

## Rapport vård i rimlig tid

### Ärendet

Tillgänglighet till vården är en högt prioriterad fråga i hälso- och sjukvården, såväl på nationell som på regional nivå. Vid Hälso- och sjukvårdsnämndens sammanträde februari 2007 gavs förvaltningen i uppdrag att två gånger per år avrapportera det kontinuerliga arbetet med att följa upp och analysera om vården sker i rimlig tid. Detta är den andra rapporten som redovisar tillgängligheten från första kontakt till slutlig behandling. Rapporten bygger på uppföljningsinformation per den 30 september 2007. Den redovisar även tillgängligheten till vårdgarantikansliet. Rapporten innehåller också en specialstudie av de patienter som under första halvåret 2007 åberopat vårdgaranti genom att kontakta vårdgarantikansliet. En lägesbeskrivning av de strategier och åtgärder som föreslogs i den första rapporten redovisas samt ytterligare förbättringsåtgärder.

### Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

- att* godkänna bilagda rapport "Vård i rimlig tid" och lägga den till handlingarna
- att* ge förvaltningen i uppdrag att genomföra de åtgärder som föreslås i rapporten för att förbättra tillgängligheten till vården och uppföljningen av densamma

### Förvaltningens synpunkter

Som i föregående rapport har den övergripande frågeställningen varit om vården sker i rimlig tid. Då underlagen granskats visar det sig att rapporteringsgraden fortfarande är så låg att det är svårt att entydigt svara på frågan. Inför 2008 har en vitesklausul införts i avtalen. Om inte inrapportering sker kommer viten att föreläggas. Detta har resulterat i att inrapporteringsgraden har ökat under hösten. För mätningen av vårdgivarnas telefontillgänglighet inom närsjukvården finns accepterade mätmetoder som på ett kvalitetssäkrat sätt mäter tillgängligheten kontinuerligt över tid.

Användningen av Vårdguiden på telefon och på nätet som en första kontaktväg till vården ökar. Tjänsten "Mina Vårdkontakter" på nätet som

Bilagor: Rapporten "Vård i rimlig tid"

Bilaga 1 Diagram och tabeller

Bilaga 2 Förteckning över mottagningar och behandlingar.

skapats för att ge allmänheten ytterligare en kontaktväg till deras vårdgivare har ökat under året.

Av telefontillgänglighetsmätningen framgår att det inte finns någon stor variation av tillgänglighet inom de olika vårdgrenarna. Nöjdheten med telefontillgängligheten i befolkningen har ökat sedan mätningen startades.

Under perioden 1/1 2007 - 30/6 2007 har totalt 3 974 ärenden registrerats i VG-kansliets system RIVA. Av dessa avser 2 296 behandling, 1 265 mottagningsbesök och 361 undersökningar, 49 ärenden är inte definierade i systemet.

Andelen patienter som åberopat vårdgaranti i störst utsträckning tillhör åldersgruppen 75 – w. Kvinnor (59 %) söker i större utsträckning vårdgaranti än män (49 %).

Handläggningstiderna vid VG-kansliet varierar kraftigt för olika specialiteter. I flera av grupperna finns enstaka patienter med en handläggningstid på över 100 dagar medan det också finns patienter med en mycket kort handläggningstid.

Vid två åtgärdsområden inom ortopedi återfinns över 70 % av patienterna som åberopat vårdgaranti i uppföljningssystemet. Detta innebär att det går att verifiera att de varit på ett mottagningsbesök. Av de patienter som åberopat vårdgaranti till ögonmottagning återfinns mindre än hälften i uppföljningsdatabaserna.

Av patienter som åberopat vårdgaranti och hänvisats till en ny vårdgivare av VG-kansliet för att få en operation eller åtgärd utförd har endast merparten av åtgärderna kunna matchas i uppföljningssystemet inom urologiområdet (87 %). Inom övriga områden återfinns mellan 0 % inom psykiatri till 54 % inom kirurgiområdet.

Den största andelen patienter som registrerats i VG-kansliets system för hjärtklaff- eller kranskärlsoperationer har erbjudits hjärtsjukvård utanför SLL. Merparten av dessa patienter har fått sin operation utförd i Uppsala eller i Örebro. Medelväntetiden för både kranskärlsoperationer och hjärtklaffoperationer har varit väsentligt kortare i Örebro än i Uppsala. Medelväntetiden i dagar fördelat mellan män och kvinnor visar i stort sätt ingen skillnad.

I rapporten presenteras en rad olika åtgärder för att förbättra mätningen och analysen av tillgängligheten. Dessa bygger på resultaten från analysen, men även på andra arbeten inom förvaltningen.

Några exempel på åtgärder är följande;

- Ett projekt har startat med uppgift att genomföra nödvändiga åtgärder så att filöverföring av bokningsinformation från husläkarmottagningarna ska kunna göras till förvaltningen. Detta kommer att medföra att besökstillgängligheten kommer att kunna följas upp kontinuerligt.
- Resultatet av telefontillgängligheten kommer att redovisas publikt under 2008.
- Beställaren, vårdgivarna inom allmänpsykiatri och vårdguiden har inlett ett samarbete som syftar till att förtydliga informationen i vårdguiden till länets befolkning om hur och var man söker psykiatrisk vård
- Kraven på tillgänglighet till geriatrisk vård från akutmottagning har kraftigt skärpts i de uppdragsbeskrivningar som träder i kraft från 2008-01-01.
- Kvinnor som kontaktar vårdguiden på telefon, som inte behöver akut gynekologisk vård, kommer att erbjuds tid hos någon av de tio gynekologiska mottagningar som tillhandahåller sina tidböcker till personalen på vårdguiden.
- I december startade ett pilotprojekt vid 12 av länets 72 gynekologiska mottagningar. Patienter som kallats erbjuds möjlighet att via sina vårdkontakter boka om sina tider samt kommer att kunna söka sina provsvar, i de fall provsvaret är normalt, via nätet. Pilotstudiens resultat kommer att utvärderas efter tre månader.
- En vitesklausul kommer att finnas i alla nya avtal fr o m 2008. Vitesklausulen innebär att viss del av ersättningen inte kommer att utbetalas om vårdgivarna inte rapporterar information som ligger till grund för uppföljning av verksamheten.
- Vårdgarantikansliet kommer att införa Tele-Q som ett verktyg för att ytterligare öka telefontillgängligheten.

Christina Torstensson

Catharina Barkman

Tillgänglighetsrapport  
september 2007

# Vård i rimlig tid

Redovisning av tillgängligheten i  
Stockholms läns landsting

Författare:

- Lenah Hedberg
- Heléne Spjut
- Ulf Stjärnskog

1	Sammanfattning .....	3
2	Inledning.....	6
2.1	Tillgänglighet.....	6
2.2	Uppdraget.....	6
2.3	Syfte .....	7
2.4	Mätpunkter och frågeställningar.....	7
2.5	Arbetsgrupp och övriga skribenter .....	8
2.6	Rapportstruktur.....	8
2.7	Metod och källor .....	9
2.8	Relation till nationell mätning av vårdgaranti .....	12
3	Redovisning.....	13
3.1	Första kontakt med vården (M1).....	13
3.2	Väntetid till mottagning (M2).....	20
3.3	Väntetid till åtgärd (M5).....	29
4	Vidtagna åtgärder 2007 och planerade åtgärder inför 2008.....	53
4.1	Åtgärder inom närsjukvården.....	53
4.2	Åtgärder inom akutsomatiken.....	55
4.3	Åtgärder till följd av vårdgaranti.....	55
5	Diskussion .....	56
6	Lägesbeskrivning av föreslagna strategier och åtgärder.....	57
6.1	Övergripande strategier för Vård i rimlig tid?.....	57
6.2	Första kontakt med vården (M1).....	58
6.3	Väntetid till mottagningen (M2) .....	59
6.4	Väntetid till utredning/undersökning (M4) .....	60
6.5	Väntetid till åtgärd (M5).....	60
6.6	Övriga mätpunkter .....	61
6.7	Planerade aktiviteter .....	61
6.8	Förslag till nästa rapport .....	62

## 1 Sammanfattning

Tillgänglighet till vården är ett prioriterat område i Stockholm läns landsting. Uppföljning av området och diskussioner med vårdgivare sker kontinuerligt av det aktuella tillgänglighetsläget. Detta är den andra sammanställningen av det totala tillgänglighetsläget i länet. Den information som redovisas avser uppföljning per den 30 september 2007.

I rapporten redovisas tillgängligheten från försök till första kontakt till slutlig behandling. Rapporten innehåller också en fördjupad analys av vårdgarantikansliets tillgänglighet och en redovisning av väntetider för de patienter som inte kunnat erbjudas vård hos de vårdgivare som de remitterats till. Patienterna har vänt sig till vårdgarantikansliet för att återropa vårdgarantin. Analysen baserar sig på de patienter som återropat vårdgaranti under perioden 1/1 2007 – 30/6 2007.

Som i föregående rapport har den övergripande frågeställningen varit att försöka besvara om vården sker i rimlig tid. Då som rapporteras till HSN granskas visar det sig att rapporteringsgraden fortfarande är så låg så det är svårt att entydigt svara på frågan. För mätningen av vårdgivarnas telefontillgänglighet inom närsjukvården finns accepterade mätmetoder som på ett kvalitetssäkrat sätt mäter tillgängligheten kontinuerligt över tid. Resultatet är ändå svårtolkat då det finns skillnader i krav på de mottagningar som mäts. Olika telefonsystem används som är svåra att jämföra med varandra.

Nyttjandet av Vårdguiden på telefon och på nätet ökar. Sjukvårdsrådgivningen som är telefonitjänsten klarade under 2007 de uppsatta målnivåerna för telefontillgänglighet samtliga månader. Tjänsten "Mina Vårdkontakter" på nätet som skapats för att ge allmänheten ytterligare en kontaktväg till deras vårdgivare har ökat och i dagsläget har c:a 87 000 konton öppnats, vilket är en ökning med 22 000 konton sedan december 2006.

Av telefontillgänglighetsmätningen framgår att det inte finns någon särskilt stor variation av tillgänglighet inom de olika vårdgrenarna. Den största ökningen har dock skett inom allmänpsykiatri (10%) sedan mätningen 2006. Inom allmänpsykiatri har alla kliniker 2007 nått målnivåerna likaså inom barn- och ungdomspsykiatri och beroendevård. Nöjdheten med telefontillgängligheten i befolkningen har ökat sedan mätningen startades. 2007 ansåg 71% av befolkningen att det var ganska eller mycket lätt att komma fram på telefon till husläkarmottagningarna jämfört med 47% 2001 då den första mätningen gjordes.

I vårens upplaga av rapporten "Vård i rimlig tid" fastslogs att den metod som används av SKL för att mäta besökstillgängligheten inom primärvården var bristfällig i flera avseenden. En ny metod för att kontinuerligt mäta besökstillgängligheten ska genomföras inom förvaltningen under första halvåret 2008. Ett projekt har nyligen startats med syftet att utveckla rutiner som innebär att bokningsinformation kontinuerligt överförs till förvaltningen från vårdgivarnas elektroniska bokningssystem.

Underlagen för att mäta väntetiderna till mottagning hos specialist har visat sig ha stora brister. Det finns stora bortfall trots att det finns krav i avtalen med mottagningarna att de ska rapportera antalet väntande patienter. Rapporteringsgraden har dock ökat till 65% vid mätningen i september jämfört med 53% i december 2006. I befolkningsmätningen uppger 80% att de fick komma inom 90 dagar till specialistvårdsmottagning vilket är en minskning med fyra procentenheter sedan föregående mätning. Av de tillfrågade uppger 24% att de anser att väntetiden var rimlig.

Nio vårdgivare gör dyslexiutredningar. Tre av vårdgivarna uppger att de kan ta emot patienter inom vårdgarantitiden.

På samma sätt som vid mätningen av antalet väntande till besök är rapporteringen av antalet patienter som väntar till åtgärd förknippad med stora problem. Rapporteringsgraden har dock ökat från 64% vid mätningen december 2006 till 75% i september 2007. Bortfallet är för stort för vissa åtgärder för att det ska gå att uttala sig om väntetidsläget ser ut.

Andelen besvarade samtal till vårdgarantikansliet ökade mellan kvartal 1 och 2 för att åter sjunka något kvartal 3. VG-kansliet planerar i början av 2008 införa Tele-Q som ett verktyg för att ytterligare förbättra tillgängligheten. Totalt har 19 110 samtal inkommit under de tre första kvaralen och av dessa har 13 467 besvarats. Samtliga tre kvartal är medelväntetiden för besvarande av samtal c:a 4 minuter.

Under perioden 1/1 2007 - 30/6 2007 har totalt 3 974 ärenden registrerats i VG-kansliets system RIVA. Av dessa avser 2 296 behandling, 1 265 mottagningsbesök och 361 undersökningar. 49 ärenden är inte definierade i systemet. Den i särklass största gruppen patienter som söker VG-kansliet avser ärenden inom ortopediområdet. Övriga stora grupper är logopedi, hörsel, hud och handkirurgi. Andelen patienter som åberopat vårdgaranti i störst utsträckning tillhör åldersgruppen 75 – w. Kvinnor (59%) söker i större utsträckning vårdgaranti än män (41%).

Handläggningstiderna vid VG-kansliet varierar kraftigt för olika specialiteter. I flera av grupperna finns enstaka patienter med en handläggningstid på över 100 dagar medan det också finns patienter med en mycket kort handläggningstid.

När det gäller ortopedin återfinns inom två delområden över 70 % av patienterna i uppföljningssystemet. Detta innebär att det går att verifiera att dessa patienter varit på ett mottagningsbesök. Av de patienter som åberopat vårdgaranti till ögonmottagning återfinns mindre än hälften i uppföljningsdatabaserna. Endast 28% av de som sökt mottagningsbesök, där specialiteten inte är definierad, återfinns i uppföljningsdatabaserna. Det kan dock inte uteslutas att dessa patienter fått vård men att vårdgivaren inte registrerat besöket korrekt så att verifiering inte varit möjlig.

Till mottagningsbesök inom ortopediområdet är medelväntetiden mellan 48 och 75 dagar. Medelväntetiden för män och kvinnor visar inga större skillnader förutom till höftmottagning där män har en längre väntetid än kvinnor.

Drygt 600 patienter har åberopat vårdgaranti för utredning. Längre fram i rapporten, sid 45, redovisas ett färre antal som tyvärr grundar sig på ett felaktigt uttag som inte varit möjligt att korrigera. Det felaktiga området är neuropsykiatriska utredningar där c:a 300 patienter åberopat vårdgaranti.

Av de patienter som åberopat vårdgaranti och hänvisats till en ny vårdgivare av VG-kansliet för att få en operation eller åtgärd utförd, har merparten av åtgärderna inte kunnat verifieras i uppföljningssystemet. Undantag är urologiområdet med 87 % verifierade. Inom övriga områden återfinns i uppföljningssystemet mellan 0% (psykiatri) till 54% (allmänkirurgi). Då endast ett fåtal patienter återfinns i uppföljningssystemet, kan det inte uteslutas att det finns vårdgivare som anvisats vårdgaranti-patienter och inte registrerar utförd vård i uppföljningssystemet.

Medelväntetiden i dagar till behandling varierar mellan 17 och 76. Fördelning mellan män och kvinnor visar att män har en längre väntetid till handkirurgisk operation och axeloperation medan kvinnor har en längre väntetid till överviktsoperation och steloperation av rygg.

Den största andelen patienter som registrerats i VG-kansliets system för hjärtklaff- eller kranskärlsoperationer har fått operationen utförd utanför Stockholms läns landsting.

Karolinska universitetssjukhuset i Solna har under året haft svårt att erbjuda patienter hjärtoperationer, vilket medfört långa väntetider med många patienter i kö. VG-kansliets personal har kontaktat c:a 30% av de väntande patienterna och erbjudit vård utanför Stockholms län. Av de patienter som kontaktats har c:a 60% av männen men endast c:a 20% av kvinnorna tackat ja till vård utanför länet.

Nästan alla patienter som erbjudits hjärtsjukvård utanför SLL har fått sin operation utförd i Uppsala eller i Örebro. Medelväntetiden för både kranskärlsoperationer och hjärtklaffoperationer har varit väsentligt kortare i Örebro (17 resp 11) än i Uppsala (45 resp 37). Medelväntetiden i dagar för män och kvinnor visar i stort sett ingen skillnad.

## 2 Inledning

Denna rapport beskriver tillgänghetsläget i Stockholms Läns Landsting. Rapporten är framtagen av Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning inom ramen för strategisk leverantörsuppföljning. Syftet med strategisk leverantörsuppföljning är att genom accepterade analyser baserade på kvalitetssäkrad information

- bidra till förbättrad beställarstyrning
- stödja vårdleverantörernas utvecklingsarbete
- ge underlag till kunskapsbaserade vårdval
- öka den demokratiska insynen

### 2.1 Tillgänglighet

Tillgänglighet som begrepp är mångfasetterat och inrymmer allt från öppettider, information, patientavgifter, fysisk tillgänglighet som antal väntande och hur länge de fått vänta. Denna rapport kommer endast att beskriva den senare dimensionen, dvs aktuella kötider och kölängder.

Tillgänglighet till vård är ett högt prioriterat område inom Hälso- och sjukvården, både på nationell och på regional nivå. Befolkningen ska enligt Hälso- och sjukvårdslagens § 2 erbjudas en kvalitativt god och lätt tillgänglig hälso- och sjukvård i rimlig tid och på lika villkor.

#### **I Beställarplanen för 2008 finns följande huvudfokus angivet:**

Fokus 2008 är att ytterligare förbättra tillgängligheten inom Hälso- och sjukvården och att säkerställa en ekonomi i balans. Enligt förslag till landstingsfullmäktiges direktiv är ett av de övergripande målen för hälso- och sjukvården för 2008:

- En tillgänglig, kvalitativt god, säker och jämlik vård till alla länets invånare

Vidare anges dessutom i beställarplanen att ett av de prioriterade områdena är att följa upp väntetiderna och avtalade rutiner för inrapportering av att väntetider efterlevs. Informationen ska göras tillgänglig för medborgarna.

I Budget för 2008 och planering 2009-2010 står att läsa

Tillgängligheten ökar genom att vårdgarantin uppfylls via beställningar och att information ges till patienter om alternativa vårdgivare. Modern tele- och IT-teknik kommer att användas för att underlätta patienternas kontakt med vården. Tillgängligheten ska följas upp och analyseras.

### 2.2 Uppdraget

I HSN-förvaltningens uppdrag ingår att ta fram en tillgänglighetsrapport två gånger per år. En gång per år kompletteras rapporten med en fördjupad analys.

De främsta målgrupperna för resultaten av uppföljningen är Hälso- och sjukvårdsnämndens politiker och förvaltning. Andra intressenter är medborgare, patienter, vårdleverantörer, brukarorganisationer, Sveriges kommuner och landsting (SKL) samt politiker och tjänstemän inom andra landsting.

## 2.3 Syfte

Syftet med uppföljningen är att ge en fördjupad kunskap om tillgänghetsläget för att bidra till förbättrad beställarstyrning och ökad demokratisk insyn.

Det aktuella läget redovisas och skillnader analyseras och förklaras. Beskrivningen ska kunna ge underlag för utveckling och prioritering av insatser för att nå en god tillgänglighet på lika villkor i länet.

Resultatet av den fördjupade analys som gjorts avseende de patienter som åberopat vårdgarantin vid förvaltningens vårdgarantikansli kommer att presenteras.

Lägesbeskrivning av de strategier och åtgärder som föreslogs i föregående rapport kommer att presenteras.

### *Avgränsning*

Uppföljningen avser endast de data som registrerats..

## 2.4 Mätpunkter och frågeställningar

Tillgänghetsmätningen har ett antal mätpunkter utifrån ett tänkt händelseförlopp. Det finns inga absoluta brytningar mellan mätpunkterna utan de har mest skapats för att få en teoretisk modell att presentera underlaget efter.

Mätpunkterna är enligt nedan:

M1: Från försök till kontakt till första kontakt

M2: Från kontakt till besök

M3: Från besök till utredning/undersökning

M5: Från beslut om åtgärd till utförd åtgärd

Mätpunkt 4 beskrivs inte i denna rapport. Mätpunkten avser tid från utredning till beslut om åtgärd inkl tid för att säkerställa diagnos. Att denna punkt räknats in i den teoretiska modellen, men inte i presentationen är för att visa vikten av den. I dagsläget saknas den inom ramen för befintlig besöks- eller vårdgaranti. Mätpunkten saknar dessutom underlag för analys.

Förvaltningen har ett uppdrag att utreda utredningstider. I uppdraget ingår också att föreslå uppgifter som kan registreras för att kunna göra uppföljning av den totala väntetiden från beslut om utredning till beslut om åtgärd.

Är väntetiden till vården rimlig? Varje mätpunkt analyseras utifrån:

- faktisk väntetid/antal väntande
- befolkningens attityder till tillgängligheten

Där det är relevant och möjligt analyseras underlagen utifrån följande frågeställningar:

- Är tillgängligheten jämlig utifrån
  - patientens kön och ålder?
  - mottagningens geografiska läge?
- Finns det skillnader i tillgänglighet beroende på ägarform?
- Uppnås tillgänghetsmålen?

