e2706.
31. Brennan, DF, Silvestri, S, Sun, JY, Papa, L. Progression of emergency medicine resident productivity. *Academic emergency medicine: official journal of the Society for Academic Emergency Medicine*. 2007; 14(9):790-4.
32. Harvey, M, Al Shaar, M, Cave, G, Wallace, M, Brydon, P. Correlation of physician seniority with increased emergency department efficiency during a resident doctors' strike. *The New Zealand medical journal*. 2008; 121(1272):59-68.
33. James, C, Harper, M, Johnston, P, Sanders, B, Shannon, M. Effect of trainees on length of stay in the pediatric emergency department. *Academic emergency medicine: official journal of the Society for Academic Emergency Medicine*. 2009; 16(9):859-65.
34. Sekoranja, L, Griesser, AC, Wagner, G, Njamnshi, AK, Temperli, P, Herrmann, FR, et al. Factors influencing emergency delays s28):393-9.
35. Asha, SE, Ajami, A. Improvement in emergency department length of stay using an early senior medical assessment and streaming model of care: A cohort study. *Emerg Med Australas*. 2013; 25(5):445-51.

36. <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentliga-utredningar/2015/03/sou-201520/>
37. Tjänsteutveckling för en tillgänglig och patientcentrerad vård - Om utvecklingskraft i landsting och regioner. Socialstyrelsen, Stockholm, 2017.
38. <https://vardenisiffror.se>
39. <https://www.neuroreg.se>
40. Nationella riktlinjer för multipel skleros (MS) och Parkinsons sjukdom. Socialstyrelsen, Stockholm, 2017.
41. <https://www.skane.se/Public/Protokoll/Regionstyrelsen/2018-06-19/Planeringsdirektiv%20f%C3%B6r%20budget%202019%20och%20verksamhetsplan%202020%20-%202021/PD%202019-21,%20version%20180611.pdf>
42. https://www.sns.se/wp-content/uploads/2016/08/ersattning_i_sjukvarden_web_0.pdf
43. Socialstyrelsen. Bättre resursutnyttjande i hälso- och sjukvården - Uppföljning av 2017 års överenskommelse om stöd till bättre resursutnyttjande i hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018 Maj 2018. 62 p.
44. Walley P. Does the public sector need a more demand-driven approach to capacity management? *Production Planning & Control*. 2013;24(10-11):877-90.
45. Region Örebro Län Område O och O. Tillgänglighetsrapport och produktion - Område Opererande och onkologi. Örebro: Region Örebro Län; 2019.
46. Krohwinkel A, Müllern, T., Rognes, J. Operationsrådets verksamhet i Region Örebro Län. Stockholm: Leading Healthcare; 2019.
47. Palmgren ME, F. Att mäta och planera för en välfungerande sjukvård. Sveriges Kommuner och Landsting; RKA - Rådet för kommunala analyser; 2014.
48. Rosenbäck R. Produktionsstyrning i sjukvården - en väg framåt: Studentlitteratur; 2017. 431 p.
49. Walley P, Silvester K, Steyn R. Managing variation in demand: Lessons from the UK National Health Service. *Journal of Healthcare Management*. 2006;51(5):309-20.
50. Allder S, Silvester K, Walley P. Managing capacity and demand across the patient journey. *CLINICAL MEDICINE*. 2010;10(1):13-5.
51. Ardagh M. A comprehensive approach to improving patient flow in our hospitals-the 'left to right, over and under' concept. *New Zealand Medical Journal*. 2015;128(1420):55-64.
52. Resar R, Nolan K, Kaczynski D, Jensen K. Using real-time demand capacity management to improve hospitalwide patient flow. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*. 2011;37(5):217-27.
53. Bittencourt O, Verter V, Yalovsky M. Daily capacity management for hospitals: A Brazilian case study. *International Journal of Services and Operations Management*. 2017;27(1):102-21.

54. Stahl JE, Sandberg WS, Daily B, Wiklund R, Egan MT, Goldman JM, et al. Reorganizing patient care and workflow in the operating room: a cost-effectiveness study. *SURGERY*. 2006;139(6):717-28.
55. Berry M, Berry-Stolzle T, Schleppers A. Operating room management and operating room productivity: the case of Germany. *Health care management science*. 2008;11(3):228-39.
56. Kc DS, Terwiesch C. Benefits of Surgical Smoothing and Spare Capacity: An Econometric Analysis of Patient Flow. *Production and Operations Management*. 2017;26(9):1663-84.
57. Knight A, Lembke T. Appointment Zen - Shaping demand and matching capacity. *Australian Family Physician*. 2014;43(4):234-8.
58. Franklin KA, Lindberg E. Obstructive sleep apnea is a common disorder in the population-a review on the epidemiology of sleep apnea. *Journal of thoracic disease*. 2015;7(8):1311-22.
59. <https://www.ucr.uu.se/swedevox/>. Välkommen till Swedevox Swedevox; 2019 [Available from: <https://www.ucr.uu.se/swedevox/>].
60. Grote L. Stora ojämlikheter i vården vid sömnapné. *Svenska Sömnapnéregistret*; 2016 2016-05-13.
61. Hedner J, Grote, L. Sömnapné ett folkhälsoproblem med stora ojämlikheter. *Dagens Medicin*. 2017.
62. Svenska Sömnapnéregistret Region Västra Götaland: Svenska Sömnapnéregistret; 2019 [2019-02-20]. Available from: <https://stratum.registercentrum.se/#!/page?id=2031>.
63. Riktlinjer för utredning av misstänkt sömnapné hos vuxna: Svenska Sömnapnéregistret; 2018 2019-02-20.
64. Årsrapport 2017. Göteborg: SESAR - Svenska Sömnapnéregistret; 2018. Report No.: ISSN 2001-8614.
65. Randerath W, Bassetti CL, Bonsignore MR, Farre R, Ferini-Strambi L, Grote L, et al. Challenges and perspectives in obstructive sleep apnoea: Report by an ad hoc working group of the Sleep Disordered Breathing Group of the European Respiratory Society and the European Sleep Research Society. *The European respiratory journal*. 2018;52(3).
66. Hedner J, Grote L, Bonsignore M, McNicholas W, Lavie P, Parati G, et al. The European Sleep Apnoea Database (ESADA): report from 22 European sleep laboratories. *The European respiratory journal*. 2011;38(3):635-42.
67. Grote L, Hedner J, Bertson M, Ellegård E, Johansson Cahlin B, et al. Regional Medicinsk Riktlinje - Obstruktiv sömnapné hos vuxna. Konsekvensbeskrivning. 24 januari 2019: <https://vgregion.se/halsa-och-varld/vardgivarwebben/vardriktlinjer/regionala-medicinska-riktlinjer/amnesomraden/andningsorganen/>.
68. SBU. Obstruktiv sömnapnésyndrom - diagnostik och behandling. En systematisk litteraturöversikt.: SBU - Statens beredning för medicinsk och social utvärdering; 2007.
69. Braley TJ, Dunietz GL, Chervin RD, Lisabeth LD, Skolarus LE, Burke JF. Recognition and Diagnosis of Obstructive Sleep Apnea in Older Americans. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2018;66(7):1296-302.