## 2.5 Arbetsgrupp och övriga skribenter

För att planera och genomföra själva analysen har en arbetsgrupp funnits bestående av representanter från avdelningen för Uppföljning och Utveckling/Analysenheten. Personerna i arbetsgruppen har sakkunskap om området eller sakkunskap inom analysmetodik.

Deltagare i arbetsgruppen har varit:

Lenah Hedberg, Analysenheten  
Heléne Spjuth, Analysenheten  
Ulf Stjärnskog, Analysenheten  
Jan-Åke Andréén, Vårdgarantikansliet

Bidrag till analysen har även kommit in från Göran Lord, Barbro Olofsson-Örbom, Riitta Sorsa, Hans Cagnell, Linda Ottebjær, Lars Tocklin, Maria Berglund, Elisabeth Levander och Birgitta Kamrén.

### *Referensgrupp*

En intern referensgrupp inom HSN-förvaltningen för uppföljningen har getts möjlighet att kommentera och bidra i analysen.

Den interna referensgruppen består av:

Anne Håkansson, (SSV)  
Jöran Tyllström (SSV)  
Jan-Åke Andréén (IVÄ)  
Riitta Sorsa (Analysenheten)  
Regina Rodau (Analysenheten)

Barbro Nordqvist, IVÄ  
Ann-Louise Edlund, IVÄ  
Kerstin Jansson-Halme, IVÄ

## 2.6 Rapportstruktur

Rapporten indelas i de fyra mätpunkter som redovisas samt med ett särskilt avsnitt för den djupgående analysen av vårdgarantikansliets verksamhet.

M1: Första kontakt i rimlig tid?

- Vårdguiden/sjukvårdsrådgivningen
- Telefontillgänglighet till närsjukvården
- SOSalarm och Ambulanser

M2: Besök i rimlig tid?

- Besök på husläkarmottagning redovisas inte i denna rapport
- Besök till specialistmottagning

M5: Behandling i rimlig tid?

- Behandling hos specialist

Analys av vårdgarantikansliet

- Telefontillgänglighet
- Handläggningstid
- Uppföljning av väntetiderna till mottagning respektive åtgärd efter återopande av vårdgaranti

## 2.7 Metod och källor

Studien är en rent kvantitativ studie med analys av tillgänglig statistik på området. Denna statistik kan vara insamlad på olika sätt såsom via enkät, testfall eller registreringar i befintliga databaser.

### 2.7.1 Vårdguiden

Tillgängligheten till Vårdguidens sjukvårdsrådgivning följs via telefonsystemet där all samtalsstatistik kan följas i realtid. Månatligen tas uppgifter fram på bl.a. antal samtal, svarstider, samtalslängd men också kontaktorsaker, fördelning på kommun/stadsdel, kön, ålder etc. Temoundersökningar genomförs också regelbundet.

### 2.7.2 Telefontillgänglighetsmätningen

Beställare Vård startade i december 2005 ett projekt för att utveckla mätmetoden för telefontillgängligheten. Den utvecklade mätmetoden innebär att telefontillgängligheten mäts kontinuerligt under året, till skillnad från tidigare tidsbegränsade perioder. Tillgängligheten mäts med 260 samtal per mottagning

Samtalen har slumpats utifrån de kunskaper som finns när det gäller variation i belastning under dagen. När det gäller husläkarverksamheten kommer de flesta samtalen på förmiddagen och slumpningen är då fördelad 70/30 för att efterlikna befolkningens beteende. Inom övriga vårdgrenar saknas kunskap om variationer och samtalen har slumpats utifrån krav på öppettider.

### 2.7.3 Väntetider till husläkarmottagningar

Sveriges kommuner och landsting SKL, genomför uppföljning av tillgängligheten i primärvården i landet. I mätningen följs den faktiska väntetiden till läkarbesök och omfattar patienter som kommer till husläkarmottagningar med ett tidigare obekant hälsoproblem eller för en oväntad försämring av ett tidigare känt hälsoproblem. Patienter som kommer för planerade återbesök eller för att få intyg omfattas inte. Mätningen sker två gånger per år, en i mars och en i oktober. Under 2006 förlängdes mätperioden till fem dagar mot tidigare en dag per mättillfälle. Patienter med sk självvald väntan exkluderas i den slutliga sammanställningen. Uppgifterna rapporteras av varje vårdcentral i ett webbaserat rapporteringsformulär till den nationella väntetidsdatabasen.

I vårens upplaga av rapporten "Vård i rimlig tid" fastslogs att den metod som används av SKL (Sveriges Kommuner och Landsting) för att mäta besökstillgängligheten inom primärvården var bristfällig i flera avseenden. SKL:s mätning sker endast fem dagar två gånger per år vilket kan ge helt felaktiga mätresultat för vissa vårdcentraler beroende på ex vis personalsituationen den aktuella mätveckan. Vid granskning av resultat framgick det också att vissa mottagningar missuppfattat anvisningarna och anger att flertalet av deras patienter självmant valt att vänta mer än sju dagar även om det av underlaget framgick att de kommit inom sju dagar. Mot bakgrund av detta gavs förvaltningen i uppdrag att utveckla en ny mätmetod som skulle ge kontinuerlig information om besökstillgängligheten. Under våren har en utredning gjorts med syfte att säkerställa om det rent tekniskt skulle kunna gå att "tömma" de elektroniska bokningssystem, som i nuläget används av vårdcentralerna, på bokningsinformation. I utredningen har framkommit att de tre största leverantörerna, av IT-systemen, tekniskt inte har några problem med att överföra informationen till förvaltningen.

Inledningsvis beslutades att filöverföring testas i ett av systemen. Därefter utvärderas möjligheten att sammanställa de aktuella mätpunkter (5, 3, 2 dagar) som förvaltningen valt att följa upp. Enheten för informationsförsörjning inom uppföljning- och utvecklingsavdelningen har uppdraget att genomföra test av filöverföring.

I nuläget finns inte några mätresultat att redovisa.

#### **2.7.4 Väntetider till specialistmottagningar och behandlingar**

##### *Elektroniska system*

Underlag för uppföljningen är data om patienter som rapporterats i CVR – Centralt Väntetidsregister. De uppgifter som registreras för varje patient är datum då patienten satts upp på planeringslistan, patientens personnummer, orsak till varför patienten satts upp på planeringslista sk CVR-grupp och vilken vårdgivare som planerat in patienten. Dessa uppgifter ger information om hur många patienter som finns på planeringslista och hur länge de väntat.

##### *Manuella system*

Merparten av de större privata specialisterna har i dagsläget inte möjlighet att lämna uppgifter om vilka patienter som satts upp på planeringslista via CVR-rapportering. Dessa vårdgivare lämnar uppgifter om antalet väntande via manuella enkäter som sammanställs varje månad. Då det i avtalen gällande 2007 med mindre privata specialistmottagningar inte funnits krav på att antalet väntande patienter rapporteras, saknas uppgifter från c:a 350 vårdgivare i materialet.

Resultatet som redovisas i denna rapport baserar sig på rapporteringen av tillgänglighetsläget i september 2007.

#### **2.7.5 Aktuella väntetider till specialistmottagningar**

Till Vårdmarknad rapporterar specialistmottagningar själva sin aktuella (självrapporterad/förväntad) väntetid för mottagningsbesök för nya patienter. Till Vårdmarknad kan väntetiderna uppdateras så ofta man behöver och minst en gång per månad

#### **2.7.6 Dyslexiutredningar**

Ingen uppföljning görs av faktisk väntetid till dyslexiutredningar. Uppgifter om den aktuella (självrapporterad/förväntad) väntetiden finns registrerad i Vårdmarknad. I denna rapport redovisas inte faktiska väntetider till dyslexiutredningar.

#### **2.7.7 Patientenkäten**

Gemensamma patientenkäter används inom Stockholms läns landsting för att spegla patienternas erfarenheter och uppfattning av vården. Ingen uppföljning har gjorts under 2007.

#### **2.7.8 Vårdbarometern**

Vårdbarometern har som syfte att ta reda på befolkningens uppfattningar och förväntningar på den somatiska vården. Fram t o m juni 2007 tillfrågades, via intervjuer, närmare 4 100 personer om deras erfarenheter och förväntningar på vården i Stockholms läns landsting (inklusive Norrtälje och Södertälje). Tillgång till vård är ett av de områden som följs i Vårdbarometerundersökningarna.

#### **2.7.9 Effektproblem**

Effektproblem avser problem med att relatera resultaten i analysen till faktiska effekter till följd av det som avses att mätas. Detta kan vara problem förknippade med mätmetoder eller andra faktorer som påverkar resultaten, t ex skillnader i krav som ställs på dem som ska jämföras. Nedan följer en kortfattad beskrivning av de viktigaste effektproblemen för denna analys.

#### **2.7.10 Bortfall**

Vårdgivarna varierar i storlek från stora akutsjukhus till små privata specialistmottagningar. Stora skillnader finns mellan kvaliteten på de underlag som skickas in via manuella enkäter

och de uppgifter som skickas in elektroniskt. De elektroniskt inskickade uppgifterna är inte kvalitetssäkrade. Benägenheten att månatligen leverera uppgifter manuellt varierar kraftigt.

Ett allvarligt effektproblem är att redovisningsgraden varierar, dvs i vilken utsträckning mottagningarna redovisar sina väntetider till CVR eller enligt den enkät som ersätter CVR-registrering. Merparten av de "små" leverantörerna saknas helt.

Ingen bortfallsanalys har genomförts på vilka mottagningar eller patientgrupper som saknas i underlagen.

#### **2.7.11 Skillnader i krav**

Ett annat effektproblem är att det finns vagt ställda krav alternativt olika krav i avtalen. Ett exempel gäller telefontillgängligheten, där olika telefonsystem hanteras olika eftersom det saknas krav på vilket system beställaren föredrar. Att jämföra samtal som besvarats med direkt svar inom 1,5 minuter med samtal som ringts upp flera timmar senare men på utsatt tid medför problem vid jämförelsen. Trots det har det i denna rapport inte gjorts någon uppdelning utifrån vilket system vårdgivarna har. Vissa vårdgivare använder sig av båda systemen.

#### **2.7.12 Manuell hantering**

Ingenting säger att inhämtning av uppgifter med elektroniska system är mer korrekt än de manuellt insamlade. Däremot är underlag från manuella metoder mer förknippad med felkällor till följd av den mänskliga faktorn. Ju fler manuella steg desto större risk att någon siffra förvanskas eller uträkning blir felaktig. Många av de underlag som analyserats har flera manuella steg.

#### **2.7.13 Systemskillnader**

Det finns olika systemskillnader att ta hänsyn till. Vid t ex mätning av vård och behandlingsgaranti skiljer det sig åt mellan hur vårdgivarna rapporterar till HSN-förvaltningen. Vissa gör det elektroniskt och andra via enkät. Alla mätmetoder är förknippade med sina mätfel och då olika mätmetoder används är det svårt att jämföra underlagen utan att vara säkra på att eventuella skillnader beror på skilda sätt att mäta.

Även skillnader i försystem har betydelse för jämförelsen. Olika system finns för att registrera antalet väntande hos olika vårdgivare vilket även det försvårar tolkningen av resultaten.

#### **2.7.14 Tveksam påverkan av resultat**

Det har via vårdgivare framkommit att påverkan av resultaten i mätningen förekommer. Ett begränsat antal telefonnummer används för uppringning till verksamheterna med återuppringningssystem. Vissa mottagningar har identifierat telefonnumren och ringer upp så snart de identifierat numren i sitt system. Risken är att dessa mottagningar prioriterat ett bra resultat istället för att arbeta med förbättringsåtgärder kring framkomligheten på telefon till mottagningen för befolkningen.

#### **2.7.15 Dimensionerade mätningar**

Det saknas kunskap kring det totala antalet samtal som rings till varje mottagning. Hänsyn har därför inte kunnat tas till dessa vid val av antal testsamtal som ska ringas. Ingen hänsyn har heller tagits till mottagningens storlek när det gäller listade patienter eller ansvarsområde. I och med dessa problemområden har fokus i diskussionerna hamnat mer på skillnader i krav och resultat istället för brister i mätmetod.

### **2.7.16 Attityder eller upplevelser**

Ett av problemen med att använda befolkningsmätningar som underlag för att belysa patienters erfarenheter av vården är att det inte går att säkerställa att respondenten verkligen varit patient. I Vårdbarometern ställs frågan om respondenten under de senaste 12 månaderna besökt vården. Som alla retrospektiva (dvs tillbakablickande) studier finns problematiken kring korrekta minnesbilder med som en möjlig felkälla.

## **2.8 Relation till nationell mätning av vårdgaranti**

### **2.8.1 Telefontillgänglighet**

SLL's mätning av telefontillgängligheten till husläkarmottagningarna skiljer sig från Sveriges kommuner och landstings (SKL) mätning i underlag, längd och antal samtal. Även metoder för att inhämta data skiljer sig mellan landstingen vilket försvårar jämförelser. SKL inhämtar information kring telefontillgänglighet på nationell nivå två gånger om året. SLL har deltagit i SKL's arbete kring väntetider i vården. Beslut har tagits av SKL att endast redovisa resultat från de landsting som endast använder återuppringsystem. Då SLL's mätning är manuellt utförd (alla verksamheter rings upp oavsett system) redovisas inte SLL's resultat på nationell nivå, trots att mätning kontinuerligt utförs.

### **2.8.2 Väntetider i vården**

Landstingen har en överenskommelse med SKL att följa upp väntetid och antal väntetider till mottagningsbesök inom 15 specialiteter. En gång per månad rapporteras det totala antalet väntande patienter och antalet patienter som väntat mer än 90 dagar på besök till specialistmottagning via filöverföring till den nationella väntetidsdatabasen på SKL. Filen sammanställs av data som hämtats ur CVR och uppgifter som manuellt kompletterats från enkäter, som sammanställs månatligen och skickas till HSN-förvaltningen. De manuella enkäterna används av de vårdgivare som inte ännu anslutit sig till CVR-rapporteringen.

### 3 Redovisning

#### 3.1 Första kontakt med vården (M1)

Patientens första kontakt med vården kan ske på många olika vägar. I Stockholm Läns Landsting är sjukvårdsrådgivningen första vårdnivå och således en första kontaktväg. En annan kontaktväg är naturligtvis att ringa sin vårdgivare på telefon. På senare år har även andra kommunikationssätt utvecklats för att underlätta för patienten. Ett exempel är tjänsten "Mina vårdkontakter" på nätet. Ett annat är tillgången till öppna mottagningar, dvs där mottagningarna under vissa öppettider möjliggör för patienten att komma för obokade besök. Att komma in till sjukvården med ambulans kan vara en annan första kontaktväg.

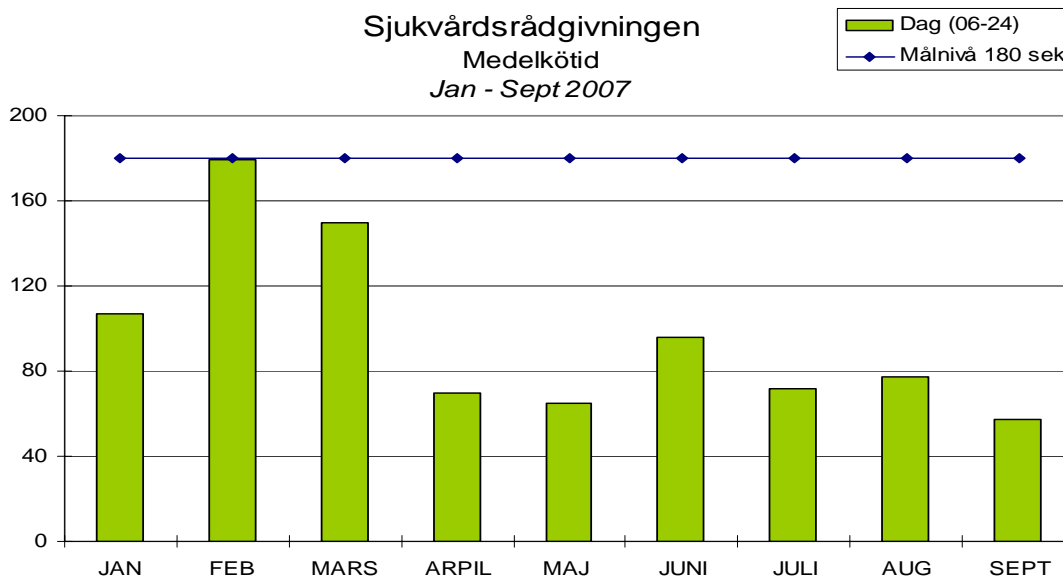
##### 3.1.1 Vårdguiden på telefon och på nätet

Vårdguiden som är den första vårdnivån i Stockholms län består av fyra delar

- Vårdguiden per telefon/Sjukvårdsrådgivningen
- Internetsajten vårdguiden.se med tjänsten "Mina Vårdkontakter"
- Tidningen Vårdguiden med fyra nummer per år
- Annonser och foldrar till allmänheten om vården

Trenden visar att allt fler använder sig av Vårdguiden som första vårdkontakt. Frågor om mag- och infektionssjukdomar stod för den högsta andelen 15 % respektive 14 % De flesta av samtalen inkommer på måndagar. Samtalen fördelar sig jämnt mellan 07.00 – 21.00. C.a 14 % av samtalen inkommer på natten. Kravet som ställs på Vårdguidens svarstid är 3 minuter dagtid samt 4 minuter nattetid.

I nedanstående diagram visas hur tillgängligheten sett ut månad för månad på dag- och nattetid.

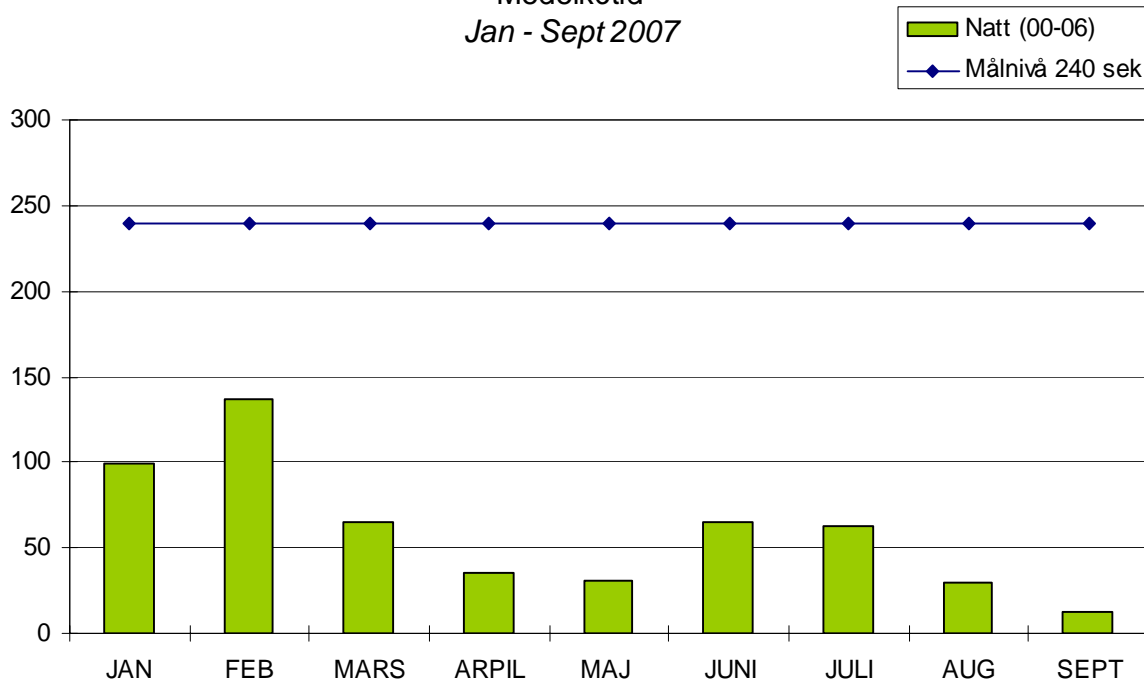


Källa: Vårdguidens telefonisystem

Målnivån på svar inom 180 sekunder klaras alla månader. I föregående rapport framgick att målet inte klarades i februari och mars. Även i år är svarstiden längst i februari.

## Sjukvårdsrådgivningen

Medelkötid  
Jan - Sept 2007



Källa: Vårdguidens telefonisystem

Målnivån på nattetid klaras med god marginal alla månader.

Internetsajten [vardguiden.se](http://vardguiden.se) har ca 650 000 besök per månad. På internet kan allmänheten hitta fakta om olika sjukdomar med information om undersökningar, behandlingar, läkemedel. Patienter och remitterter kan finna uppgifter om den aktuella väntetiden till olika behandlingar och undersökningar inom den specialiserade vården samt kontaktuppgifter till ca 4000 vårdmottagningar. Den undersökning som vänt sig till användarna visar att de såg tjänsten som ett bra komplement till telefonkontakten med vården.

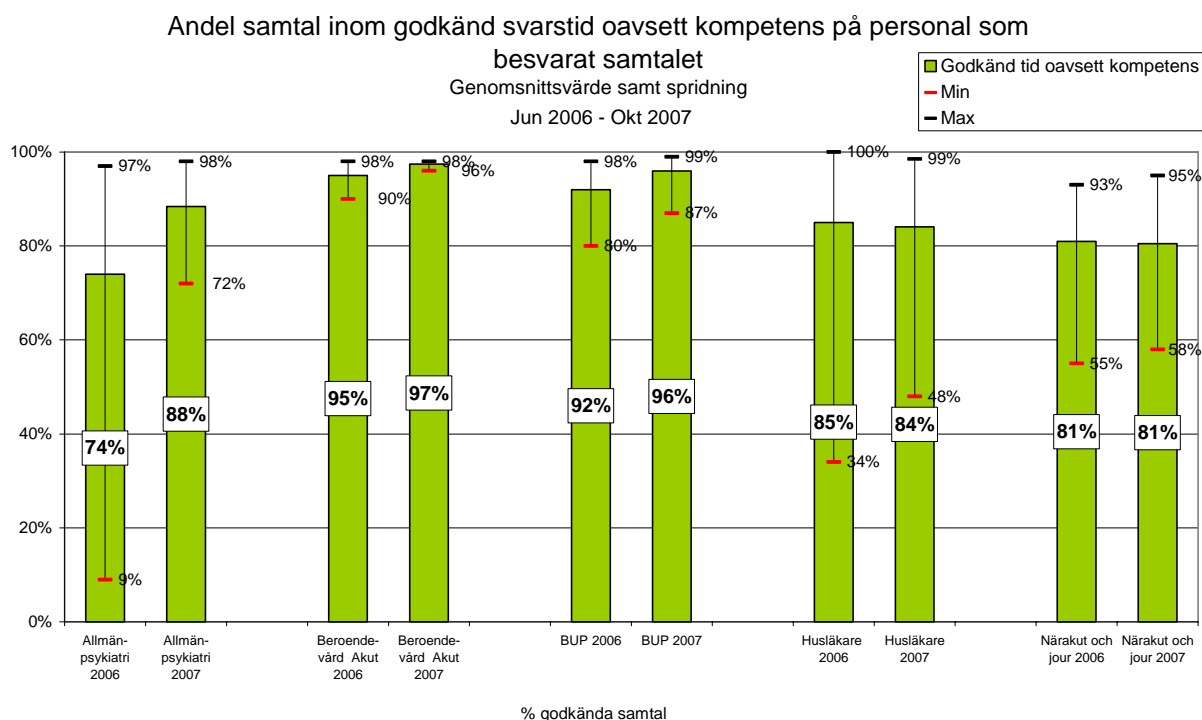
### 3.1.2 Hur nyttjas Mina vårdkontakter?

Mina vårdkontakter är en tjänst där patienter och vårdgivare kan kommunicera via Internet på ett säkert sätt. Med tjänsten Mina vårdkontakter kan alla i Stockholms län ställa frågor till sjukvårdsrådgivningen och allmänpsykiatrin. Hos de vårdcentraler/husläkarmottagningar samt specialistmottagning som är anslutna till tjänsten kan patienter beställa tid, av- och omboka besök, förnya recept och hjälpmedel.

I november 2007 hade 87 000 konton öppnats av allmänheten, vilket är en ökning med 22 000 konton sedan december 2006. Av användarna är 60 % kvinnor och 40 % män. Flest användare är mellan 51-64 år (39 %), därefter 36-50 år (24 %) och 65 år eller äldre (23 %). De flesta har fått kännedom om tjänsten genom tidningen Vårdguiden. 250 mottagningar är anslutna varav cirka 120 är husläkarmottagningar. Övriga är specialistmottagningar som t ex psykiatriska mottagningar, barnmorskemottagningar samt handikapp- och habiliteringscentra.

### 3.1.3 Telefontillgänglighet i närsjukvården

Inom alla vårdgrenar ställs krav på svarstider. Ett godkänt samtal ska enligt avtal vara besvarat inom 1,5 minuter vid direktsvar, 10 minuter vid köfunktion eller senast 15 minuter efter utlovad återuppringningstid. Diagrammet nedan visar den genomsnittliga andelen besvarade samtal inom godkänd tid för varje vårdgren. Diagrammet visar även spridningen genom att visa den mottagning som har lägst alternativt högst andel besvarade samtal inom godkänd tid.



Källa: Telefontillgänglighetsmätningen 2006-2007

Det finns inte någon särskilt stor variation av tillgängligheten mellan de olika vårdgrenarna. Störst ökning (10 %) har skett inom psykiatrin. Mycket små variationer ses i övriga vårdgrenar.

I vissa uppföljningsplaner framgår målnivåer på telefontillgänglighet. Dessa är indelade i tre nivåer, där den högsta målnivån oftast även är kopplad till full målersättning. De lägre målnivåerna genererar mindre ersättning. När man inte målnivån utgår ingen målersättning alls. Inom de områden där det finns specificerade målnivåer nådde följande antal mottagningar något av målen:

- 7 av 7 allmänpsykiatriska kliniker (2006 nådde 4 av 7 målen)
- 104 av 171 husläkarmottagningar (2006 nådde 109 av 172 målen)
- 3 av 3 beroendevårdsmottagningar, (2006 nådde 3 av 3 målen)

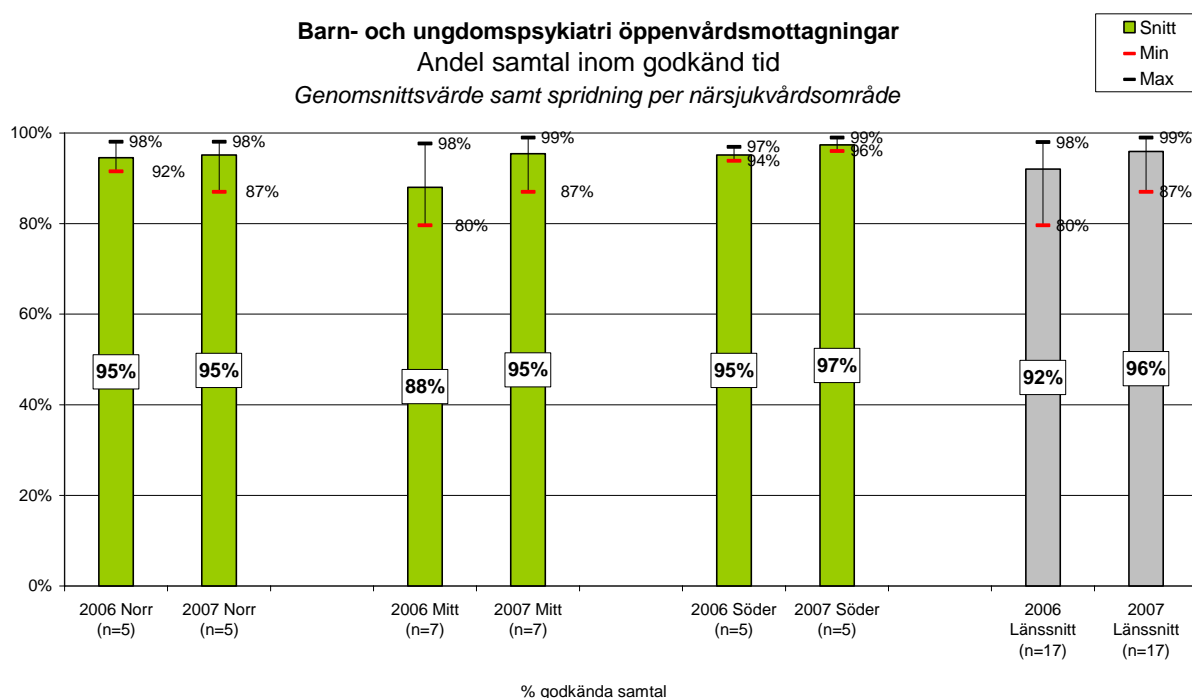
Avseende allmänpsykiatrin har andelen kliniker som klarar målnivåerna ökat, medan det minskat för husläkarverksamheten och är oförändrat för beroendevården.

### 3.1.4 Är telefontillgängligheten jämlik?

För att mäta om tillgängligheten på telefon är lika för patienter boende i olika delar av länet redovisas resultaten utifrån mottagningens geografiska läge. De olika delarna av länet är indelat enligt följande:

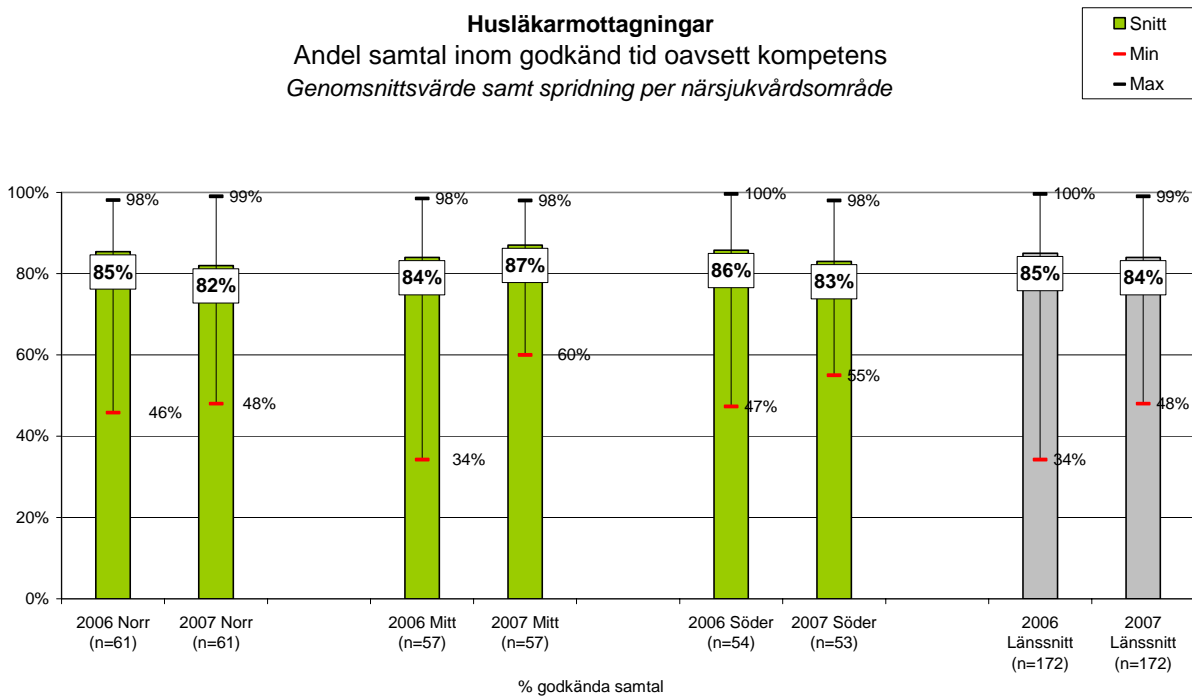
- Norr består av norra länets 14 kommuner
- Mitt består av Stockholm stad samt Ekerö kommun
- Söder består av södra länets 10 kommuner

Norrtälje kommun ingår i mätningen av husläkarmottagningar men inte de övriga vårdgrenarna.



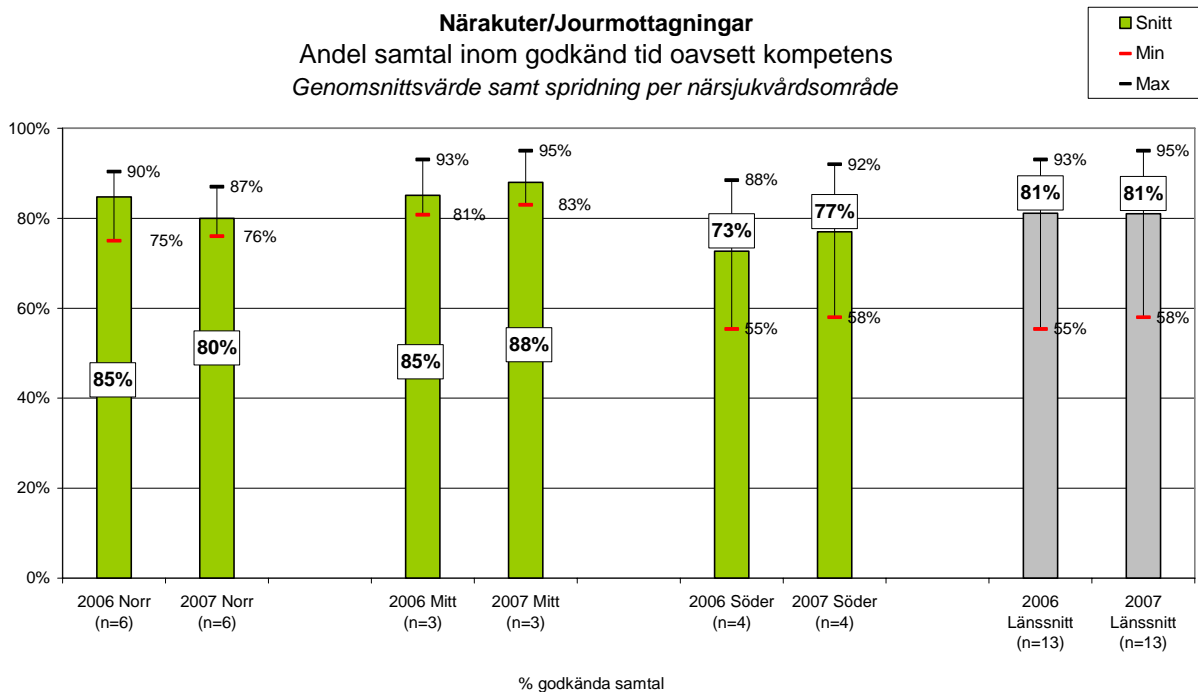
Källa: Telefontillgänglighetsmätningen 2006-2007

Ingen eller mycket marginell ökning av tillgängligheten har skett sedan 2006 på norr och söder. I Stockholms mittområde har telefontillgängligheten i genomsnitt ökat med 7 %.



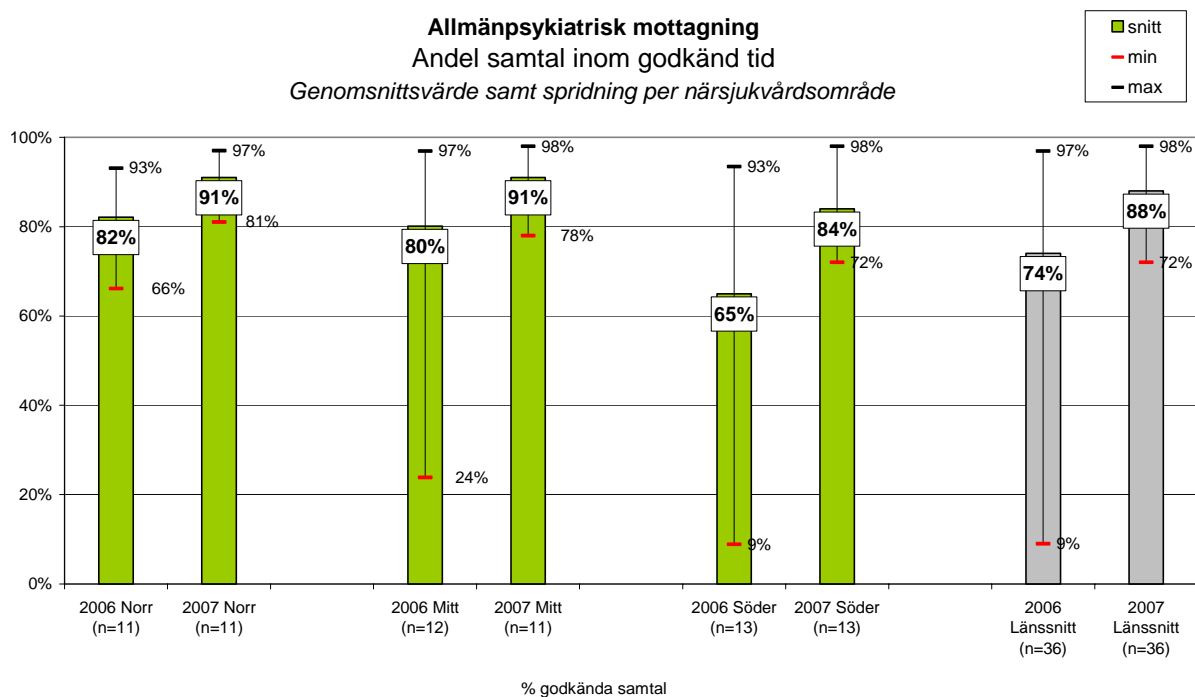
Källa: Telefontillgänglighetsmätningen 2006-2007

Telefontillgängligheten till husläkarmottagningarna har minskat något i norr och söder vid jämförelse med 2006, däremot finns en svag ökning i Stockholms mittområde.



Källa: Telefontillgänglighetsmätningen 2006-2007

Mätningen visar att det är något svårare att komma fram på telefon till närakuterna i Stockholms norra länsdel jämfört med 2006 medan tillgängligheten har ökat något i mittområdet och den södra länsdelen.



Källa: Telefontillgänglighetsmätningen 2006-2007

Telefontillgängligheten har ökat inom samtliga geografiska områden sedan förra året. En viss skillnad kvarstår, söder har en sämre tillgänglighet än övriga länsdelar, dock inte lika stor som vid förra mätningen

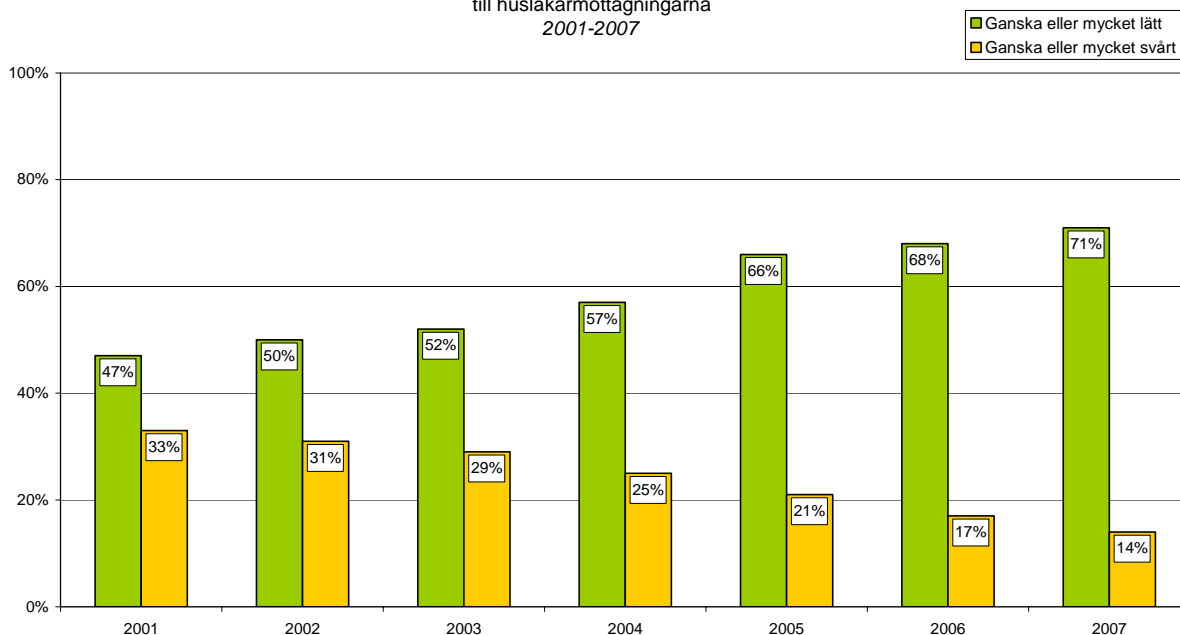
### 3.1.5 Ägandeform

Användningen av telefonfonisystem skiljer sig åt mellan privat och offentlig vård. Flertalet privata mottagningar (70 %) använder sig av direktsvar eller köfunktion, medan motsvarande andel av de offentligägda mottagningarna använder sig av återuppringningssystem.

En analys av skillnader i tillgänglighet till följd av olika telefonsystem går inte att göra, då det som det beskrivs i effektproblemavsnittet skiljer sig åt i kraven på tillgänglighet enligt dessa system.

I telefontillgänglighetsmätningen finns det ingen påtaglig skillnad i den genomsnittliga telefontillgängligheten mellan privata och offentliga. Av de 19 husläkarmottagningar som har nått målnivån 95 %, eller högre andel, godkända samtal är endast två offentligägda. Att det ändå inte finns någon markant genomsnittlig skillnad beror på att spridningen av de med hög respektive låg telefontillgänglighet är lika stor mellan privat- och offentligägda husläkarmottagningar.

Andel i befolkningen  
som ringt och som tycker det är lätt resp svårt att komma fram på telefon  
till husläkarmottagningarna  
2001-2007



Källa: Vårdbarometern 2007

Nöjdheten med telefontillgängligheten har ökat över tid. År 2007 ansåg 71 % att det var ganska eller mycket lätt att komma fram på telefon till husläkaren jämfört med 68 % 2006

### 3.1.6 SOS alarm och Ambulanser

Under perioden januari – september 2007 har 99 000 ambulansuppdrag, 4 200 akutbilsuppdrag och 1 250 helikopteruppdrag inkommit. Av de 99 000 ambulansuppdragen gick 87 % till akutsjukhus och 2 % till annan vårdinrättning.