70. Diagnostisk checklista för förbättrad läkemedelsanvändning hos äldre. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018. 50 p.
71. Utvärdering och konsekvensanalys av fritt val av hjälpmedel; Stockholm; Socialstyrelsen, 2016.
72. <https://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/beslutsstodforbehandling>
73. Hanning M, Bergquist C, Kärvinge C, Moa G, Molin R, Norlander B, Sjödin J-G. Nationella medicinska indikationer – Nyckeln till evidensbaserad, rättvis och tillgänglig vård. Läkartidningen 2008;6,363 vol 105(363-366).
74. Att kunna följa patientens väg genom vården: Sätt att koppla samman vårdhändelser i patientens vårdprocess. Rapport februari 2019. Stockholm: Socialstyrelsen, 2019.

Bilaga 1. Metod och material för mätning av vistelse- och väntetider i akutvård

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

I uppföljningsmodellen för akutmottagningar ingår två väntetidsindikatorer, *total vistelsetid* (TVT) och *tid till första läkarbedömning*, benämnt ”tid till läkare” (TTL) (se faktaruta).

Faktaruta 1

Definitioner

Ankomsttidpunkt

Den tidpunkt när en person fysiskt anländer till akutmottagningen.

Läkarbedömningstidpunkt

Den tidpunkt när den första läkarundersökningen sker på akutmottagningen.

Avslutstidpunkt

Den tidpunkt när patienten fysiskt lämnar akutmottagningen.

Total vistelsetid

Den totala vistelsetiden räknas från den tidpunkt när patienten anländer/ankommer till akutmottagningen fram till att patienten lämnar akutmottagningen. Räknas från ankomsttidpunkt till avslutstidpunkt.

Tid till läkare

Tid till första läkarbedömning räknas från ankomsttidpunkt till läkarbedömningstidpunkt.

Inskrivning i slutenvård

Händelse när ett vårdtillfälle påbörjas och vårdplats i slutenvård ställs till patients förfogande.

Disponibel vårdplats

Vårdplats i slutenvård med fysisk utformning, utrustning och bemanning som säkerställer patientsäkerhet och arbetsmiljö.

Överbeläggning

Händelse när en inskriven patient vårdas på vårdplats som inte uppfyller kraven på disponibel vårdplats

Utlökaliserad patient

Inskrivna patient som vårdas på annan vårdenhets än den som har specifik kompetens och medicinskt ansvar för patienten.

Övergripande kvalitetskrav som ställts för att ingå i denna rapport
väntetidsmätning under perioden juni 2017–maj 2018 har varit:

- 1) ≥ 75 procents inrapportering, dvs. för minst 9 av 12 månader.
- 2) kvalitet på mätpunkter för väntetidsindikatorerna (≥ 75 procents täckning för de godkända månaderna), samt följsamhet till variablernas definitioner. Väntetidsmätningen baseras enbart på akutbesök som har båda mätpunkterna för respektive väntetidsindikator inrapporterade.

För indikatorn TVT ingår 59 akutmottagningar och för indikatorn TTL ingår 57 akutmottagningar som uppfyllt kvalitetskraven.

Följande akutmottagningar uppfyllde inte kvalitetskraven för väntetidsmätningen denna period (juni 2017–maj 2018):

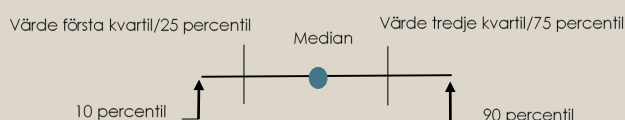
- Capio St. Göran för både TVT och TTL
- Mälarsjukhuset för TTL
- Nyköping för TTL
- Kullbergska sjukhuset för TTL
- Östersunds sjukhus för TVT
- Örnköldsviks sjukhus för TVT och TTL

Storleksgrupperingen av akutmottagningarna baseras på inrapporterade besöksantal för perioden juni 2017–maj 2018. Där det saknats inrapporterad data för någon månad från en mottagning har antal besök för motsvarande månad från föregående år använts.

Väntetiderna för varje akutmottagning presenteras som median samt kvartiler eller percentilvärden (10:e, 25:e, 50:e, 75:e och 90:e percentilen). I figurerna redovisas dessa för ålderskategorierna 19–79 år och 80+ år, medan rikets värden omfattar samtliga åldrar (19+ år). I resultattabellerna i bilaga 2, redovisas medianen för juni 2016–maj 2017 samt för senaste perioden juni 2017–maj 2018. Redovisningen av rikets medianväntetid samt kvartiler och percentilvärden baseras på det totala antalet besök som inkluderats i mätningen.

Bilaga 2. Statistiska mått

Median och kvartiler/percentiler



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

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

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

Bilaga 3. Resultattabeller för vistelsetid och tid till läkare

Tabell 1. Total vistelsetid i minuter. Förändring av medianvistelsetid mellan juni 2016-maj 2017 och juni 2017-maj 2018.

Region	Stad	Sjukhus/ akutmottagning	Juni 2016–maj 2017			Juni 2017–maj 2018		
			Totalt (19+)	19– 79 år	80+	Totalt (19+)	19–79 år	80+
Riket			210	205	238	219	213	250
Blekinge	Karlskrona	Blekingesjukhuset	202	196	229	196	189	230
Dalarna	Falun	Falu lasarett	208	203	226	208	203	228
	Mora	Mora lasarett	171	170	179	162	158	177
Gotland	Visby	Visby lasarett	173	170	193	172	168	185
Gävleborg	Gävle	Gävle sjukhus ²	209	203	236	204	199	234
	Hudiksvall	Hudiksvalls sjukhus ³	206	201	229	212	206	238
Halland	Halmstad	Hallands sjukhus	212	207	235	235	230	260
	Varberg							
Jämtland	Östersund	Östersunds sjukhus						
Jönköping	Eksjö	Höglandssjukhuset	170	168	179	188	185	198
	Jönköping	Ryhov länssjukhus	168	166	176	174	172	186
	Värnamo	Värnamo sjukhus	144	140	157	148	144	162
Kalmar	Kalmar	Länssjukhuset Kalmar	174	170	191	182	178	198
	Oskarshamn	Oskarshamns sjukhus	134	128	157	132	126	157
	Västervik	Västerviks sjukhus	147	145	155	145	142	159
Kronoberg	Ljungby	Ljungby lasarett	152	147	172	158	152	178
	Växjö	Växjö lasarett	196	188	223	200	192	235
Norrbotten	Gällivare	Gällivare sjukhus	130	125	151	124	120	144
	Kalix	Kalix sjukhus	176	173	184	191	188	199
	Kiruna	Kiruna sjukhus	137	129	177	146	139	179
	Piteå	Piteå sjukhus	161	158	172	166	161	183
	Sunderby	Sunderby sjukhus	206	201	228	227	220	257
Skåne	Helsingborg	Helsingborgs lasarett	266	254	326	279	265	351
	Kristianstad	Kristianstads sjukhus	225	219	257	211	204	244
	Lund	Universitetssjukhuset i Lund	271	257	344	286	270	359
	Malmö	Universitetssjukhuset MAS	239	225	309	249	232	333
	Ystad	Ystads lasarett	232	221	269	273	262	324
	Ängelholm	Ängelholms sjukhus	187	180	208	209	204	223
Stockholm	Capio S:t Görans	S:t Görans sjukhus	164	160	189			
	Danderyd	Danderyds sjukhus	239	232	272	244	233	289
	Karolinska Huddinge	Huddinge sjukhus	264	255	339	286	276	357