I de nya avtalet med SOS Alarm står angivet att vid 112 samtal skall i 90 % av normalfallet ha en svarstid på högst 8 sekunder. I de fall det inte finns ett ambulansbehov ska samtal överkopplas till vårdguiden för råd eller hänvisning. Nya telefonlinjer och nya rutiner har skapats för att främja denna samverkan. Då systemet är tämligen nytt är det i nuläget svårt att få fram statistik.

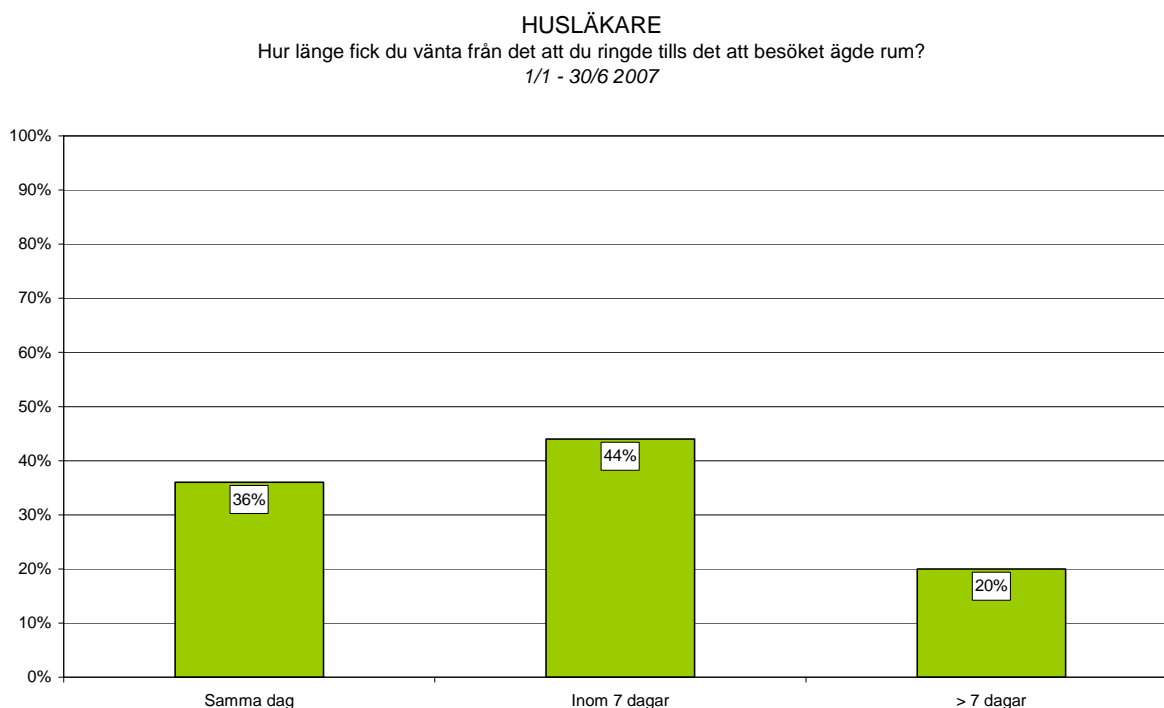
## 3.2 Väntetid till mottagning (M2)

Primärvården ska erbjuda patienter efter kontakt ett läkarbesök (om det behövs) inom högst fem dagar. Inom den specialiserade vården ska ett besök (om det behövs) erbjudas inom högst 30 dagar efter beslut om remiss/vårdbegäran.

### 3.2.1 Besök till husläkarmottagning

I avtalen framgår att husläkarmottagningarna ska följa för landstinget gällande vård- och besöksgarantier. Den nationella vårdgarantin anger att patienten vid behov ska erbjudas en besökstid till husläkarverksamheten inom fem dagar.

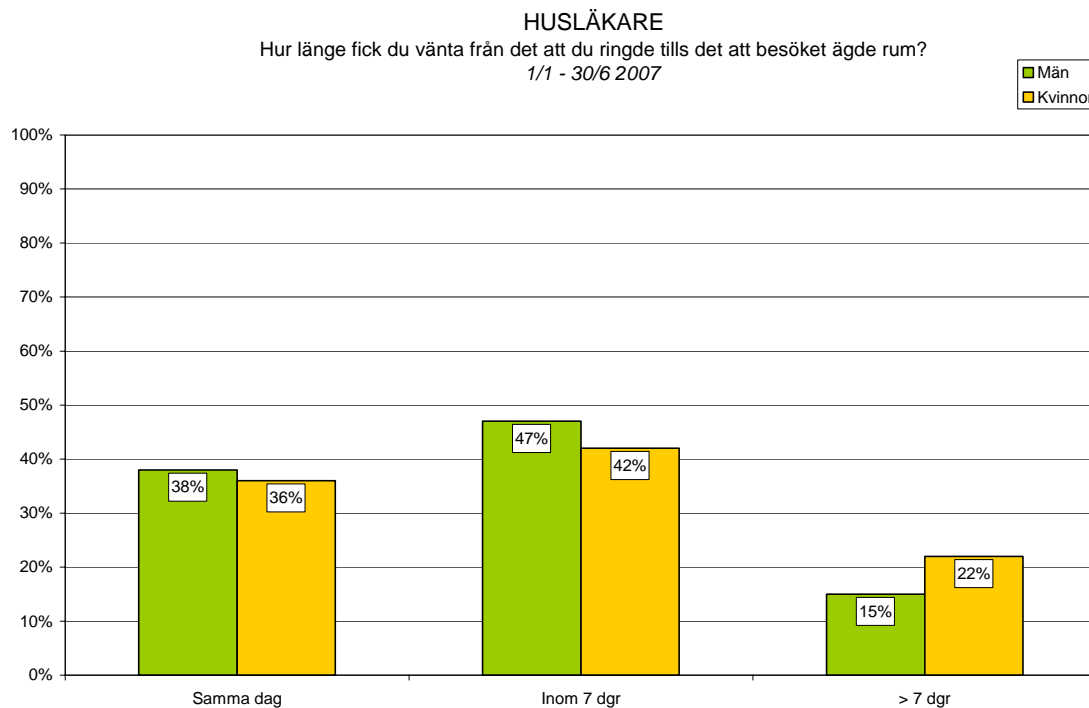
Patienternas upplevelse av tillgängligheten mäts via Vårdbarometern. I nedanstående diagram redovisas hur de patienter som tillfrågats uppger att de upplever tillgängligheten till sin husläkarmottagning.



Källa: Vårdbarometern 2007

36 % av de tillfrågade uppger att de fick komma på besök hos husläkare samma dag och 80 % inom sju dagar. Detta är en svag ökning i jämförelse med 2006.

### 3.2.2 Är tillgängligheten jämlik?



Källa: Vårdbarometern 2007

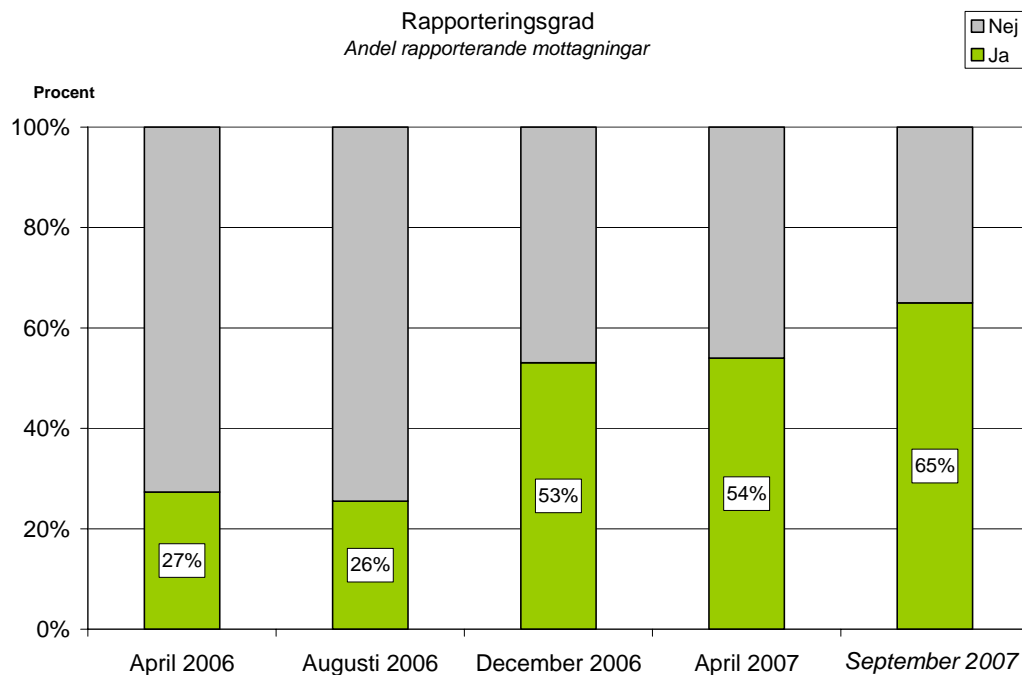
Vid en fördelning av resultatet mellan män och kvinnor uppger 85 % av männen att de fick komma inom sju dagar medan 78 % av kvinnorna uppger att de fick komma på besök hos husläkare inom sju dagar. Detta är en ökning med sex procentenheter sedan föregående mätning för männen men oförändrat för kvinnorna.

Upplevelsen om väntetiden var rimlig eller inte skilde sig inte signifikant mellan könen. 80 % av de tillfrågade ansåg att väntetiden var rimlig.

### 3.2.3 Besök på specialistmottagningar

Antalet väntande patienter till mottagningar inom den specialiserade vården följs inom ramen för den nationella vårdgarantin. Uppgifterna rapporteras månatligen bland annat till den nationella väntetidsdatabasen. Sedan september följs i Stockholms län de antal patienter som väntar mer än 30 dagar till mottagningsbesök. Som nämndes i avsnittet kring effektproblem är ett problem det stora bortfall av data pga att vårdgivare inte rapporterar in trots krav i avtal.

Orsaker till att vårdleverantörer inte redovisar är flera. Det kan vara såväl tekniska problem som att vårdgivarna inte prioriterar rapporteringen. Alla vårdgivare erbjuds att rapportera uppgifter via manuell enkät.



Källa: CVR och enkät Sept 2007

Rapporteringsgraden har kontinuerligt ökat sedan april 2006 och var 65 % i september 2007.

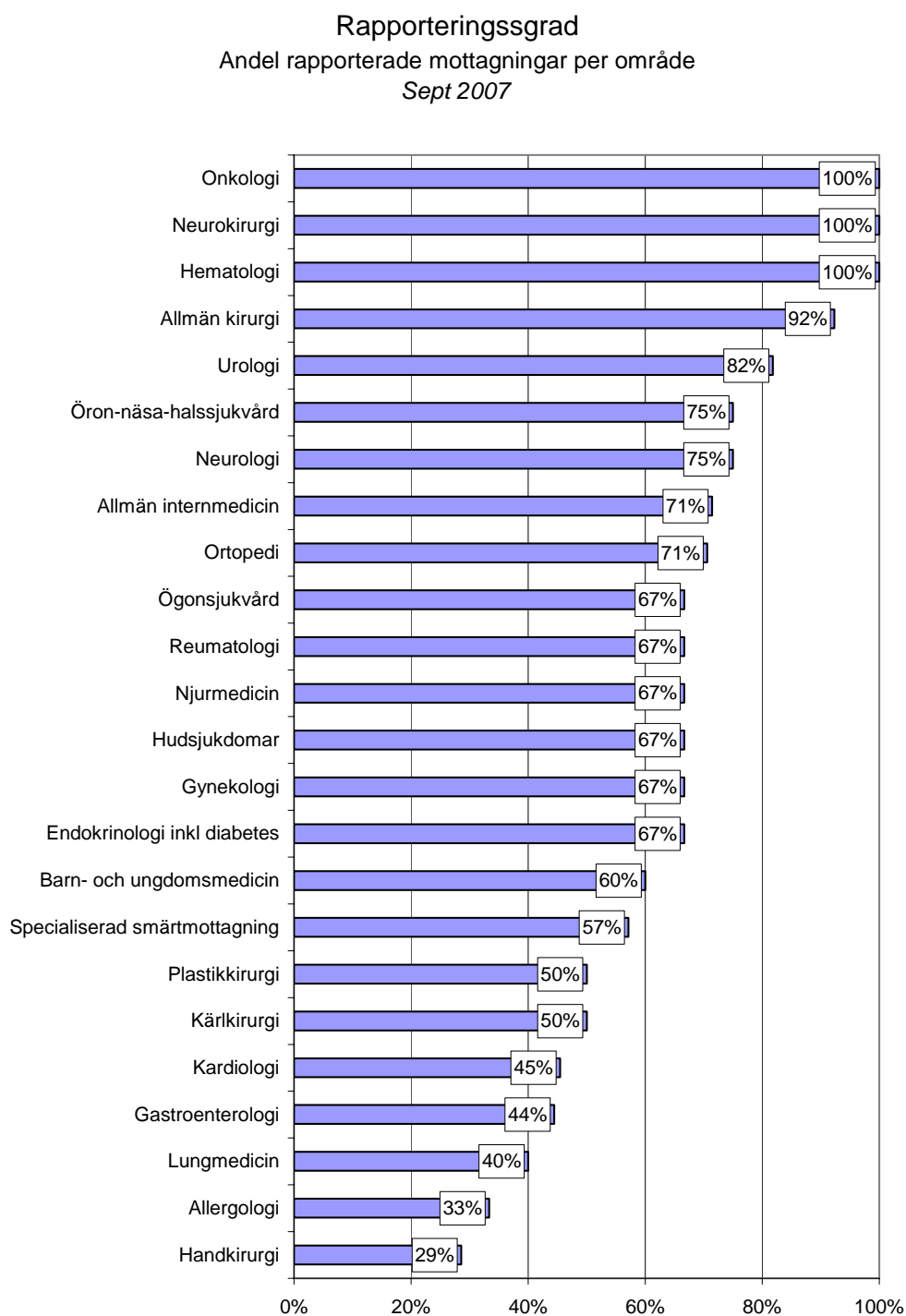
De två följande diagrammen visar på redovisningsgraden utifrån två perspektiv. Den ena redovisar respektive vårdgivare. Flera av vårdgivarna har flera mottagningstyper av vilka de redovisat endast en delmängd. Den andra är andelen utifrån mottagningsspecialitet, vilket visar andelen mottagningar för respektive specialitet som har redovisat.

Vårdgivare	Andel rapporterande	Antal aktuella mottagningar	Rapporterande mottagningar
Capio Arthro Clinic	100%	1	1
Globen Ögonklinik	100%	1	1
Karolinska universitetssjukhuset	100%	21	21
S:t Eriks ögonsjukhus	100%	1	1
Handens Speciallistvård	88%	8	7
Täby närsjukhus	88%	8	7
Ersta Närsjukvård, Specialistmottagning,	83%	6	5
Ersta sjukhus	80%	5	4
Norrtälje sjukhus	75%	12	9
Södertälje sjukhus	73%	11	8
Nacka Närsjukhus	71%	14	10
Sabbatsbergs närsjukhus	71%	7	5
Södersjukhuset	67%	18	12
Järva Närsjukhus	60%	5	3
S:t Görans sjukhus	45%	11	5
Danderyds sjukhus	44%	16	7
Capio S:t Göran	0%	1	0
Europakliniken	0%	1	0
Aleris FysiologLab	0%	3	0
Stockholms Gynekologiklinik	0%	1	0
Högdalens Öron-Näsa-Halscenter	0%	1	0
Ortopediska Huset	0%	2	0
Ortoped-kirurgiskt centrum	0%	2	0
Ryggkirurgiska kliniken, Strängnäs	0%	1	0
Skärholmens ÖNH-centrum	0%	1	0
Stockholm Heart Center	0%	1	0
Stockholms Spine Center	0%	1	0
Stockholms ögonklinik (Sophiahemmet)	0%	1	0
UroClinic Stockholm	0%	1	0
<b>Totalt</b>	<b>65%</b>	<b>162</b>	<b>106</b>

Källa: CVR och enkät Sept 2007

Av ovanstående diagram framgår att det finns ett stort bortfall i rapporteringen hos vissa vårdgivare. 14 vårdgivare har 0 % rapporteringsgrad och endast fyra har en 100 %-ig rapporteringsgrad. Det är främst bland de privata specialisterna som bortfallet är störst. Den totala rapporteringsgraden är 65 %.

Nedanstående diagram visar rapporteringsgraden per specialitet.



Källa: CVR och enkät Sept 2007

Diagrammet visar att redovisningsgraden varierar från 29 % till 100 %. Detta gör att antal väntande ej tillfredsställande kan bedömas inom de specialiteter där redovisningsgraden är låg

### 3.2.4 Hur många patienter väntar på besök vid specialistmottagning?

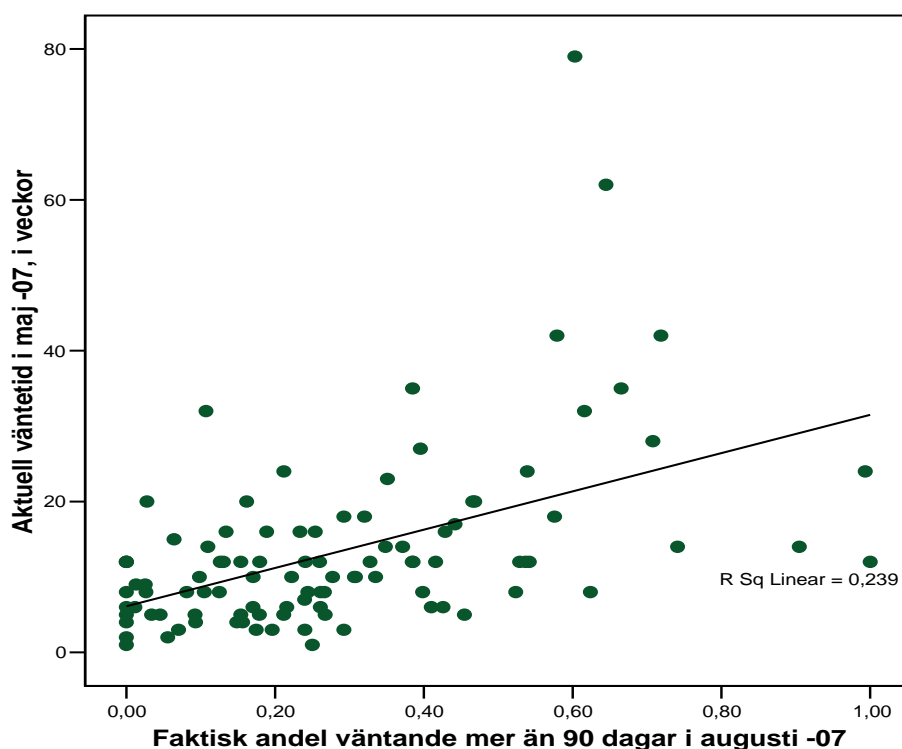
Varje månad sammanställs och redovisas det totala antalet väntande och väntande mer än 90 dagar till specialistvårdsmottagning. Uppgifterna överförs till den nationella väntetidsdatabasen på SKL. Sedan september sker även uppföljning av de patienter som väntat mer än 30 dagar internt inom SLL.

Antalet väntande patienter har ökat i våra register sedan majmätningen. Med anledning av tidigare redovisning av brister i rapporteringsgrad vet vi inte hur det sanna läget ser ut. En av förklaringarna till ökningen i våra register är att rapporteringsgraden har ökat. Exempelvis har nu Södersjukhuset, som är en vårdgivare med många åtgärder och ett stort antal patienter, inkommit med uppgifter vilket medför att vi nu har en bättre bild över det totala antalet väntande i länet. Trots detta har vi ett stort mörkertal och kan därför inte uttala oss om det faktiska antalet väntande i länet ökat eller minskat.

### 3.2.5 Aktuell väntetid kontra faktisk antal väntande mer än 90 dgr

I Vårdmarknad uppger vårdgivaren den aktuella (prognostiserade) väntetiden. Underlaget läggs ut på Vårdguiden för att patienter och vårdgivare ska kunna söka sig dit där det är kortast väntetid. För att kvalitetssäkra uppgifterna innan de redovisades i denna rapport gjordes en korrelationsanalys mellan antalet uppgivna veckor i maj och andelen väntande mer än 90 dagar i augusti. Den vårdgivare som i maj uppger att de har en aktuell väntetid som understiger tolv veckor i juni så borde de i augusti inte ha några patienter som väntat mer än 90 dagar.