Region	Stad	Sjukhus/ akutmottagning	Juni 2016–maj 2017			Juni 2017–maj 2018		
			Totalt (19+)	19– 79 år	80+	Totalt (19+)	19–79 år	80+
	Karolinska Solna	Karolinska sjukhuset	224	217	291	262	254	330
	Norrtälje	Norrtälje sjukhus	149	145	167	157	154	172
	Södersjukhuset	Södersjukhuset	285	274	338	326	313	378
	Södertälje	Södertälje sjukhus	177	172	208	191	186	223
Sörmland	Eskilstuna	Mälarsjukhuset				237	231	276
	Katrineholm	Kullbergska sjukhuset				196	183	258
	Nyköping	Nyköpings lasarett				240	232	271
Uppsala	Enköping	Enköpings lasarett	181	176	209	190	186	213
	Uppsala	Akademiska sjukhuset	266	259	298	259	251	297
Värmland	Arvika	Arvika sjukhus	148	141	170	165	158	190
	Karlstad	Karlstads sjukhus	179	174	198	192	188	211
	Torsby	Torsby sjukhus	152	149	161	161	159	171
Västerbotten	Lycksele	Lycksele lasarett	149	147	156	152	151	156
	Skellefteå	Skellefteå lasarett	184	181	197	194	190	207
	Umeå	Norrlands Universitetssjukhus	185	182	201	218	215	230
Västernorrland	Sollefteå	Sollefteå sjukhus	183	179	202	183	175	214
	Sundsvall	Sundsvalls sjukhus	210	206	226	221	218	231
	Örnsköldsvik	Örnsköldsviks sjukhus						
Västman-land	Västerås	Västerås lasarett	188	181	218	191	185	218
	Köping	Köpings lasarett	206	205	207	196	192	204
Västra	Alingsås	Alingsås lasarett	216	211	235	213	208	235
Götaland	Borås	Södra Älvsborgs sjukhus	247	239	280	241	230	283
	Kungälv	Kungälv's sjukhus	233	229	268	243	239	263
	Lidköping	Skaraborgs sjukhus	197	193	211	199	195	217
	Skövde							
	Mölnadal							
	Sahlgrenska	Sahlgrenska universitets-sjukhuset	270	266	291	252	245	279
	Östra							
	Trollhättan	NU-sjukvården	248	239	283	251	242	289
	Örebro	Karlskoga	Karlskoga lasarett	170	166	185	191	187
Lindesberg		Lindesbergs lasarett	169	162	192	190	184	204
Örebro		Universitetssjukhuset i Örebro	195	190	221	204	199	231
Öster-götland	Linköping	Universitetssjukhuset i Linköping	257	247	298	248	239	297
	Motala	Motala lasarett	174	164	221	187	177	232
	Norrköping	Vrinnevisjukhuset	205	200	235	220	213	256

[2] Saknar rapportering för januari och februari 2018.

[3] Saknar rapportering för januari och februari 2018.

Tabell 2. Tid till läkarbedömning i minuter.

Förändring av medianvistelsestid mellan juni 2016-maj 2017 och juni 2017-maj 2018.

Region	Stad	Sjukhus/ akutmottagning	Juni 2016-maj 2017			Juni 2017-maj 2018		
			Totalt (19+)	19- 79 år	80+	Totalt (19+)	19- 79 år	80+
Riket			61	63	53	61	63	54
Blekinge	Karlskrona	Blekingesjukhuset				59	59	57
Dalarna	Falun	Falu lasarett	58	59	56	60	61	55
	Mora	Mora lasarett	58	58	58	46	46	48
Gotland	Visby	Visby lasarett	52	53	49	52	53	47
Gävleborg	Gävle	Gävle sjukhus ²	60	61	58	56	56	56
	Hudiksvall	Hudiksvalls sjukhus ³	61	60	61	61	61	62
Halland	Halmstad	Hallands sjukhus	80	82	72	72	75	64
	Varberg							
Jämtland	Östersund	Östersunds sjukhus	63	66	52	61	65	46
Jönköping	Eksjö	Höglandssjukhuset	40	42	36	43	45	37
	Jönköping	Ryhov länssjukhus	62	62	60	64	65	60
	Värnamo	Värnamo sjukhus	39	40	38	37	37	36
Kalmar	Kalmar	Länssjukhuset Kalmar	44	44	44	43	43	41
	Oskarshamn	Oskarshamns sjukhus	42	41	43	41	42	40
	Västervik	Västerviks sjukhus	40	41	37	37	38	36
Kronoberg	Ljungby	Ljungby lasarett	50	51	47	47	48	43
	Växjö	Växjö lasarett	55	55	51	49	50	45
Norrbotten	Gällivare	Gällivare sjukhus				20	21	18
	Kalix	Kalix sjukhus				21	21	20
	Kiruna	Kiruna sjukhus				19	20	16
	Piteå	Piteå sjukhus				26	27	24
	Sunderby	Sunderby sjukhus				47	49	40
Skåne	Helsingborg	Helsingborgs lasarett	67	69	58	66	68	59
	Kristianstad	Kristianstads sjukhus	81	84	68	68	71	58
	Lund	Universitetssjukhuset i Lund	70	72	60	69	72	59
	Malmö	Universitetssjukhuset MAS	84	85	78	84	85	82
	Ystad	Ystads lasarett	47	48	45	58	59	53
	Ängelholm	Ängelholms sjukhus	39	40	38	46	47	43
Stockholm	Capio S:t Görans	S:t Görans sjukhus	30	32	21			
	Danderyd	Danderyds sjukhus	54	57	45	52	54	47
	Karolinska Huddinge	Huddinge sjukhus	75	78	57	84	87	64
	Karolinska Solna	Karolinska sjukhuset	65	65	65	68	68	69
	Norrälje	Norrälje sjukhus	40	40	35	42	43	39

Region	Stad	Sjukhus/ akutmottagning	Juni 2016–maj 2017			Juni 2017–maj 2018		
			Totalt (19+)	19– 79 år	80+	Totalt (19+)	19– 79 år	80+
	Södersjukhuset	Södersjukhuset	97	100	82	112	118	92
	Södertälje	Södertälje sjukhus	59	60	50	58	60	49
Sörmland	Eskilstuna	Mälarsjukhuset						
	Katrineholm	Kullbergiska sjukhuset						
	Nyköping	Nyköpings lasarett						
Uppsala	Enköping	Enköpings lasarett	55	55	57	56	57	49
	Uppsala	Akademiska sjukhuset	83	84	79	78	79	72
Värmland	Arvika	Arvika sjukhus	34	34	34	32	32	33
	Karlstad	Karlstads sjukhus	58	59	56	63	64	59
	Torsby	Torsby sjukhus	39	39	38	39	39	38
Västerbot ten	Lycksele	Lycksele lasarett	35	37	31	31	31	27
	Skellefteå	Skellefteå lasarett	38	40	31	36	37	30
	Umeå	Norrlands Universitetssjukhus	41	42	32	50	52	40
Västernorr land	Sollefteå	Sollefteå sjukhus	44	45	40	43	44	40
	Sundsvall	Sundsvalls sjukhus	63	65	53	67	69	59
	Örnsköldsvik	Örnsköldsviks sjukhus						
Västman- land	Västerås	Västerås lasarett	42	43	39	44	45	39
	Köping	Köpings lasarett	29	28	29	29	30	28
Västra Götaland	Alingsås	Alingsås lasarett	67	68	62	64	66	57
	Borås	Södra Älvsborgs sjukhus	64	68	48	59	61	50
	Kungälv	Kungälv sjukhus	91	91	92	89	90	88
	Lidköping	Skaraborgs sjukhus	63	65	54	60	62	50
	Skövde							
	Mölnadal	Sahlgrenska						
	Sahlgrenska	universitets- sjukhuset	103	108	86	85	87	75
	Östra							
Örebro	Trollhättan	NU-sjukvården	79	81	74	80	81	74
	Karlskoga	Karlskoga lasarett	60	62	54	68	70	63
	Lindesberg	Lindesbergs lasarett	43	43	45	46	46	45
Öster- götland	Örebro	Universitetssjukhuset i Örebro	58	59	53	61	63	54
	Linköping	Universitetssjukhuset i Linköping	61	64	46	62	64	48
	Motala	Motala lasarett	48	48	45	55	56	50
	Norrköping	Vrinnevisjukhuset	71	71	67	75	76	74

Bilaga 4. Intervjuguide

Område	Frågeställning
Uppföljningsvariabler	Vilka mått/indikatorer används idag? TVT (Total Vistelse Tid)? TTL (Tid Till Läkare)? Tid till avd./hem (tid från färdigbehandlad till avslut)? Behandlingstid (tid från läkarundersökning till färdigbehandlad)? Andra mått eller indikatorer?
	Vilka mått skulle behövas/efterfrågas/saknas?
	Finns mätpunkter/registreringsmöjlighet för dessa mått i PAS/Journalsystemet?
	Vilka mått används till vad? Hur används de? Hur pass styrande är dom? Ex vilka mått används till planering och styrning av olika delar av AKM-väntetider?
	Vilka grupper inom regionen efterfrågar vilka mått? För vilka syften? Dvs vad vill man åstadkomma, ha som grund till styrning och planering? Används dessa data i praktiken för detta ändamål?
Förändringsklimat	Hur mottas förbättrings/förändringsförslag uppåt resp. nedåt i organisationen?
Tidsmått	"TTT" (Tid Till Triage) Finns intresse att följa detta mått? Beskriv vilken nytta man har eller skulle kunna ha av detta mått? Finns någon mätning? Finns någon fidsuppskattning?
	TTL. Beskriv historiken runt akutliggaren i Sörmland. Beskrivning av hur det nu är på gång.
	TVT. Beskriv trenderna. Finns samband till TTL? Vilka andra samband kan man se?
	Behandlingstid? (tid från läkarundersökning till färdigbehandlad). Finns intresse att följa detta mått? Kan måttet färdigbehandlad registreras i PAS?
	Väntetid till vårdavdelning alt hem? Er regel att det inte får dröja >30min innan patienten transporteras till vårdavd. Verkar denna ha haft bra effekt? Mäts väntetid till avd.? Mäts väntetid till hemgång/transport?
	Är det något/några andra mått(mätpunkter) i patientprocessen på AKM som vore intressanta?
Övergripande	Hur är läget idag? Hur ligger regionen/sjukhusen/akutmottagningarna till i förhållande till andra? Inom regionen? Nationellt?
	Hur är vår trend/utveckling? Finns månadsdata som visar upp/nedgångar? Är denna förändring av TVT lika över kliniker och över åldersgrupper?
	Vad är/var bakgrunden till denna ökning/minskning/den höga nivån av TVT år 20XX, 20YY
	Vilka åtgärder gjordes för att förbättra resultatet från 20XX/20YY etc. Fick åtgärderna önskat resultat?
	Har några specifika områden/grupperingar varit föremål för uppföljning/åtgärder/insatser? TVT vid olika tider på dygnet? TVT för olika specialiteter/MVO? TVT för olika åldrar? TVT för inläggningspatienter? TVT/TTL för andra grupperingar?
Inflöde	Fördelning av patienttillströmningen: Hur ser fördelningen ut mellan ankomstsätt? Ambulans Egeninitierat besök. Besök efter hänvisning av: PV (muntligt/remiss). 1177. SOS Alarm. Social omsorg. Annan klinik. Polis. Annat?
	Finns riktlinjer för dirigerings av ambulansfall? Följs dessa? Kan dessa riktlinjer innebära någon patientrisk? Utnyttjas ambulanserna till rätt uppdrag? Har ambulansverksamheten tillräcklig kapacitet?
	"Icke-akuta" patienter till AKM? Varför kommer dessa patienter till AKM? Upplever ni att de patienter som självmant söker AKM i för stor utsträckning skulle ha kunna tagits omhand av PV?
	Patienter som självmant söker AKM. Har det gjorts eller planeras någon informationssatsning till allmänheten för sökvägar/vårdnivåer? Primärvården(PV). Upplever man ett stort flöde av patienter från PV? Via hänvisning eller remiss?

Område	Frågeställning
	PV:s tillgänglighet? (enl. vårdgarantin). Vilken tillgänglighet har PV i ert "upptagningsområde"?
	Finns upparbetat samarbete med PV? Finns någon form av samarbete vad gäller patientströmmar?
	Finns andra vårdinstanser tillgängliga? Finns jourcentral/PV-akut/När-/lättakut inom ert "upptagningsområde"? Vilka öppettider har dessa? Vilken vårdnivå erbjuder dessa? Vilken utrustning/resurser har dessa? Röntgen? Lab? Annat?
	1177:s roll? Samarbete med 1177? Upplever man att 1177 hänvisar rätt eller i onödan? Har det gjorts uppföljning av 1177:s hänvisningar?
På AKM	Besöksorsak vs Diagnos. Registreras besöksorsak? Registreras diagnos?
	Lokaler. Är lokalerna optimala vad gäller storlek? Är antal undersöknings/behandlingsrum tillräckligt? Adekvata övervakningsplatser? Övervakningsutrustning?
	Bemanning. Vid olika tider på dygnet. Finns tillräckligt antal läkare/Ssk/Usk/Admpers/Servicepers? Är resp. kategoris tjänstgöringsschema anpassat till patientströmmarna?
	Kompetens. Vid olika tider på dygnet. Finns adekvat kompetens på AKM? Dvs finns täckning med specialistkompetenta läkare? Är dessa kompetenser tillgängliga på AKM enligt schemalaggningen?
	Akutläkare. Finns akutläkare? Antal? Vilka tider på dygnet täcks av akutläkare? Andel patienter som bedöms av akutläkare? Har införandet av akutläkare medfört någon förändring av arbetsätt? På akutmottagningen? På sjukhuset i övrigt?
	Specialistläkare Vilka tider på dygnet täcks upp av specialistläkare? Andel patienter som bedöms av specialistläkare?
	ST-läkare. Vilka tider på dygnet täcks upp av ST-läkare? Andel patienter som bedöms av ST-läkare?
	AT-läkare. Vilka tider på dygnet täcks upp av AT-läkare? Andel patienter som bedöms av AT-läkare?
	Sjuksköterskor med akutspecialistutbildning. Finns specialistutbildade akutsköterskor? Antal? Vilka tider på dygnet täcks upp?
	Arbetsorganisation och dess påverkan på patientflödet? Beskriv arbetsorganisationen. Vilka flöden är AKM uppdelad i?
	Triage. Vilken typ av triage? Läkarledd? Sjuksköterskeledd?
	Vid ev. läkarledd triage. Görs en beslutsgrundande bedömning dvs. en ordentlig läkarundersökning vid denna triage?
	Teamarbete. Arbetar läkare enskilt eller i team med sjuksköterska?
	Bakjourer/beredskapsfunktion? Fungerande/adekvat bakjour/beredskapsfunktion? Godtagbara inställelsetider?
	Snabbspår (förbi AKM). Vilka diagnosgrupper? Volym/antal? Andel av diagnosgrupp?
	"Streaming" (inne på AKM). Vilka diagnosgrupper? Volym/antal? Andel av diagnosgrupp?
	Mobila äldre-team. Mobila Äldre Akuten. SSIH(Specialist Sjukvård i Hemmet) Äldre VårdsTeam(E-tuna) Vad fungerar bra? Vilken utveckling planeras?
	Annat specifikt omhändertagande för vissa patientgrupper? Vilka patientgrupper i så fall?
	Personalomsättning. Procent/år
	Medicinska serviceenheter. Vilka medicinska serviceenheter anlitas regelmässigt? Väntetider till ex röntgen?
	Egna labprover, u-ljud, röntgen på AKM? Har AKM egen labbutrustning, u-ljud, röntgen på AKM? Effekter på väntetider?
Utflyde	Till hemmet. Transport till hemmet. Väntetider? Transport till "SÄBO"/liknande. Väntetider?
	Till "övervakning". Finns CDU (Clinical Decision Unit)? Finns annan typ av "övervakningsplatser"?