#### Mottagning



Pearsons  $r=0,489$

Signifikansnivå=0,000

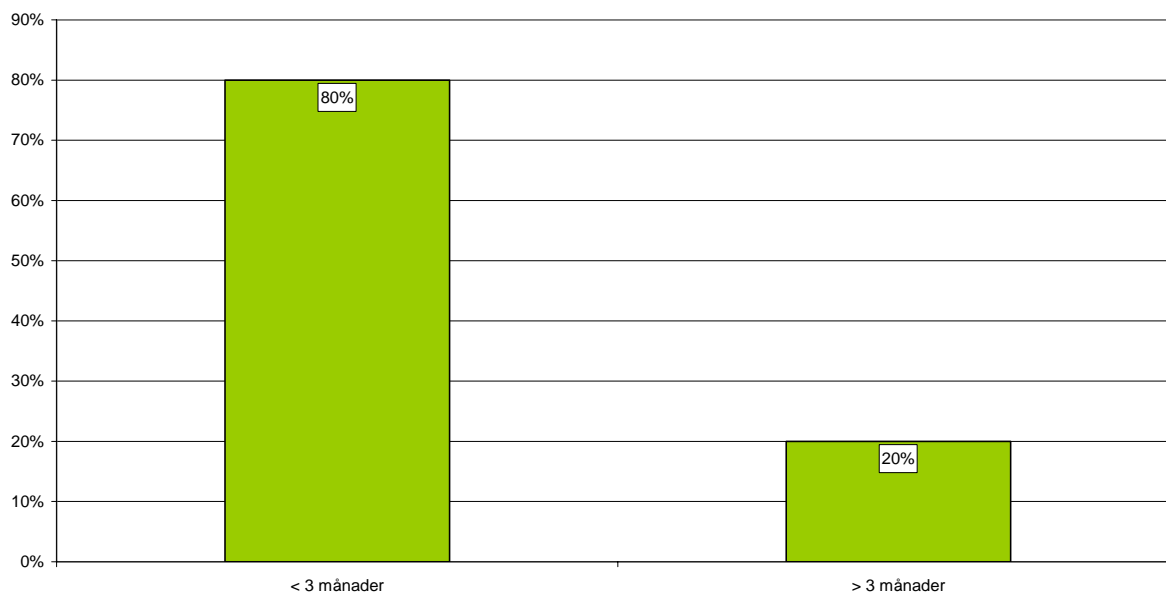
Det finns ett signifikant samband mellan den uppgivna aktuella vänteläget i maj med faktisk andel väntade mer än 90 dagar i augusti. Trots det syns nedan de som i maj uppgett att de klarar vårdgarantin inom 90 dagar men ändå tre månader efter har 37 patienter eller fler som väntat över den nationella vårdgarantigränsen.

<b>Vårdgivare</b>	<b>Mottagning</b>	<b>Antal väntande mer än 90 dagar</b>
Karolinska universitetssjukhuset, Huddin	Öron-näsa-halssjukvård	1313
Täby närsjukhus, Stockholm	Koloskopi	640
Danderyds sjukhus, Stockholm	Allmän kirurgi	534
Danderyds sjukhus, Stockholm	Koloskopi	322
Täby närsjukhus, Stockholm	Gastroskopi	280
Nacka Närsjukhus, Stockholm	Ögonsjukvård	272
Karolinska universitetssjukhuset, Solna	Kardiologi	246
Sabbatsbergs närsjukhus, Stockholm	Ortopedi	209
Södertälje sjukhus	Gynekologi	191
Danderyds sjukhus, Stockholm	Gastroskopi	151
Sabbatsbergs närsjukhus, Stockholm	Handkirurgi	143
Sabbatsbergs närsjukhus, Stockholm	Allmän kirurgi	128
Karolinska universitetssjukhuset, Huddin	Gynekologi	123
Karolinska universitetssjukhuset, Huddin	Kardiologi	88
Karolinska universitetssjukhuset, Huddin	Gastroskopi	83
Nacka Närsjukhus, Stockholm	Allmän internmedicin	82
Ersta sjukhus, Stockholm	Gastroenterologi	81
Karolinska universitetssjukhuset, Solna	Gynekologi	79
Karolinska universitetssjukhuset, Huddin	Koloskopi	68
Karolinska universitetssjukhuset, Solna	Endokrinologi inkl diabetes	67
Karolinska universitetssjukhuset, Solna	Plastikkirurgi	64
Sabbatsbergs närsjukhus, Stockholm	Koloskopi	63
Handens Speciallistvård	Öron-näsa-halssjukvård	61
Handens Speciallistvård	Ögonsjukvård	59
Nacka Närsjukhus, Stockholm	Neurologi	54
Karolinska universitetssjukhuset, Huddin	Barn- och ungdomsmedicin	51
Nacka Närsjukhus, Stockholm	Gynekologi	50
Täby närsjukhus, Stockholm	Allmän kirurgi	46
Karolinska universitetssjukhuset, Solna	Allmän kirurgi	44
Karolinska universitetssjukhuset, Huddin	Njurmedicin	43
Karolinska universitetssjukhuset, Huddin	Endokrinologi inkl diabetes	42
Södersjukhuset, Stockholm	Allmän internmedicin	40
Täby Barn- och ungdomspsykiatriska motta	Barn- och ungdomspsykiatri	38
Karolinska universitetssjukhuset, Solna	Öron-näsa-halssjukvård	38
Södertälje sjukhus	Barn- och ungdomsmedicin	37
Södertälje sjukhus	Koloskopi	37

I tabellen ovan redovisas antalet patienter som väntat mer än 90 dagar till bland annat koloskopiundersökning. Då antalet väntande inom detta område hos vissa vårdgivare är osannolikt stort, kan det inte uteslutas att antalet även innefattar planerade kontrollbesök.

### 3.2.6 Patientens upplevelser av vårdgarantin

Specialistvård  
Hur länge fick du vänta från det att läkaren skrev remissen till du fick besöka mottagningen på sjukhuset?  
1/1 - 30/6 2007



Källa: Vårdbarometern 2007

I befolkningsmätningen uppger 80 % att de fick komma inom 90 dagar till specialistvårdsmottagning vilket är en minskning med fyra procentenheter sedan föregående mätning.

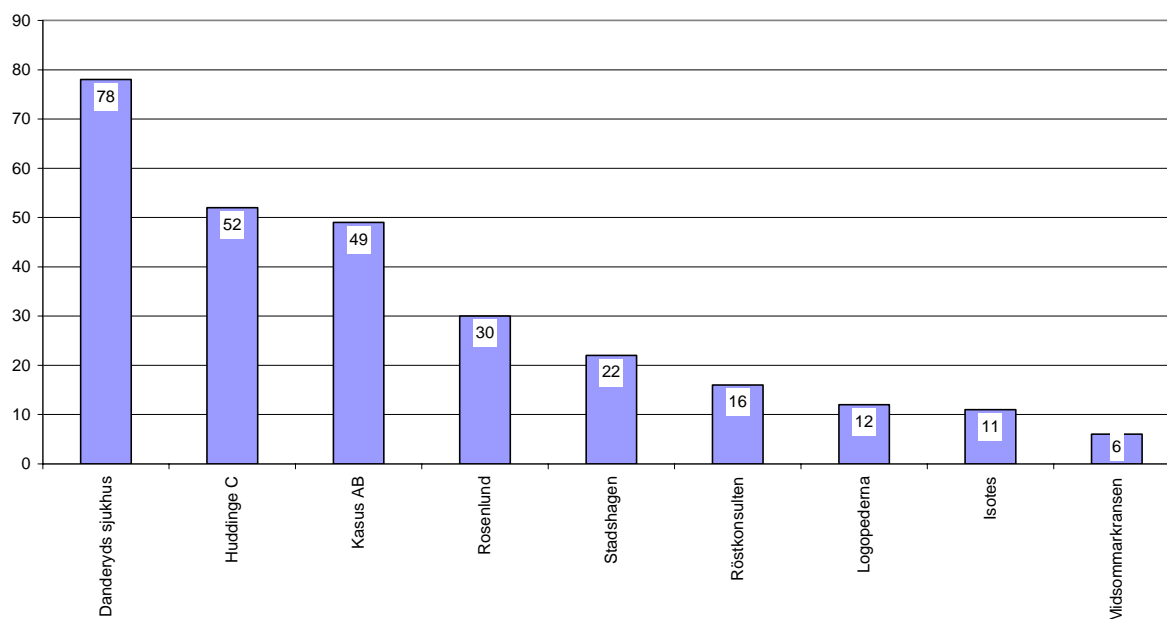
Av de tillfrågade uppger 24% att de anser att väntetiden var rimlig.

### 3.2.7 Dyslexiutredningar

Ingen uppföljning görs av faktisk väntetid till dyslexiutredningar. Den aktuella väntetiden som rapporteras till Vårdmarknad är en uppskattning av den tid en patient kommer att få vänta på ett besök eller en vårdåtgärd. För att mäta den faktiska tillgängligheten måste grunduppgifter om patienter som planeras för en utredning registreras i Centrala väntetidsregistret eller motsvarande system. Det görs inte idag.

Nio vårdgivare har rapporterat aktuell väntetid till dyslexiutredning i Vårdmarknad.

Aktuell väntetid i veckor till dyslexiutredning  
November 2007



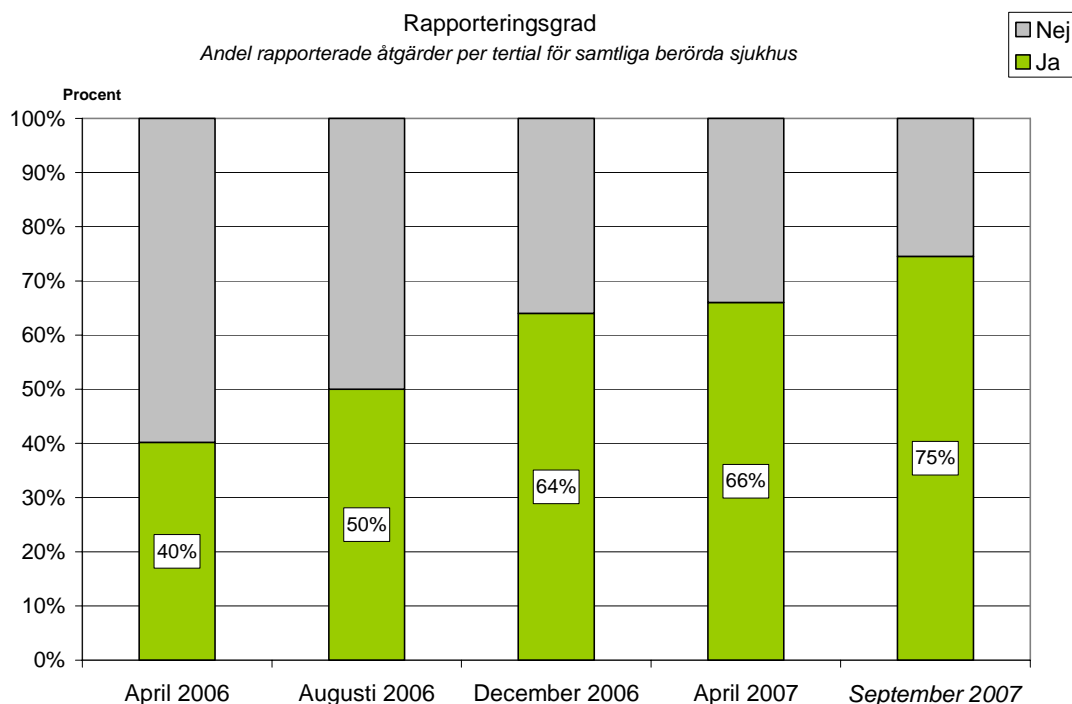
Tre vårdgivare uppger att de kan erbjuda vård inom tre månader. Två vårdgivare anger att de har väntetid på ett år eller mer.

### 3.3 Väntetid till åtgärd (M5)

Vårdgarantin innebär att behandling ska inledas inom högst 90 dagar från det att beslutet om behandling fattats. De åtgärder som följs på nationell nivå redovisas i denna rapport.

#### 3.3.1 Väntetid till åtgärd hos specialist

På samma sätt som vid mätningen av antalet väntande till besök är rapporteringen av antalet patienter som väntar till åtgärd förknippad med stora problem.



Källa: CVR och enkäter Sept 2007

I ovanstående diagram redovisas rapporteringsgraden för åtgärder per tertial. Redovisningsgraden har ökat till 75 % i september jämfört med 66 % i april 2007. Observera att tertial två 2007 inte redovisas utan i stället rapporteringen för september 2007.

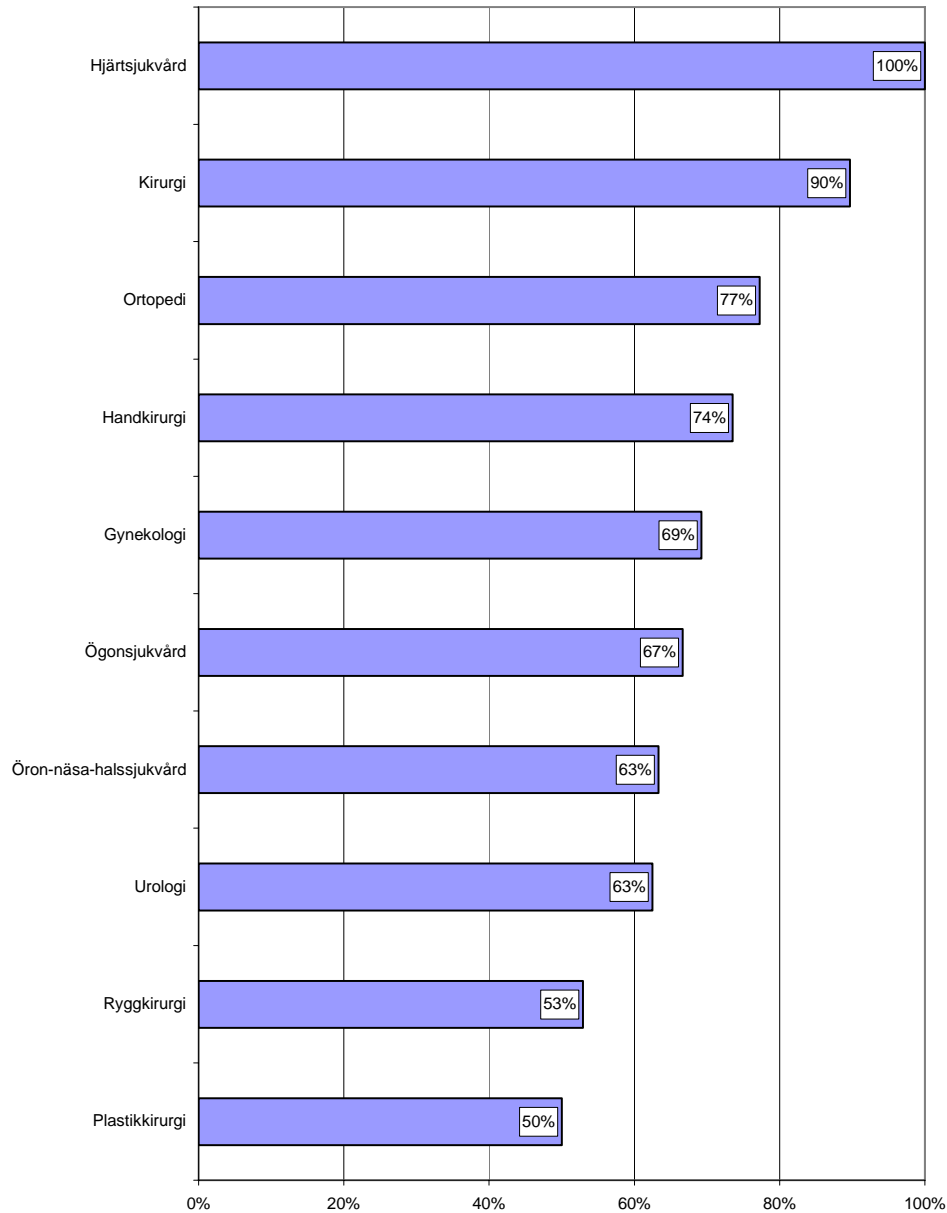
Nedanstående tabell och diagram visar på rapporteringsgraden utifrån två perspektiv. Det ena är redovisningsandel för vårdgivare, dvs utav alla de åtgärder som patienter väntar till och de ska rapportera för, hur många av dessa har redovisats. Det andra diagrammet innehåller information om redovisning utifrån specialitet.

Vårdgivare	Andel rapporterande	Antal aktuella åtgärder	Rapporterade åtgärder
Capio Arthro Clinic	100%	2	2
Europakliniken	100%	1	1
S:t Eriks ögonsjukhus	100%	2	2
Strandvägskliniken	100%	1	1
Södertälje sjukhus	91%	22	20
S:t Görans sjukhus	90%	21	19
Karolinska universitetssjukhuset	90%	40	36
Handens Speciallistvård	88%	8	7
Täby närsjukhus	88%	16	14
Järva Närsjukhus,	86%	7	6
Norrtälje sjukhus	85%	13	11
Danderyds sjukhus	83%	18	15
Sabbatsbergs närsjukhus	83%	18	15
Nacka Närsjukhus	81%	27	22
Södersjukhuset	76%	17	13
Ersta Närsjukvård, Specialistmottagning	70%	10	7
Ersta sjukhus	67%	6	4
Aleris FysiologLab	0%	1	0
Globen Ögonklinik	0%	1	0
Stockholms Gynekologiklinik	0%	3	0
Högdalens Öron-Näsa-Halscenter	0%	2	0
Ortopediska Huset	0%	11	0
Ortoped-kirurgiskt centrum	0%	4	0
Ryggkirurgiska kliniken, Strängnäs	0%	2	0
Skärholmens ÖNH-centrum	0%	3	0
Stockholms Spine Center	0%	2	0
Stockholms ögonklinik (Sophiahemmet)	0%	1	0
UroClinic Stockholm	0%	1	0
<b>Totalt</b>	<b>75%</b>	<b>260</b>	<b>195</b>

Källa: CVR och enkäter Sept 2007

Av de 17 vårdgivare som rapporterar är det endast fyra som rapporterar till 100 %. Vid mätningen i september är det fortfarande 12 vårdgivare som inte rapporterar några åtgärder, däribland finns tre stora leverantörer inom ortopediområdet.

**Redovisningsgrad**  
Andel rapporterade åtgärder och sjukhus per område  
Sept 2007



Källa: CVR och enkät sept 2007

Hjärtsjukvården är det enda område som har fullständig redovisningsgrad, följt av kirurgin med 79 %. Övriga mottagningar har alla under 70 % redovisningsgrad. Precis som vid mätningar av antalet väntande till mottagning belyses inte hur stor täckning av alla patienter som väntar inom respektive område som rapporteras. Ovanstående illustration visar endast om man överhuvudtaget rapporterat något.

### 3.3.2 Totala antalet väntande och väntande mer än 90 dagar till åtgärd/behandling

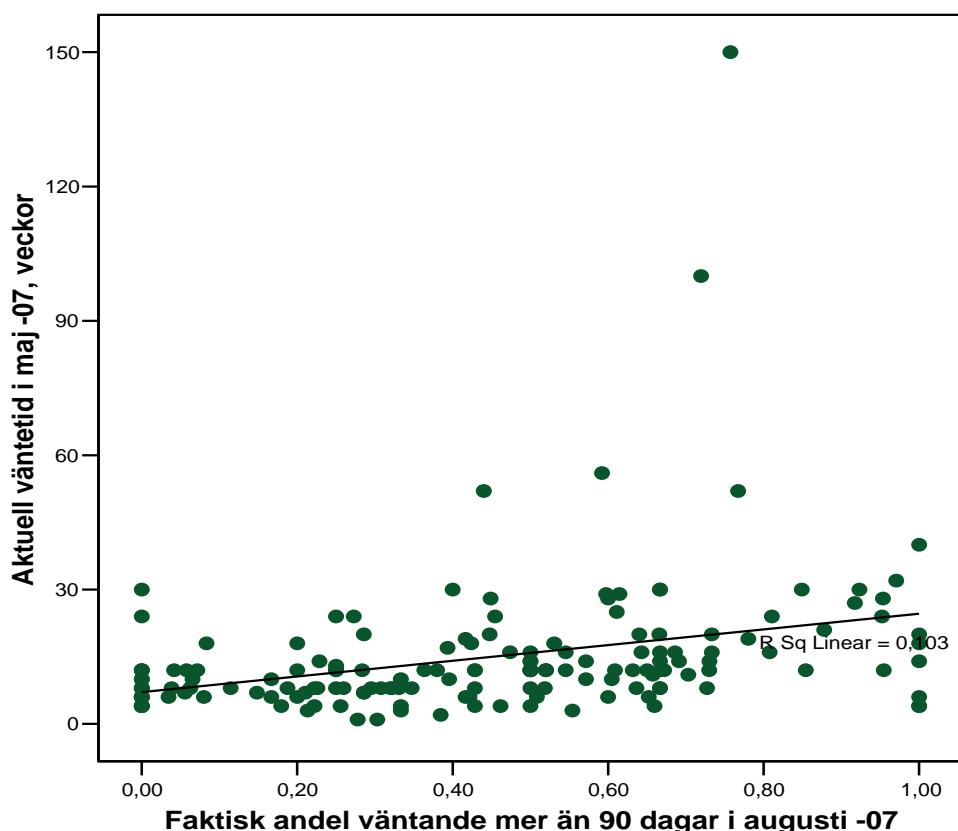
Inom de flesta åtgärdsområden har endast marginella förändringar skett avseende andelen patienter som väntat mer 90 dagar i förhållande till augustimätningen. En markant ökning har dock skett av såväl antalet väntande som andelen som väntat mer än 90 dagar till gråstarrsoperation. Antalet väntande mer än 90 dagar har fördubblats sedan majmätningen. På motsvarande sätt har rapporteringsgraden fördubblats. Dessutom har det konstaterats felaktig rapportering från vårdgivare med manuella underlag. Sammantaget kan inga slutsatser dras av de underlag som analyserats.