Område	Frågeställning
	Till kortvård. Finns IMA (Intermediärvårdplatser)? Finns AVA (akutvårdsavdelning)?
	Till slutenvård. Transport till vårdavdelning Väntetider? Vårdplatssituationen? Generellt och per klinik?
	Vårdplatssituationen. Finns system för översikt och visning av lediga vårdplatser? Finns vårdplatskoordinator? Mandat?
	Flödet på sjukhuset. Frigörs vårdplatser i tid på dagen? Med hjälp av bra utskrivningsplanering och tidiga ronder/utskrivning?
	Ut till social omsorg/kommunal omsorg. Finns många färdigbehandlade/utskrivningsklara patienter kvar på vårdavdelning.?
	Samarbete med social omsorg? Finns det utvecklat samarbete med den sociala omsorgen/kommunala sjukvården? Fungerar detta mot alla kommuner?
	Trygg och effektiv utskrivning. Vilka åtgärder har vidtagits? Resultat? Finns skillnader i utflödet/flödet från slutenvård till sociala omsorgen i de olika länsdelarna? Orsak till skillnader? Arbetsorganisation? Socioekonomiska skillnader? Personbundna orsaker (pos/neg)?
	Vilken är din uppfattning om orsaker till lång TVT? Vilken/vilka är den/de största orsakerna till lång TVT? Rangordna orsakerna
Kvalitetsmätt	Följs något/några kvalitetsmätt? Finns planering för kvalitetsuppföljning? På region/sjukhus/AKM-nivå?
	NPE (Nationella patientenkäten): Har NPE-resultaten följts upp?

Bilaga 5. Uppföljning av vistelse- och väntetider i Sörmland

Då de tre akutmottagningarna använder samma vårdadministrativa system har de följaktligen varit hänvisade till samma uppföljningsvariabler eftersom denna typ av kontinuerlig uppföljning står och faller med de registreringsmöjligheter som finns i det vårdadministrativa systemet. Grundsystemet har emellertid inte varit helt utbyggt varför det enda tidsmått som varit möjligt att följa är total vistelsetid (TVT). Registrering av den läkarbedömningstidpunkt som är förutsättningen för det andra nationella måttet tid till läkarbedömning (TTL) har således inte varit möjlig.

Hälso- och sjukvårdsledningen har satt upp 2 målnivåer för TVT:

80 procent av patienterna ska ha lämnat akutmottagningen inom 4 timmar och 95 procent av patienterna inom 8 timmar.

För 4-timmarsmålet (80 % <4h) ligger måluppfyllelsen 2018 på 54 – 65 procent och för 8-timmarsmålet (95 % <8h) på 92 – 95 procent.

Diskussioner pågår om att höja 8-timmarsmålet till en 100 procentig måluppfyllelse.

För att kunna använda TVT i uppföljningen av verksamheten har TVT grupperats ned och åskådliggjorts på divisions- och klinisknivå samt även i åldersgrupper som underlag för verksamhetsutveckling. Alla intervjuade uppger att de har stora förhoppningar om att akutmodulen kommer att ge utökade möjligheter till uppföljning och styrning. Framför allt gäller det TTL men även av många andra viktiga ledtider.

Näst efter TTL framhålls uppgift om ”väntan på vårdplats/väntan på transport” som angeläget att kunna följa. Det enda som krävs för detta är registrering av tidpunkten för ”färdigbehandlad”.

Övriga ledtider som nämns är bland annat ”tid till triage (TTT)” samt ”tid från röntgenremiss till svar”. TTT ligger enligt de preliminära mätningar som gjorts under testperioden på cirka 20 minuter vilket de intervjuade anser vara en alldeles för lång tid.

Åsikterna om triage går dock isär och en av verksamhetscheferna menar att triagering egentligen inte behövs då:

”Det är bara en metod att prioritera patienter vid köbildning till läkare som i många fall överanvänds och därmed ökar på patientens tid på akutmottagningen.”

Den verksamhetsutveckling, med fokus på väntetider, som bedrivits har baserats på uppföljning av TVT. När det gäller övriga ledtider har underlaget i många varit ”uppfattningar” om hur något är. Med de nya registreringsmöjligheterna i den akutmodul som är under införande förväntar sig alla verksamhetscheferna att uppföljningen kommer att kunna vila på ett faktabaserat underlag.

En verksamhetschef framförde också förhoppningar om att kunna använda denna data som underlag för klinisk forskning och nämner följande:

”...att kunna se vilka symtom på akuten som leder till vilken diagnos och behandlingstid. Hur vi kan tänka lite annorlunda ifråga om vissa symtom/diagnoser och vad de leder till, kanske gå till specialist direkt? Titta mer på outcome. Följa upp patienters outcome utifrån triagefärg: Vad händer med gula/gröna etc? Inflation i triagering? Glidning i bedömning? Vad händer med de äldre? De som har den längsta TVT, hur sjuka hinner de bli under tiden på akuten? Med hjälp av akutliggaren kan vi tex titta på de patienter över 80 och som har TVT >10 timmar och gå ned på personnivå och se vad som orsakat denna långa TVT. Vad hände just denna patient? Systemfel?”

Tabell 1. Diagnosförteckning. Urval av "kroniska" och "lätta" diagnoser

DiagGrupp	Huvuddiagnos	Diagnostext
Kronisk diagnos	R73	Förhöjd glukoshalt i blodet
Kronisk diagnos	E11	Ej insulinberoende diabetes
Kronisk diagnos	E10	Insulinberoende diabetes
Kronisk diagnos	E16	Andra rubbningar i bukspottkörteln in
Kronisk diagnos	E14	Icke specificerad diabetes
Kronisk diagnos	E13	Annan specificerad diabetes
Kronisk diagnos	J41	Bronkit
Kronisk diagnos	J42	Bronkit
Kronisk diagnos	J43	Lungemfysem
Kronisk diagnos	J44	Kroniskt obstruktiv lungsjukdom [KOL]
Kronisk diagnos	J45	Astma
Kronisk diagnos		exkl J45.1A, J45.1W, J45.0A, J45.0B, J45.0W
Kronisk diagnos	J96.1	Kronisk respiratorisk insufficiens
Kronisk diagnos	J96.9	Respiratorisk insufficiens, ospecificerad
Kronisk diagnos	I25	Kronisk ischemisk hjärtsjukdom
Kronisk diagnos	I50.9	Hjärtinsuff
Kronisk diagnos	I50.0	Hjärtinsuff
Kronisk diagnos	I10	Essentiell hypertoni (högt blodtryck)
Kronisk diagnos	F03	Ospecificerad demens
Kronisk diagnos	F01	Vaskulär demens
Kronisk diagnos	F00	Demens vid Alzheimers sjukdom
Kronisk diagnos	G30	Alzheimers sjukdom
Lättdiagnos	N30	Cystit (blåskatarr)
Lättdiagnos	N39	Urinvägsinfektion
Lättdiagnos	N34	Uretrit (inflammation i urinröret) och
Lättdiagnos	R30	Smärta vid vattenkastning
Lättdiagnos	J39	UVI
Lättdiagnos	A37	Kikhosta
Lättdiagnos	J06	Akut övre luftvägsinfektion med multip
Lättdiagnos	J09	Influensa orsakad av vissa identifiera
Lättdiagnos	J10	Influensa orsakad av annat identifiera
Lättdiagnos	J11	Influensa, virus ej identifierat
Lättdiagnos	J20	Akut bronkit
Lättdiagnos	R05	Hosta
Lättdiagnos	H60	Otit
Lättdiagnos	B34	Virus
Lättdiagnos	H66	Otit
Lättdiagnos	L08	Hudinfekt

Bilaga 6. PoK-värden per klinik

Tabell 1. PoK-värde – Handkirurgiska kliniken

Faktor 1-9	VT	HT	VT	HT	VT	HT	Summering	Förändring	
	16	16	17	17	18	18		Poäng	Procent
1. Kategorier	3	3	3	3	4	4			
2. IT-stöd	2	2	3	3	4	4			
3. Produktionsplan	3	3	4	4	4	4			
4. Detaljplan	3	3	4	4	4	4			
5. Daglig drift	3	3	3	3	3	4			
6. Genomförande	3	3	3	4	4	4			
7. Uppföljning	3	3	3	3	3	3			
8. Stödfunktioner	2	2	2	3	3	3			
9. Ledarskap	3	3	3	3	4	4			
Totalt antal poäng	25	25	28	30	33	34	175		
Genomsnitt PoK-poäng	2,78	2,78	3,11	3,33	3,67	3,78	3,24	1,00	31 %

Tabell 2. PoK värden – Kirurgiska kliniken

Faktor 1-9	VT	HT	VT	HT	VT	HT	Summering	Förändring	
	16	16	17	17	18	18		Poäng	Procent
1. Kategorier	3	3	3	4	4	4			
2. IT-stöd	1	2	3	3	4	4			
3. Produktionsplan	2	2	3	3	4	4			
4. Detaljplan	1	2	4	3	2	2			
5. Daglig drift	2	2	3	3	3	3			
6. Genomförande	2	2	3	3	4	4			
7. Uppföljning	2	2	3	3	3	3			
8. Stödfunktioner	2	2	3	3	4	5			
9. Ledarskap	2	2	3	3	4	4			
Totalt antal poäng	17	19	28	28	32	33	157		
Genomsnitt PoK-poäng	1,89	2,11	3,11	3,11	3,56	3,67	2,91	1,78	61 %

Tabell 3. PoK-värden – Kvinnokliniken

Faktor 1-9	VT	HT	VT	HT	VT	HT	Summering	Förändring	
	16	16	17	17	18	18		Poäng	Procent
1. Kategorier	3	3	5	5	5	5			
2. IT-stöd	1	2	3	3	4	4			
3. Produktionsplan	1	1	3	3	3	3			
4. Detaljplan	1	3	3	3	3	3			
5. Daglig drift	1	1	1	1	1	1			
6. Genomförande	5	5	5	5	5	5			
7. Uppföljning	4	4	4	5	5	5			
8. Stödfunktioner	3	3	5	5	5	5			
9. Ledarskap	5	5	5	5	5	5			
Totalt antal poäng	24	27	34	35	36	36	192		
Genomsnitt PoK-poäng	2,67	3,00	3,78	3,89	4,00	4,00	3,56	1,33	38 %

Tabell 4. PoK-värden - Onkologiska kliniken

Faktor 1-9	VT 16	HT 16	VT 17	HT 17	VT 18	HT 18	Summering	Förändring	
								Poäng	Procent
1. Kategorier	4	4	4	4	4	4			
2. IT-stöd	1	2	3	3	4	4			
3. Produktionsplan	1	1	5	5	5	5			
4. Detaljplan	5	5	5	5	5	5			
5. Daglig drift	5	5	5	5	5	5			
6. Genomförande	5	5	5	5	5	5			
7. Uppföljning	5	5	5	5	5	5			
8. Stödfunktioner	3	3	3	3	3	3			
9. Ledarskap	5	5	5	5	5	5			
Totalt antal poäng	34	35	40	40	41	41	231		
Genomsnitt PoK-poäng	3,78	3,89	4,44	4,44	4,56	4,56	4,28	0,78	18 %

Tabell 5. PoK-värden – Ortopediska kliniken

Faktor 1-9	VT 16	HT 16	VT 17	HT 17	VT 18	HT 18	Summering	Förändring	
								Poäng	Procent
1. Kategorier	1	2	4	5	5	5			
2. IT-stöd	1	2	3	3	4	4			
3. Produktionsplan	1	1	5	5	5	5			
4. Detaljplan	1	1	5	5	5	5			
5. Daglig drift	1	1	4	4	4	4			
6. Genomförande	1	1	3	3	5	5			
7. Uppföljning	1	2	3	4	5	5			
8. Stödfunktioner	2	2	4	4	5	5			
9. Ledarskap	4	4	5	5	5	5			
Totalt antal poäng	13	16	36	38	43	43	189		
Genomsnitt PoK-poäng	1,44	1,78	4,00	4,22	4,78	4,78	3,50	3,33	95 %

Tabell 6. PoK-värden – Plastik- och käkkirurgiska kliniken

Faktor 1-9	VT 16	HT 16	VT 17	HT 17	VT 18	HT 18	Summering	Förändring	
								Poäng	Procent
1. Kategorier	1	1	2	3	4	4			
2. IT-stöd	1	2	3	3	4	4			
3. Produktionsplan	1	1	3	3	4	4			
4. Detaljplan	2	2	3	3	4	4			
5. Daglig drift	3	3	3	4	4	4			
6. Genomförande	2	2	3	4	5	5			
7. Uppföljning	2	2	3	4	5	5			
8. Stödfunktioner	3	3	3	5	5	5			
9. Ledarskap	3	3	3	5	5	5			
Totalt antal poäng	18	19	26	34	40	40	177		
Genomsnitt PoK-poäng	2,00	2,11	2,89	3,78	4,44	4,44	3,28	2,44	75 %