Inga patientenkäter eller befolkningsmätningar görs gällande väntetider till behandling och åtgärd.

### 3.3.3 Aktuell väntetid

En motsvarande sambandsanalys som till mottagningarna gjordes av uppskattade aktuella väntetider redovisade i Vårdmarknad i maj och utfallet i augusti.

#### Behandling



Pearsons  $r=0,320$

Signifikansnivå= $=,000$

Det finns ett signifikant samband mellan den uppgivna aktuella vänteläget i maj med faktisk andel väntade mer än 90 dagar i augusti. Även här finns det vårdigare som maj uppgett att de klarar vårdgarantin inom 90 dagar men ändå efter tre månader har patienter som väntat över den nationella vårdgarantigränsen.

<b>Vårdgivare</b>	<b>Åtgärd</b>	<b>Antal väntande mer än 90 dagar</b>
Karolinska universitetssjukhuset	Rekonstruktion av bröst efter borttagande av tumör	132
Södersjukhuset	Operation på gallblåsa eller gallgång vid gallsten	86
Danderyds sjukhus	Septumplastik	73
Danderyds sjukhus	Operation av livmoderframfall (prolaps)	71
Sabbatsbergs närsjukhus	Artroskopier i knäled	67
Sabbatsbergs närsjukhus	Operation av ledhinnor och senor	46
Danderyds sjukhus	Operation av urininkontinens hos kvinnor	45
Karolinska universitetssjukhuset	Hörselförbättrande operation	41
Karolinska universitetssjukhuset	Artroskopier i knäled	41
Aleris Hörsel	Utprovning av hörapparat	40
Danderyds sjukhus	Primär ledprotesoperation i höftled	35

### 3.3.4 Väntetider för utprovning av hörapparat

Precis som vid tillgänglighetsmätningen till andra behandlingar är det även inom utprovningen till hörapparater stora brister i rapporteringen.

<b>Vårdgivare</b>	<b>Rapporterat</b>
Aleris Hörsel, Järva	Ja
Aleris Hörsel, Norrtälje	Ja
Aleris Hörsel, Sabbatsberg, Stockholm	Ja
Aleris Hörsel, Södertälje	Ja
Aleris Hörsel, Täby	Ja
Hearing AB, Karlbergsvägen, Stockholm	Ja
Karolinska universitetssjukhuset	Ja
LIC Audio Stockholms city	Nej
LIC Audio Sundbyberg	Nej
<b>Totalt</b>	<b>7 av 11 rapporterande vårdgivare</b>

Källa: CVR och enkät Sept 2007

7 av 11 aktuella vårdgivare redovisar sin tillgänglighet till CVR eller via manuell enkät. Det är en ökning med en vårdgivare sen förra året.

Av det totala antalet patienter som väntar på hörapparatutprovning har 52 % av patienterna hos de redovisande enheterna väntat mer än 90 dagar, med en spridning på 0-87 %.

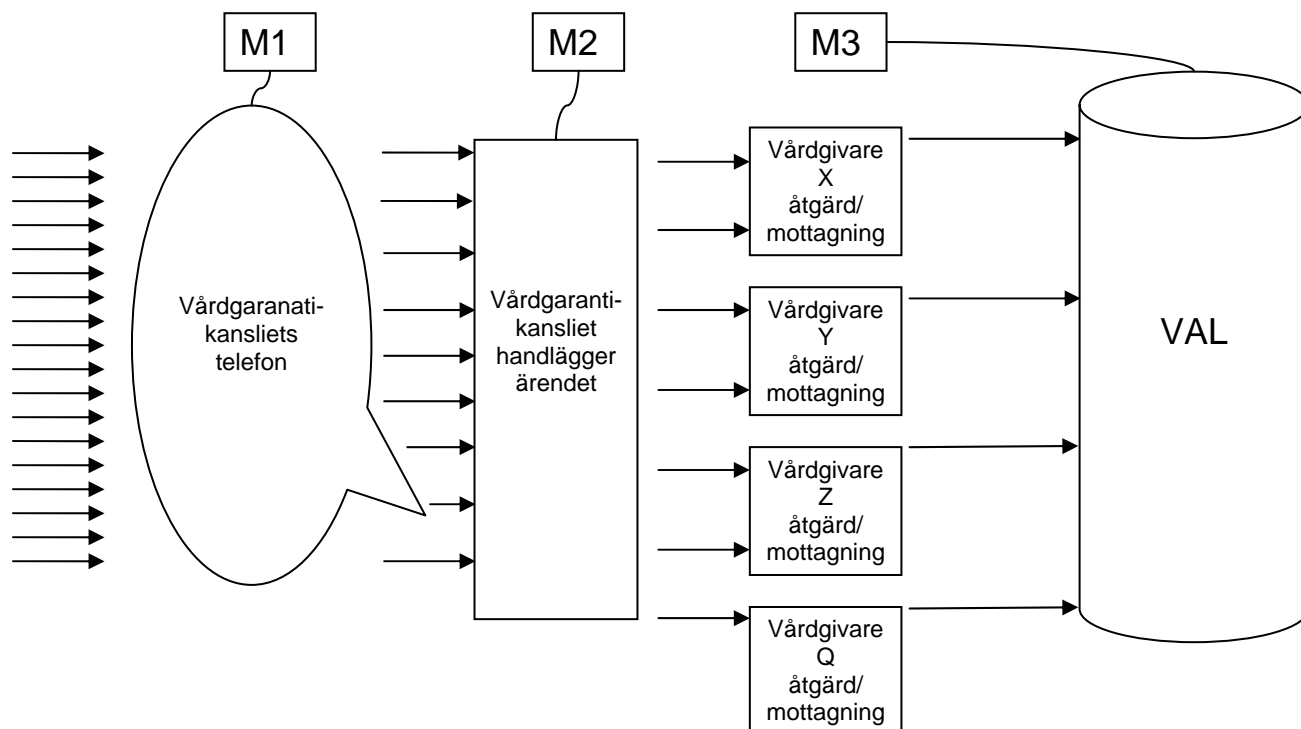
### **3.3.5 Tillgänglighet till vårdgarantikansliet**

När vårdgarantin infördes 2005 inrättades en särskild funktion inom HSN förvaltningen, vårdgarantikansliet. Vårdgarantikansliets uppdrag är att hjälpa de patienter som söker vård hos vårdgivare som inte kan erbjuda vård inom vårdgarantitiden. De patienter som vill åberopa vårdgarantin tar själva kontakt med Vårdgarantikansliet. VG-kansliet hänvisar patienter att själva söka kontakt med eller flytta patienter till vårdgivare med kortare väntetid. I vissa fall skrivs enskilda avtal för en viss patient med en vårdgivare eller så skrivs särskilda vårdgarantiavtal för ett antal åtgärder eller mottagningsbesök hos en eller flera vårdgivare.

Alla vårdgivare inom SLL som har avtal med Stockholms läns landsting ska enligt avtal registrera utförd vård i SLL:s uppföljningsdatabaser (Val). Detta gäller såväl mottagningsbesök, utförda undersökningar som utförda operationer. Vid registrering ska diagnoskod eller sk KVÅ-kod registreras i uppföljningssystemet. Inom SLL finns en mängd privata specialister med sk ARV-avtal. Dessa registreringar identifieras i uppföljningsdatabaserna med särskilda koder.

I denna rapport görs en fördjupad analys av de patienter som tagit kontakt med VG-kansliet mellan 1/1 2007 – 30/6 2007. Uppföljning av utförd vård har skett fram till 30/9 2007. Hypotesen är att samtliga patienter som sökt vårdgaranti första halvåret ska ha fått vård 90 dagar senare.

I analysen har inga medicinska hänsyn tagits vad gäller patienternas hälsotillstånd. Detta innebär i praktiken att vårdgivarna utifrån patienternas hälsotillstånd bedömt att längre väntan för vissa patienter i förhållande till andra inte varit till men för den enskilda patienten. Personal på vårdgarantikansliet har heller inte några journal/remissuppgifter att tillgå i bedömning av patienten. Vårdgaranti åberopas av patienterna själva vilket innebär att registrering av åtgärd sker endast utifrån vad patienterna uppger. Detta kan innebära att patienten bedöms få en annan åtgärd hos vårdgivaren än vad patienten själv uppger sig åberopa vårdgaranti. Den faktiska väntetiden är inte möjlig att uppskatta. Anledningen till detta är att inga tillförlitliga uppgifter om hur länge patienten väntat innan han/hon tog kontakt med vårdgarantikansliet finns. Patienterna uppger själva hur länge de väntat innan kontakt togs. Uppgiften registreras i vårdgarantikansliets system. Vi har valt att inte ta med den väntetiden i analysen då det är en självuppgiven tid som inte kan kvalitetssäkras.



Mätpunkterna avser:

M1 = telefontillgängligheten till vårdgarantiekansliet

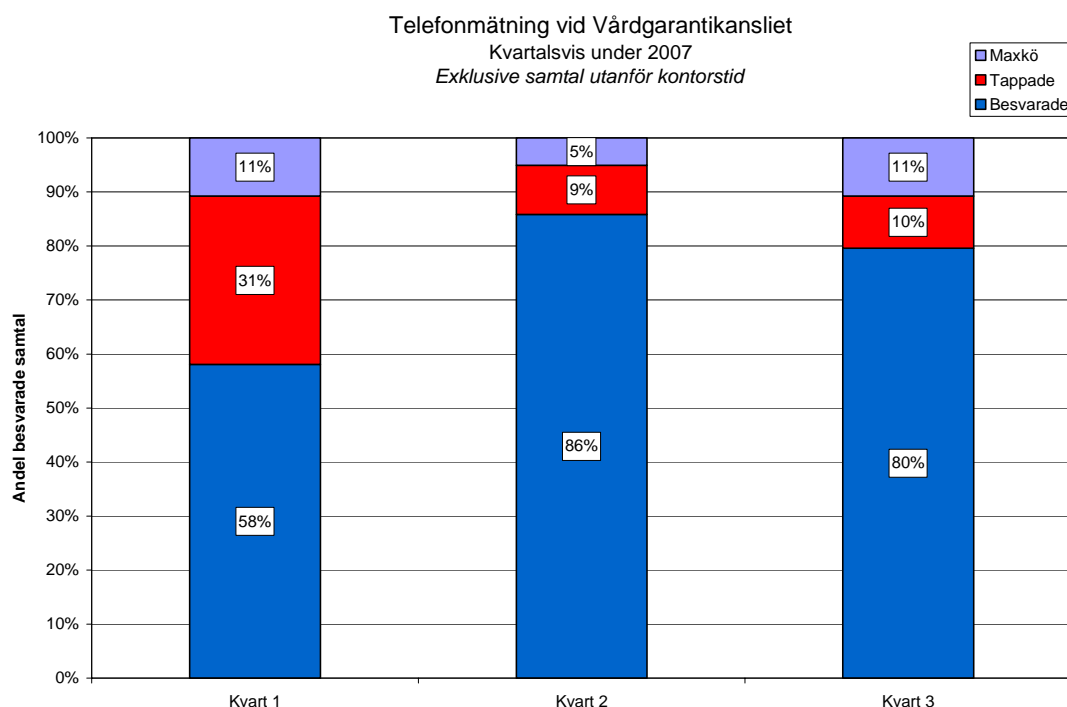
M2 = hur långa handläggningstider har vårdgarantiekansliet för olika åtgärder

M3 = hur lång tid tar det från kontakt med vårdgarantiekansliet till utförd vård hos vårdgivaren.

För att mäta den senare har personer från vårdgarantiekansliets register matchats med uppgifter registrerade i VAL. Detta innebär att denna mätpunkt kan ha två bortfallspunkter. Antingen att patienten inte blivit aktuell för vård hos den aktuella vårdgivaren trots överlämnande eller att vårdgivaren inte registrerar sin utförda vård i VAL.

## M1 Telefontillgänglighet

Vårdgarantikansliets telefontillgänglighet mäts genom uttag av statistik ur telefonväxeln.



Källa Vårdgarantikansliets växelsystem

Totalt under de tre första kvartalen har 19 110 samtal inkommit till VG-kansliet av dessa har 13 467 besvarats av kansliet. Andelen besvarade samtal ökade mellan kvartal 1 och 2 för att åter sjunka något under kvartal 3. Skillnaden är andelen tappade samtal som kvartal 1 uppgick till 31 %. Vid närmare granskning av underlaget kan skillnaden inte förklaras med ökad belastning eller längre medelväntetid. Samtliga tre kvartal är medelväntetiden för besvarande av samtal c:a 4 minuter.

Av de 5 643 samtal som inte besvarats har 303 lagt på inom 10 sek och 2 739 lagt på efter att ha väntat mer än 10 sek, 990 har ringt då kansliet har varit stängt och 1 611 har fått lägga på då det varit fler än 5 som stått i kö.

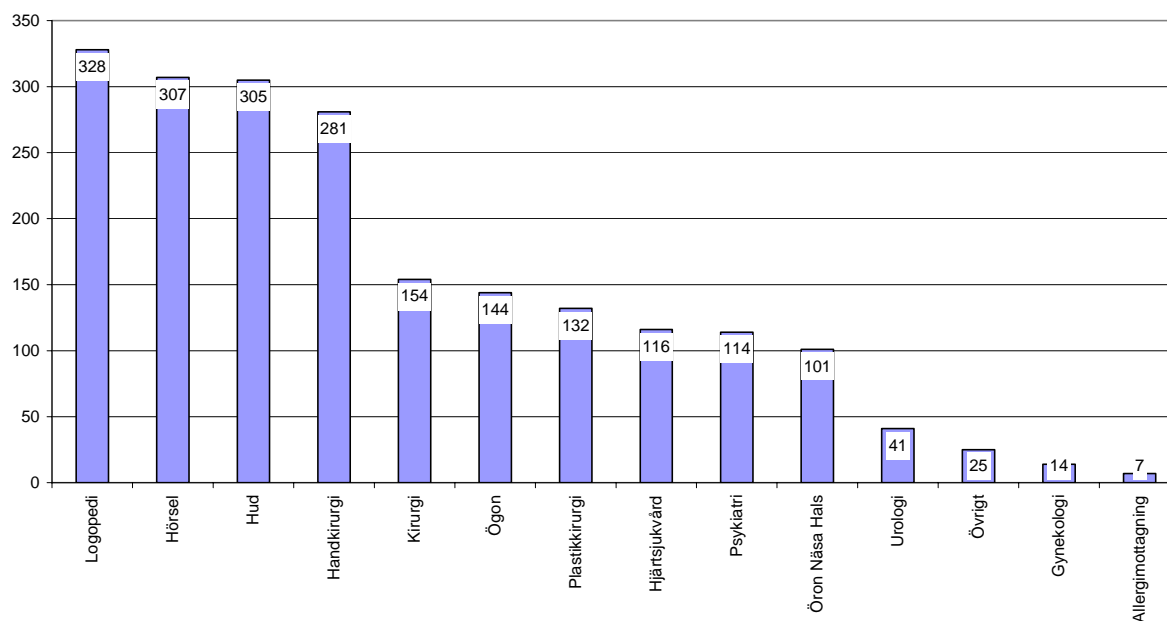
Ett stort antal patienter ringer också på vårdgarantikansliets tjänstemäns direktnummer vilket inte syns i statistiken.

Totalt har 3 971 vårdgarantiärenden registrerats i VG-kansliets system under första halvåret 2007. Av dessa avser 2 296 behandling, 1 265 mottagning och 361 avser undersökningar, 49 ärenden är inte definierade i systemet.

Antalet patienter som har åberopat vårdgaranti för neuropsykiatriska utredningar under första halvåret 2007 redovisas vara 13. Siffran är tyvärr inkorrekt och beror på ett felaktigt uttag ur grundsystemet som det inte har varit möjligt att korrigera. Det verkliga antalet för området som sökt vårdgaranti uppgår till 308 patienter. Neuropsykiatriska utredningar är ett av de största garantiområdena, vilket till stor del beror på bristen på vårdgivare.

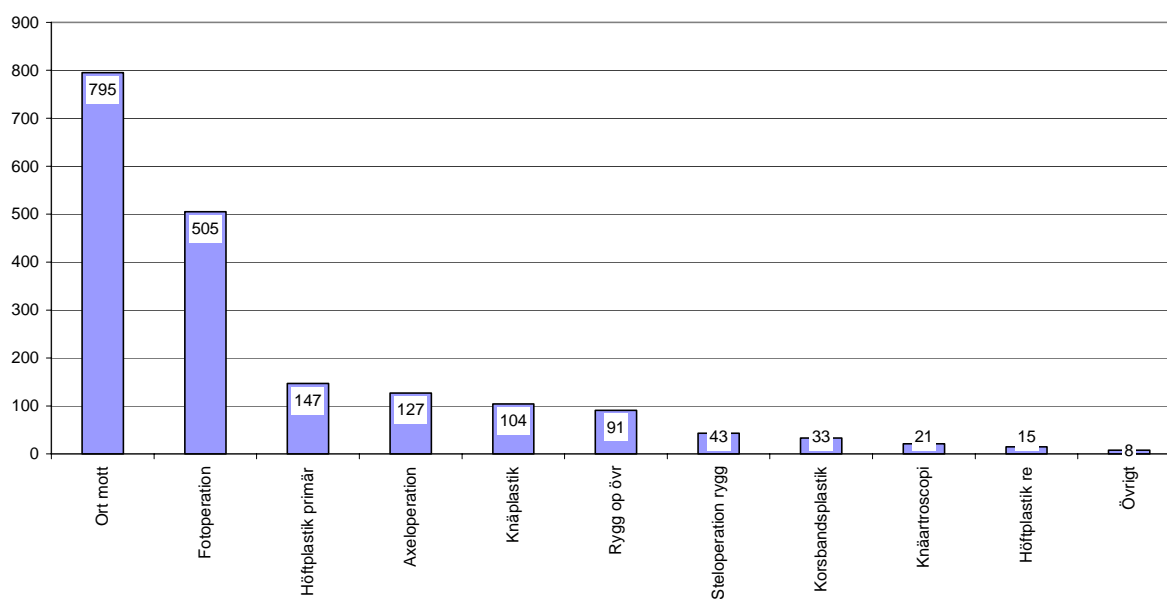
I tabellerna nedan redovisas antalet ärenden fördelat på specialitet. När det gäller ortopediområdet som är i särklass störst har en uppdelning skett på mottagning och åtgärdsområden.

Antal patienter som sökt vårdgarantikansliet  
1/1 - 30/6 2007



Källa: Vårdgarantikansliets registreringssystem

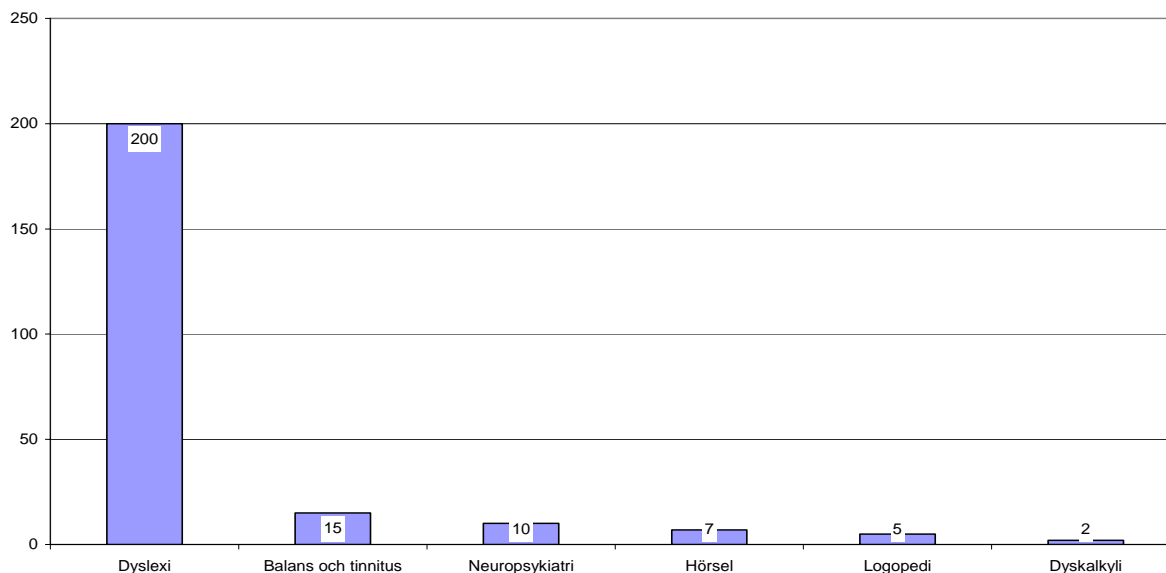
Antal pat som sökt vårdgarantikansliet  
1/1 - 30/6 2007  
Ortopedi



Källa: Vårdgarantikansliets registreringssystem

Den i särklass största gruppen inom vårdgarantin gäller ärenden som avser ortopedi. I övrigt är de största grupperna logopedi, hörsel, hud och handkirurgi.