Tabell 7. PoK-värden – Urologiska kliniken

Faktor 1-9	VT	HT	VT	HT	VT	HT	Summering	Förändring	
	16	16	17	17	18	18		Poäng	Procent
1. Kategorier	1	2	3	3	4	4			
2. IT-stöd	1	2	3	3	4	4			
3. Produktionsplan	2	2	3	3	4	4			
4. Detaljplan	3	3	4	4	4	4			
5. Daglig drift	3	4	5	5	5	5			
6. Genomförande	4	4	5	5	5	5			
7. Uppföljning	3	4	5	5	5	5			
8. Stödfunktioner	3	5	5	5	5	5			
9. Ledarskap	5	5	5	5	5	5			
Totalt antal poäng	25	31	38	38	41	41	214		
Genomsnitt PoK-poäng	2,78	3,44	4,22	4,22	4,56	4,56	3,96	1,78	45 %

Tabell 8. PoK-värden - Ögonkliniken

Faktor 1-9	VT	HT	VT	HT	VT	HT	Summering	Förändring	
	16	16	17	17	18	18		Poäng	Procent
1. Kategorier	4	4	4	5	5	5			
2. IT-stöd	1	2	3	3	4	4			
3. Produktionsplan	2	2	3	3	4	4			
4. Detaljplan	3	3	3	3	3	3			
5. Daglig drift	2	2	3	3	3	3			
6. Genomförande	3	3	3	3	3	3			
7. Uppföljning	3	3	3	3	3	4			
8. Stödfunktioner	1	1	1	3	3	3			
9. Ledarskap	4	4	4	4	4	4			
Totalt antal poäng	23	24	27	30	32	33	169		
Genomsnitt PoK-poäng	2,56	2,67	3,00	3,33	3,56	3,67	3,13	1,11	36 %

Tabell 9. PoK-värden – ÖNH-kliniken

Faktor 1-9	VT	HT	VT	HT	VT	HT	Summering	Förändring	
	16	16	17	17	18	18		Poäng	Procent
1. Kategorier	1	3	3	3	5	5			
2. IT-stöd	1	2	3	3	4	4			
3. Produktionsplan	1	1	3	3	3	4			
4. Detaljplan	3	3	3	5	5	5			
5. Daglig drift	2	2	2	3	3	3			
6. Genomförande	2	2	2	3	3	3			
7. Uppföljning	2	2	3	3	3	3			
8. Stödfunktioner	1	2	3	3	5	5			
9. Ledarskap	2	3	5	5	5	5			
Totalt antal poäng	15	20	27	31	36	37	166		
Genomsnitt PoK-poäng	1,67	2,22	3,00	3,44	4,00	4,11	3,07	2,44	80 %

Bilaga 7. Beräkningstabeller av samband mellan PoK-värden och produktion

Tabell 1. PoK-värden och antal operationer per klinik

Klinik	Dependent	Parameter	Estimate	StdErr	tValue	Pvalue	Termin
Handkir	Antal	Intercept	1607,22449	438,5999649	3,664442815	0,169599388	VT
Handkir	Antal	PoK	-51,24489796	136,7966658	-0,374606337	0,771819242	VT
Handkir	Antal	Intercept	1242,713115	383,2448492	3,242608785	0,190438122	HT
Handkir	Antal	PoK	-7,598360656	115,3801386	-0,065855014	0,958135846	HT
Kirklän	Antal	Intercept	2884				VT
Kirklän	Antal	PoK	-193,5				VT
Kirklän	Antal	Intercept	2384,615894	215,6670804	11,05693039	0,05742032	HT
Kirklän	Antal	PoK	-93,69536424	71,12878846	-1,317263604	0,413377027	HT
Kvinnoklin	Antal	Intercept	1894,193548	502,3456861	3,770697352	0,165034342	VT
Kvinnoklin	Antal	PoK	-162,7258065	142,3075293	-1,14347995	0,457449514	VT
Kvinnoklin	Antal	Intercept	2475,109589	296,7579874	8,340498637	0,075966116	HT
Kvinnoklin	Antal	PoK	-355,4383562	81,145394	-4,380265332	0,142889333	HT
Onkologen	Antal	Intercept	196,8604651	170,3997463	1,155286139	0,454211324	VT
Onkologen	Antal	PoK	-24,69767442	39,87744883	-0,61933938	0,646982624	VT
Onkologen	Antal	Intercept	75,29032258	48,72102517	1,545335352	0,365636206	HT
Onkologen	Antal	PoK	-0,14516129	11,31420286	-0,012830006	0,991832613	HT
Ortopeden	Antal	Intercept	2333,864682	59,28112959	39,36943675	0,01616693	VT
Ortopeden	Antal	PoK	116,2571042	16,05252501	7,242293915	0,087350723	VT
Ortopeden	Antal	Intercept	2635,214055	35,56123158	74,10356553	0,008590425	HT
Ortopeden	Antal	PoK	-49,04927302	9,305226108	-5,27115327	0,11935588	HT
Plastik och käk	Antal	Intercept	1070,032258	152,1481629	7,032830615	0,089918371	VT
Plastik och käk	Antal	PoK	6,096774194	46,51394507	0,131074115	0,91702863	VT
Plastik och käk	Antal	Intercept	1042,833333	232,6254142	4,482886519	0,139723535	HT
Plastik och käk	Antal	PoK	-7,5	64,95190528	-0,115470054	0,926813605	HT
Urologen	Antal	Intercept	539				VT
Urologen	Antal	PoK	108				VT
Urologen	Antal	Intercept	-16,06329114	402,1411158	-0,039944414	0,974584108	HT
Urologen	Antal	PoK	222,1518987	98,06915522	2,265257595	0,264656711	HT
ÖNH	Antal	Intercept	703,3513514	36,1097922	19,47813345	0,032655148	VT
ÖNH	Antal	PoK	68,87837838	11,86688864	5,804249156	0,108615375	VT
ÖNH	Antal	Intercept	906,2780269	71,22788422	12,72364098	0,049931762	HT
ÖNH	Antal	PoK	-20,74439462	21,25063233	-0,976177758	0,507673893	HT
Ögon	Antal	Intercept	789,1147541	972,2427402	0,811643761	0,56595227	VT
Ögon	Antal	PoK	886,352459	317,2634377	2,793742845	0,218827332	VT
Ögon	Antal	Intercept	311,5714286	217,0535531	1,43545878	0,387362954	HT
Ögon	Antal	PoK	945,8571429	66,80767401	14,1579116	0,044891102	HT