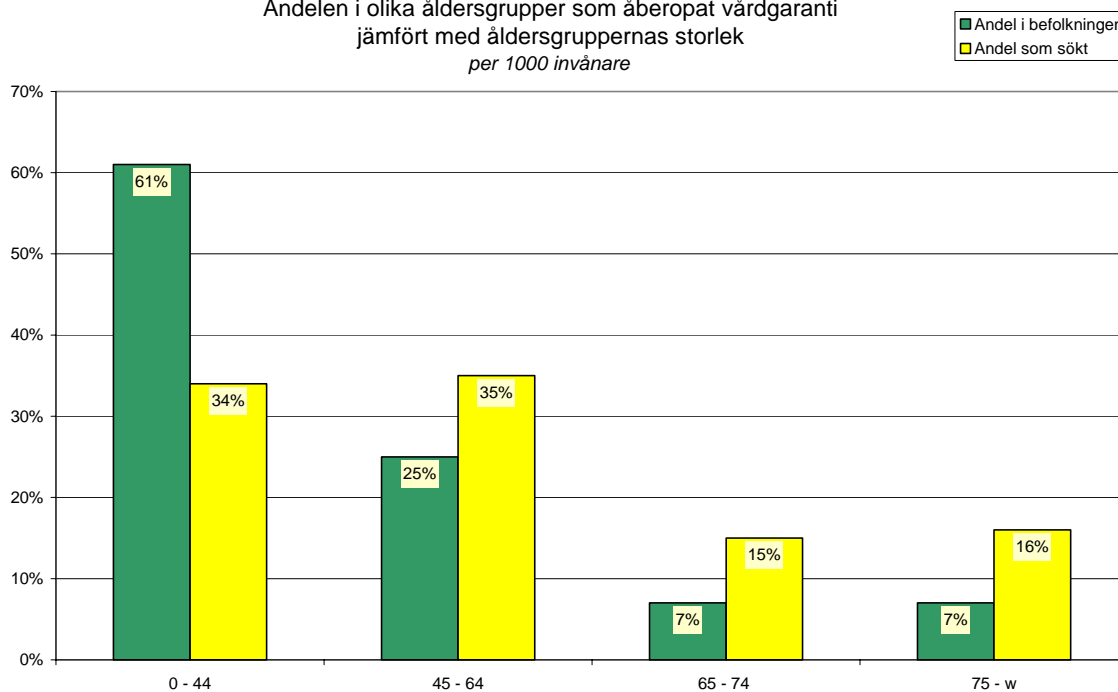
Antal patienter som åberopat vårdgaranti för att komma till utredning  
1/1 - 30/6 2007



Källa: Vårdgarantikansliets registreringssystem

Inom utredningsområdet åberopar den största delen av patienter vårdgaranti till dyslexiutredning.

Andelen i olika åldersgrupper som åberopat vårdgaranti  
jämfört med åldersgruppernas storlek  
per 1000 invånare

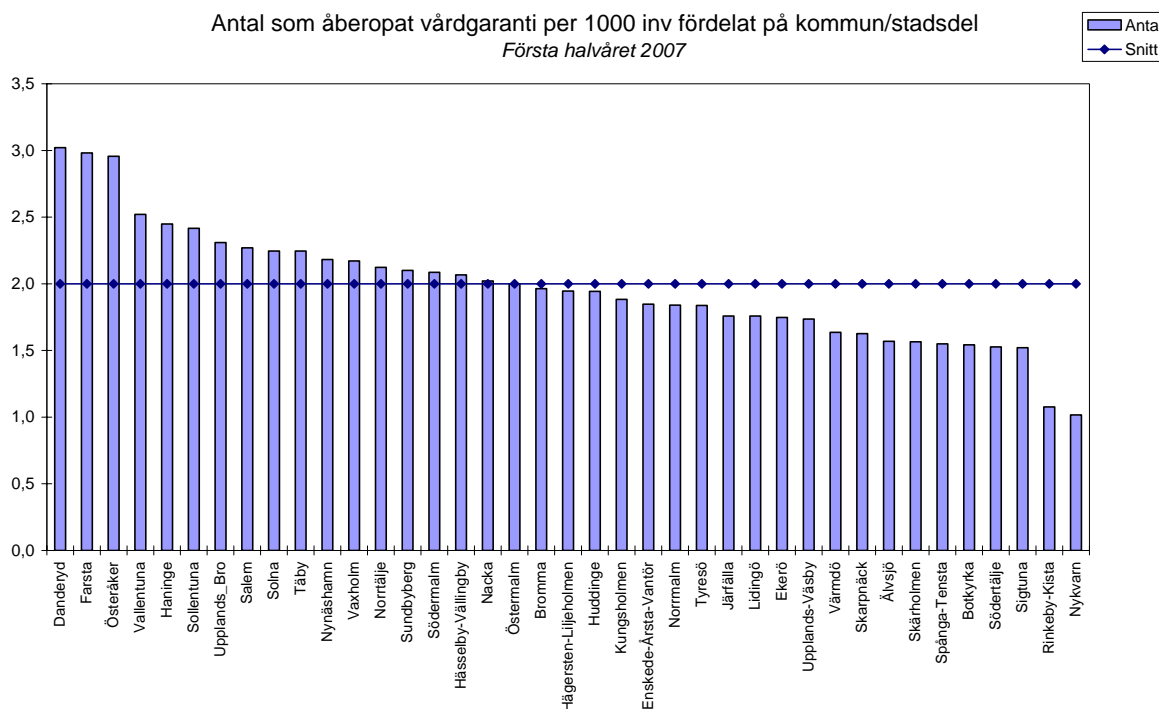


Källa: Vårdgarantikansliets registreringssystem

Tabellen ovan visar att andelen patienter som åberopat vårdgarantin i störst utsträckning tillhör åldersgruppen 75 - w.

Granskning av underlagen visar att kvinnor (59%) i större utsträckning söker sig till vårdgarantikansliet för att åberopa vårdgarantin än män (41%).

### 3.3.6 Geografisk fördelning



Källa: Vårdgarantikansliets registreringssystem

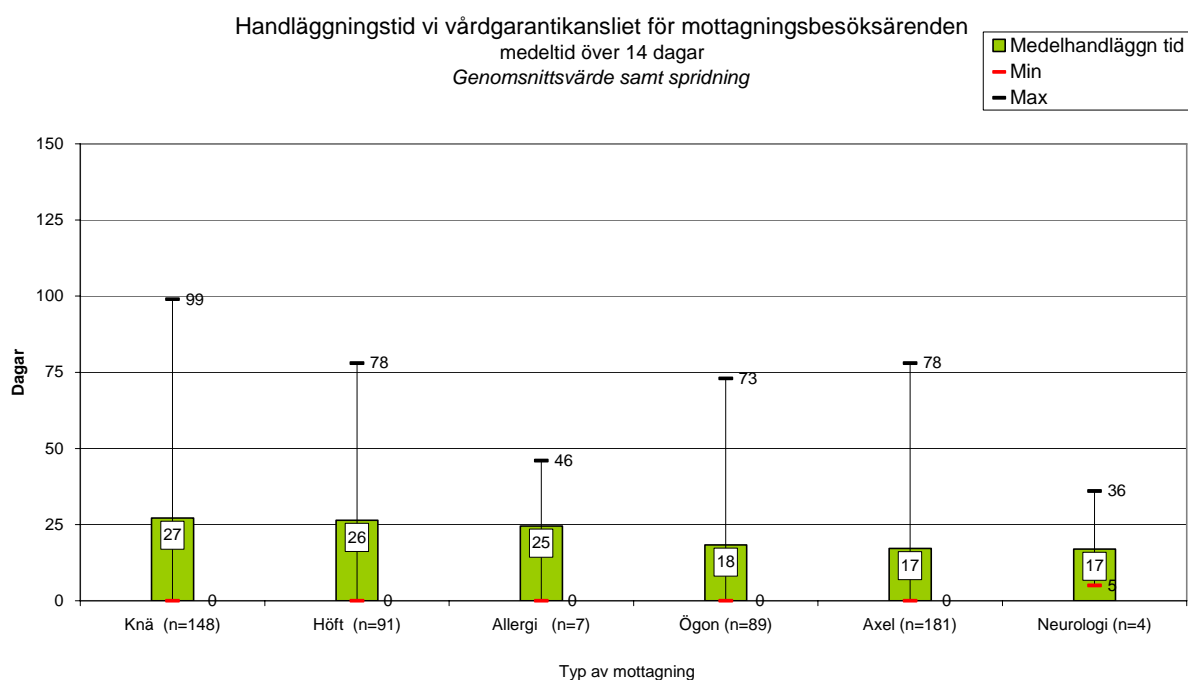
I snitt registreras två ärenden per stadsdel och 1000 invånare i vårdgarantikansliets system. En överrepresentation av antalet registreringar återfinns främst i Farsta, Danderyd och Österåker med tre registreringar per 1000 invånare, däremot finns en underrepresentation i bl a Rinkeby-Kista och Nykvarn med endast en registrering per 1000 invånare.

## M2 Handläggningstid

Från och med det datum patienten tar kontakt med vårdgarantikansliet och återoppar vårdgaranti till det datum då ett uppdrag ges till en ny vårdgivare har i denna rapport betraktats som handläggningstid. Observera att inom vissa delområden är patientantalet mycket lågt. I dessa fall bör resultaten bedömas med försiktighet.

Inom alla delområden redovisas bland annat uppgift om längsta handläggningstid. För patienter med dessa långa handläggningstider föreligger ofta särskilda medicinska skäl eller av patienten särskilt framfört önskemål, som medfört lång handläggningstid.

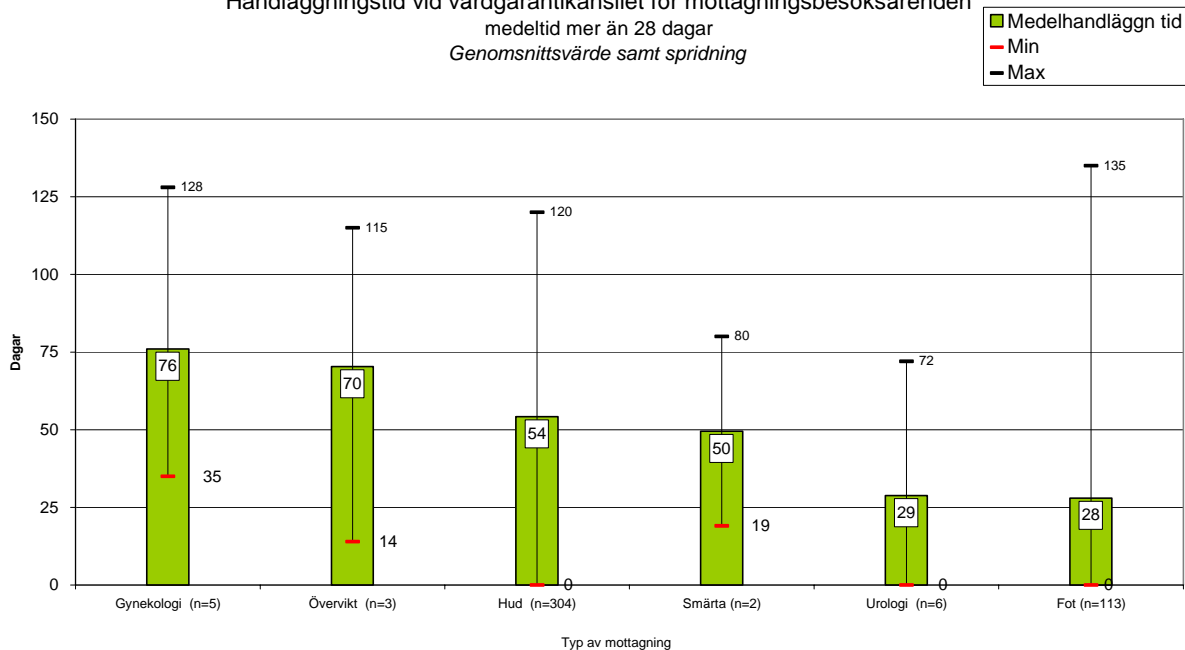
Handläggningstiderna varierar kraftigt för olika specialiteter vilket syns i diagrammen nedan.



Källa: Vårdgarantikansliets registreringssystem

Inom samtliga redovisade områden har handläggningstiden i snitt varit minst 17 dagar från det att patienterna ringde till dess att en ny vårdgivare kunde anvisas av vårdgarantikansliet.

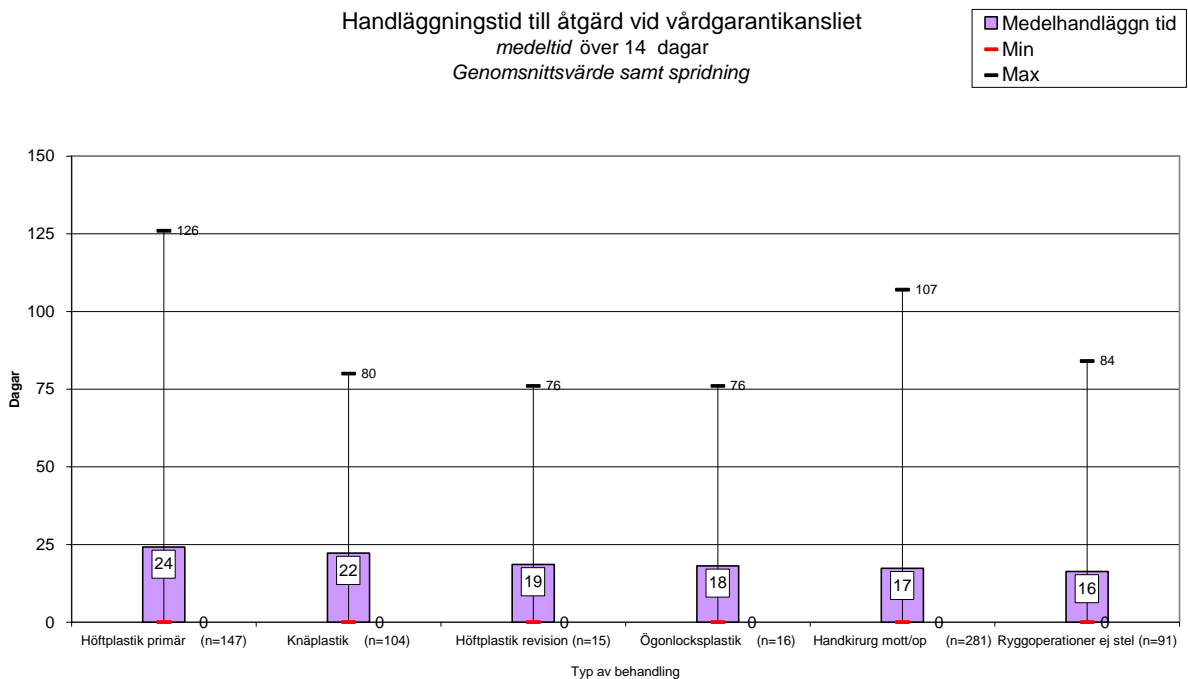
Handläggningstid vid vårdgarantikansliet för mottagningsbesöksärenden  
medeltid mer än 28 dagar  
Genomsnittsvärde samt spridning



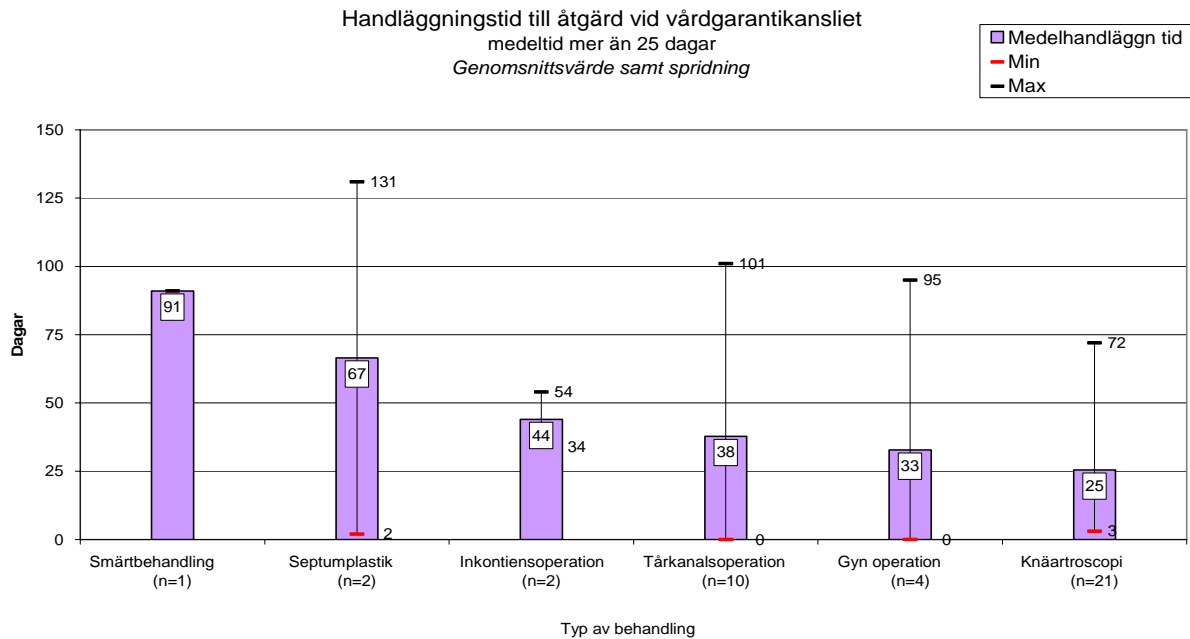
Källa: Vårdgarantikansliets registreringssystem

Samtliga ärenden har i genomsnitt haft en handläggningstid vid vårdgarantikansliet på minst 28 dagar.

Handläggningstid till åtgärd vid vårdgarantikansliet  
medeltid över 14 dagar  
Genomsnittsvärde samt spridning

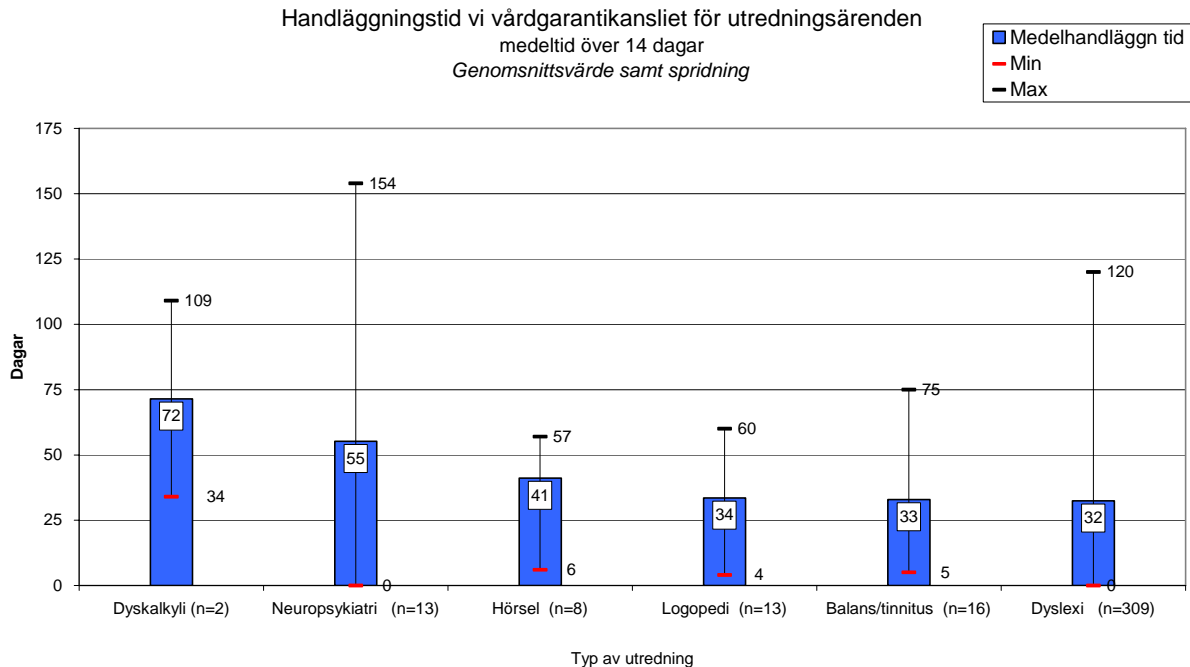


Källa: Vårdgarantikansliets registreringssystem



Källa: Vårdgarantikansliets registreringssystem

De fyra tabellerna ovan visar att handläggningstiden för de olika behandlingarna eller mottagningarna varierar kraftigt. I flera av fallen uppgår handläggningstiden i extremfallen till över 100 dagar.