Tabell 2. PoK-värden och antal besök per klinik

Klinik	Dependent	Parameter	Estimate	StdErr	tValue	Pvalue	Termin
Handkir	Antal	Intercept	8306,918367	3527,669718	2,354789148	0,255658933	VT
Handkir	Antal	PoK	-265,6836735	1100,258765	-0,241473808	0,84916055	VT
Handkir	Antal	Intercept	6856,557377	630,6775702	10,87173177	0,058393037	HT
Handkir	Antal	PoK	70,81967213	189,8725205	0,372985369	0,772724672	HT
Kirklän	Antal	Intercept	27627				VT
Kirklän	Antal	PoK	-1998				VT
Kirklän	Antal	Intercept	23253,0596	324,2831571	71,70603558	0,008877614	HT
Kirklän	Antal	PoK	-972,3576159	106,9512697	-9,091594876	0,069742542	HT
Kvinnoklin	Antal	Intercept	17207,56452	1951,249101	8,818743087	0,071882352	VT
Kvinnoklin	Antal	PoK	-579,9919355	552,7616662	-1,049262224	0,484699241	VT
Kvinnoklin	Antal	Intercept	13143,9589	1023,424585	12,84311428	0,049469147	HT
Kvinnoklin	Antal	PoK	217,6643836	279,844839	0,777803816	0,57915652	HT
Onkologen	Antal	Intercept	4226,372093	1764,411919	2,395343201	0,251771111	VT
Onkologen	Antal	PoK	-12,13953488	412,9128565	-0,02939975	0,981288927	VT
Onkologen	Antal	Intercept	2536,225806	1506,021022	1,684057373	0,341133444	HT
Onkologen	Antal	PoK	325,8870968	349,7345816	0,93181262	0,522461506	HT
Ortopeden	Antal	Intercept	19160,58457	588,9942455	32,53102169	0,019563461	VT
Ortopeden	Antal	PoK	357,0893099	159,4916447	2,238921736	0,267418001	VT
Ortopeden	Antal	Intercept	19376,80533	520,6183552	37,2188286	0,017100663	HT
Ortopeden	Antal	PoK	92,18820679	136,2290139	0,676714924	0,621257794	HT
Plastik och käk	Antal	Intercept	3734,311828	412,7190257	9,048072891	0,070075313	VT
Plastik och käk	Antal	PoK	88,18548387	126,1743141	0,698917878	0,61166236	VT
Plastik och käk	Antal	Intercept	3482,435897	668,5296519	5,20909714	0,120744107	HT
Plastik och käk	Antal	PoK	109,6153846	186,6617832	0,587240638	0,661964587	HT
Urologen	Antal	Intercept	-6748,333333				VT
Urologen	Antal	PoK	3075				VT
Urologen	Antal	Intercept	2730,924051	5174,43146	0,527772775	0,690845865	HT
Urologen	Antal	PoK	806,5822785	1261,87575	0,639193105	0,637928519	HT
ÖNH	Antal	Intercept	8407,432432	147,2168451	57,10917406	0,011146278	VT
ÖNH	Antal	PoK	61,58108108	48,38039215	1,272852045	0,423938867	VT
ÖNH	Antal	Intercept	8631,838565	816,5433438	10,57119457	0,060043447	HT
ÖNH	Antal	PoK	-219,632287	243,6133344	-0,901561023	0,532926794	HT
Ögon	Antal	Intercept	12942,86885	3955,92767	3,271765799	0,188839207	VT
Ögon	Antal	PoK	468,8114754	1290,903146	0,363165492	0,77823028	VT
Ögon	Antal	Intercept	10955,57143	3137,629695	3,49167126	0,177572117	HT
Ögon	Antal	PoK	825,8571429	965,7420431	0,855152935	0,549605509	HT

Bilaga 8. Respondenter enkät om apnéverksamheten

Enheter som rapporterar till Svenska sömnapnéregistret, Andnings- sviktregistret och som har besvarat enkäten om apnéverksamheten

Region	Sjukhus/Enhet
Stockholm	Aleris, Sömnheten
	Capio St Görän, KlinFys
	Norrtälje, Klinfys
Uppsala	Akademiska, Medklin
Sörmland	Eskilstuna, ÖNH
Östergötland	Linköping, Neurofys
	Norrköping, Neurofys
Jönköping	Jönköping/Ryhov/Eksjö/Värnamo, ÖNH
Kalmar	Oskarshamn, Medklin
Blekinge	Karlskrona/Karlshamn, Lungklin
Skåne	Lund, Specialistläkarna
	Lund, Neurofys
	Malmö, Neurofys
	Kristianstad, ÖNH
	Helsingborgs lasarett, Fysiologi
Halland	Ängelholm, ÖNH
	Ystad, ÖNH
	Varberg/Halmstad, ÖNH
VGR	Kungsbacka, ÖNH
	Frlönda Specialistsjukhuset
	Sahlgrenska lungkliniken
	Sahlgrenska ÖNH Kliniken
	Borås ART, Medklin
	NÄL, ÖNH
Örebro	Lidköping/Skövde, Sömnmedicin
	Capio Läkargruppen, Sömnmedmott
Västmanland	Västerås, Lungklin
Dalarna	Avesta, Koppardakens VC
Gävleborg	Gävle, Lungmott
Jämtland/Härjedalen	Östersund, Lungmed
Västerbotten	Umeå, Lung och Allergisektion
Norrbottn	Sunderby Sjukhus, Lungmott

Bilaga 9. Typremisser inkluderade i enkäten till apnéverksamheterna

Enkätfråga: Hur hanterar ni för närvarande följande remiss? (obs. ange endast ett alternativ)?

Typremiss 1

”Man 49 år, bevittnad snarkning och andningsuppehåll, BMI 32,4 kg/m², hypertoni behandlad med 2 läkemedel, ibland lite högt i tryck vid kontroll på vårdcentralen. Hyperlipidemi, dagtidströtthet, Epworth sömnighets skala (ESS) score 12 av 24 poäng.”

Typremiss 2

”Kvinna, 56 år, ensamstående, bevittnad snarkning men oklart om andningsuppehåll. Normalviktig, inga kända kroniska sjukdomar förutom upprepade perioder med nedstämdhet. Just nu läkemedelsfritt, rökare. Besväras av onormal trötthet under dagtid, har lätt att slumra till vid monotona möten eller under utbildningar. Arbetar som lärare, pendlar regelbundet till jobbet.”

Typremiss 3

”Man, 67 år, lätt övervikt med BMI 28,9 kg/m², välkontrollerad hypertoni och diabetes typ 2, måttlig KOL grad II och psoriasis, ex-rökare, mindre hjärtinfarkt 2011, pensionerad busschaufför som fortfarande jobbar några enstaka pass per vecka. Söker till vårdcentral p.g.a. bevittnade snarkningar och apnéer, nykturi 1-2 gånger per natt. Känner sig måttligt dagtidstrött, ESS score 8.”

Bilaga 10. Analys av väntetider mellan remiss och diagnos vid utredning av sömnapné.

I analysen ingår 21 553 patienter som fått diagnosen obstruktiv sömnapné under åren 2016, 2017 och 2018.

Tabell 1. Analysresultat, variabler, genomsnittlig väntetid, konfidensintervall och p-värde.

Variabel		Genomsnitt (dagar)	95 % konf. intervall (dagar)	p-värde
Samsjuklighet	Hypertoni	89	82 – 97	0,0008
	Ej hypertoni	85	78 – 93	-
Kön	Man	84	77 – 92	<.0001
	Kvinna	90	82 – 98	-
Ålder	< 40 år	90	82 – 99	0,0002
	41-50 år	90	82 – 99	-
	51-60 år	88	81 – 97	-
	61-70 år	87	79 – 95	-
	70- år	81	74 – 89	-
Civilstånd	Gift	86	79 – 94	0,7300
	Ogift	86	78 – 94	-
	Separerad	87	79 – 95	-
	Efterlevande	89	80 – 99	-
Disponibel inkomst	Q 1	88	80 – 96	0,5241
	Q 2	86	79 – 94	-
	Q 3	88	80 – 96	-
	Q 4	87	79 – 95	-
Födelseland	EU & Norden	86	78 – 95	0,0060
	Resten av världen	86	83 – 99	-
	Sverige	85	78 – 92	-
Utbildning	Eftergymnasial kortare än 2 år	86	78 – 95	0,3479
	Eftergymnasial 2 år eller längre	89	81 – 97	-
	Forskarutbildning	83	71 – 96	-
	Förgymnasial 9år	86	78 – 94	-
	Förgymnasial kortare än 9 år	90	81 – 99	-
	Gymnasial	89	82 – 97	-