Källa: Vårdgarantikansliets registreringssystem

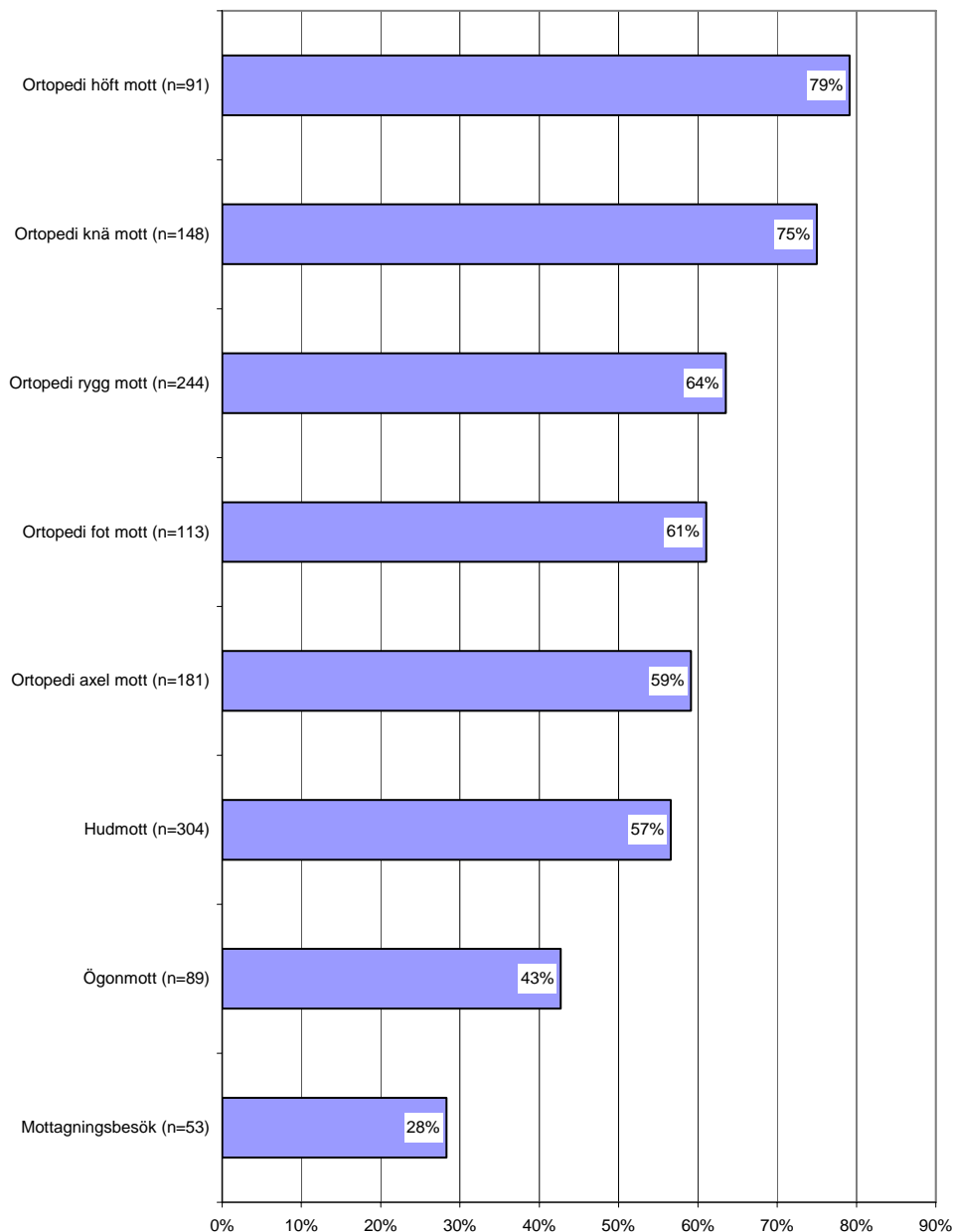
I ovanstående diagram redovisas de patientgrupper som hade en genomsnittlig handläggningstid som var minst 32 dagar. Den maximala handläggningstiden var över 100 dagar i tre av grupperna.

## M3

**Hur lång tid tar det från kontakt med vårdgarantikansliet till utförd vård hos vårdgivaren**

Andel patienter som fått vård efter åberopande av vårdgaranti till mottagningsbesök

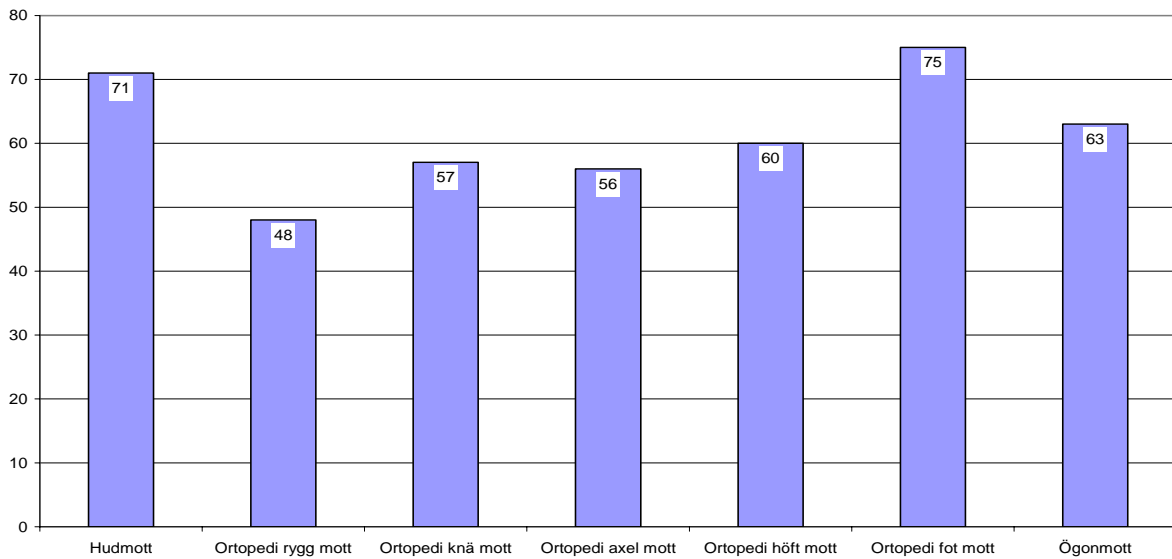
1/1 - 30/6 2007



Källa: Vårdgarantikansliets registreringssystem och VAL

Vid två åtgärdsområden inom ortopedi återfinns över 70 % av patienterna som åberopat vårdgaranti i uppföljningssystemet. Av de patienter som åberopat vårdgaranti till ögonmottagning återfinns mindre än hälften uppföljningsdatabaserna och endast 28 % av de som sökt till mottagningsbesök där specialiteten inte är definierad. Det kan dock inte uteslutas att dessa patienter fått vård men att vårdgivarens registrering av besöket inte gjorts eller varit felaktig så att matchning inte varit möjlig.

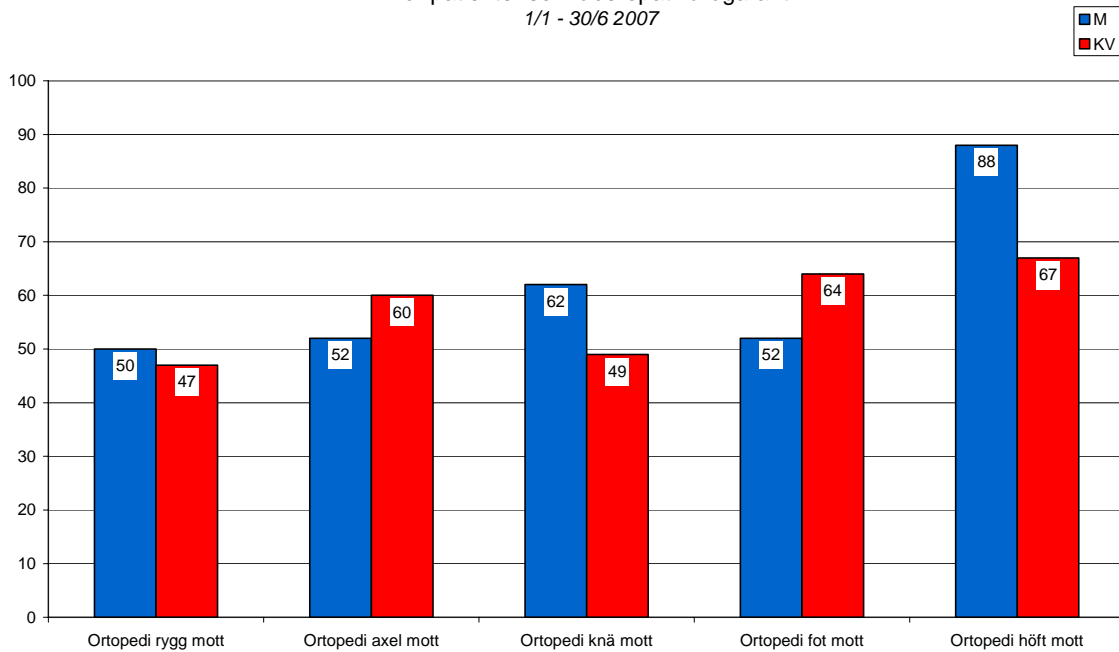
Medelväntetid i dagar till mottagningsbesök för patienter som återopat vårdgaranti  
1/1 - 30/6 2007



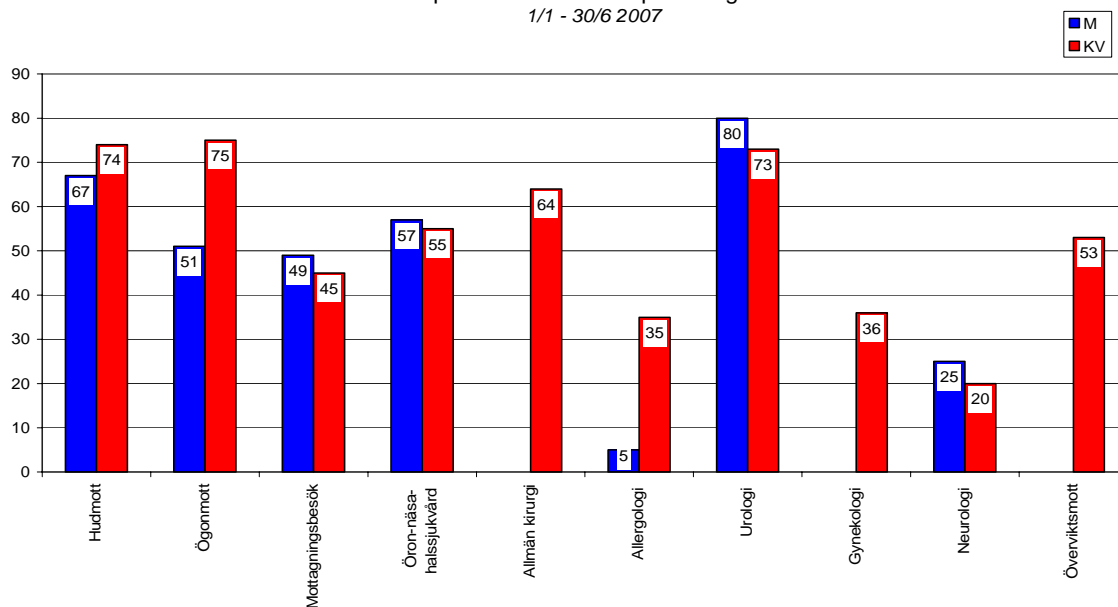
Källa: Vårdgarantikansliets registreringssystem och VAL

I samtliga specialiteter ovan är medelväntetiden till mottagningsbesök mellan 48 och 75 dagar efter det att hänvisning till ny vårdgivare skett vid vårdgarantikansliet.

Medelväntetid i dagar till registrerat mottagningsbesök  
för patienter som återopat vårdgaranti  
1/1 - 30/6 2007



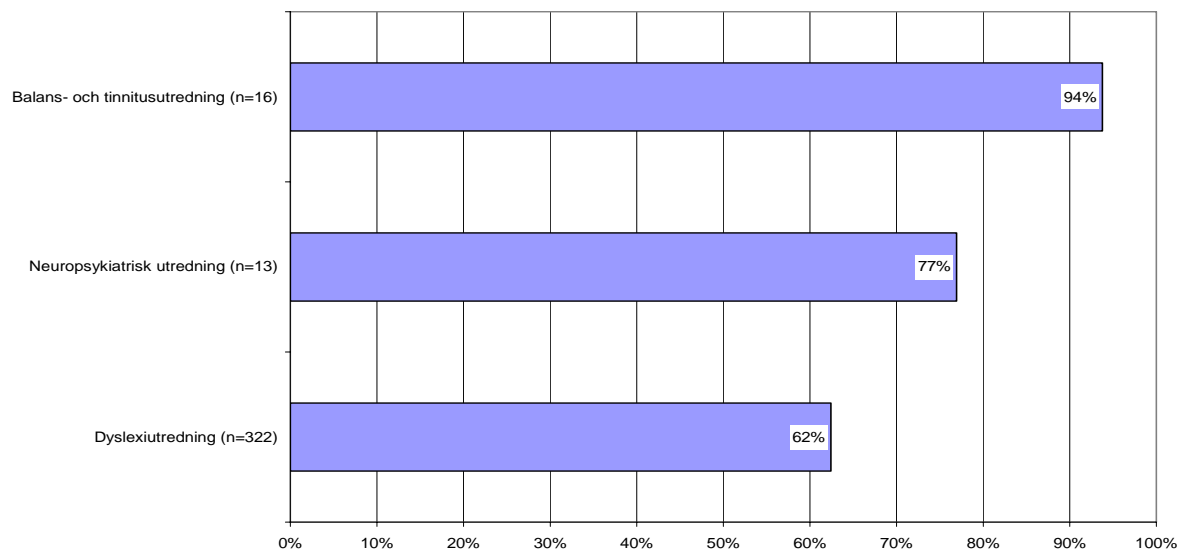
Medelväntetid i dagar till registrerat mottagningsbesök  
för patienter som åberopat vårdgaranti  
1/1 - 30/6 2007



Källa Vårdgarantikansliet registreringssystem och VAL

Diagrammet ovan visar att det inte är några stora skillnader i väntetid för män och kvinnor förutom väntetid till ögonmottagning där medelväntetiden är mer än tre veckor längre för kvinnor än män. Det är svårt att säga mot bakgrund av det begränsade material som har analyserats om detta är en tillfällighet eller om det är faktiska förhållanden.

Andel patientersom fått vård efter åberopande av vårdgaranti avseende mottagningsbesök  
1/1 - 30/6 2007

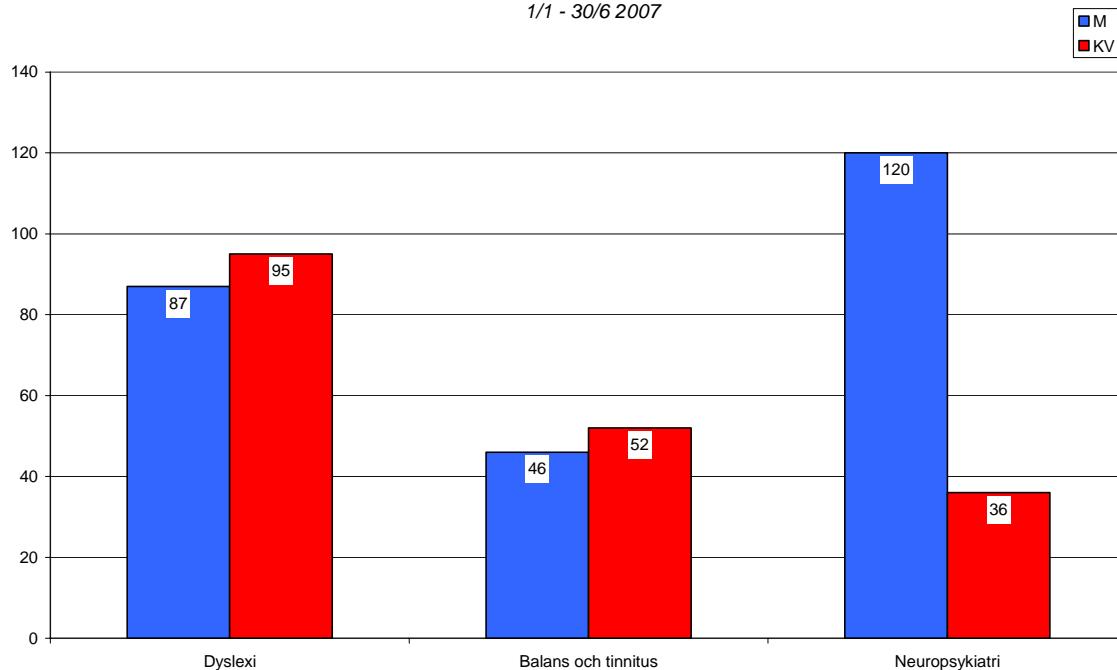


Källa: Vårdgarantikansliets registreringssystem och Val-databaserna

Se kommentar beträffande neuropsykiatriska utredningar sid 36. För dyslexiutredningar med 322 patienter har en matchning kunnat göras på 62 % av de patienter som sökt vårdgaranti.

Medelväntetiden efter det att patienter hänvisas till ny vårdgivare har för patienten varit mellan 51 och 91 dagar beroende på typ av utredning.

Medelväntetid i dagar till påbörjad utredning för patienter som återopat vårdgaranti  
1/1 - 30/6 2007

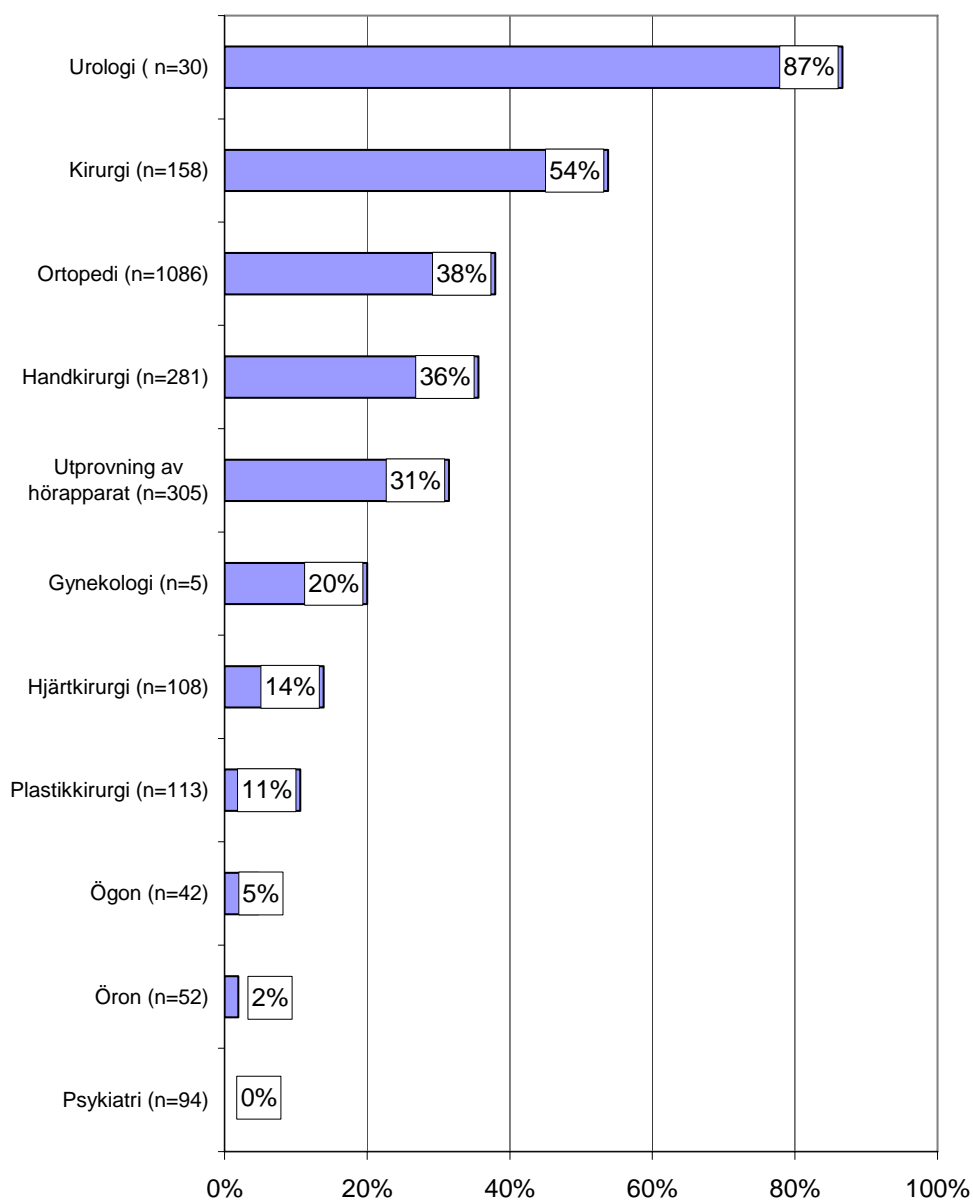


Källa: Vårdgarantikansliets registreringsystem och Val-databaserna

Medelväntetiden till dyslexiutredning och balans samt tinnitusutredning har varit kortare för kvinnor än män, medan det för män har varit väsentligt längre medelväntetid till neuropsykiatrisk utredning.

I tabellen nedan redovisas andelen av patienter som under första halvåret 2007 åberopat vårdgaranti, vilka hänvisats till en ny vårdgivare, för att få en operation eller åtgärd utförd och som registrerats i VAL-databasen.

Andel patienter med registrerad behandling  
av de som åberopat vårdgaranti  
första halvåret 2007  
fördelat på specialitet



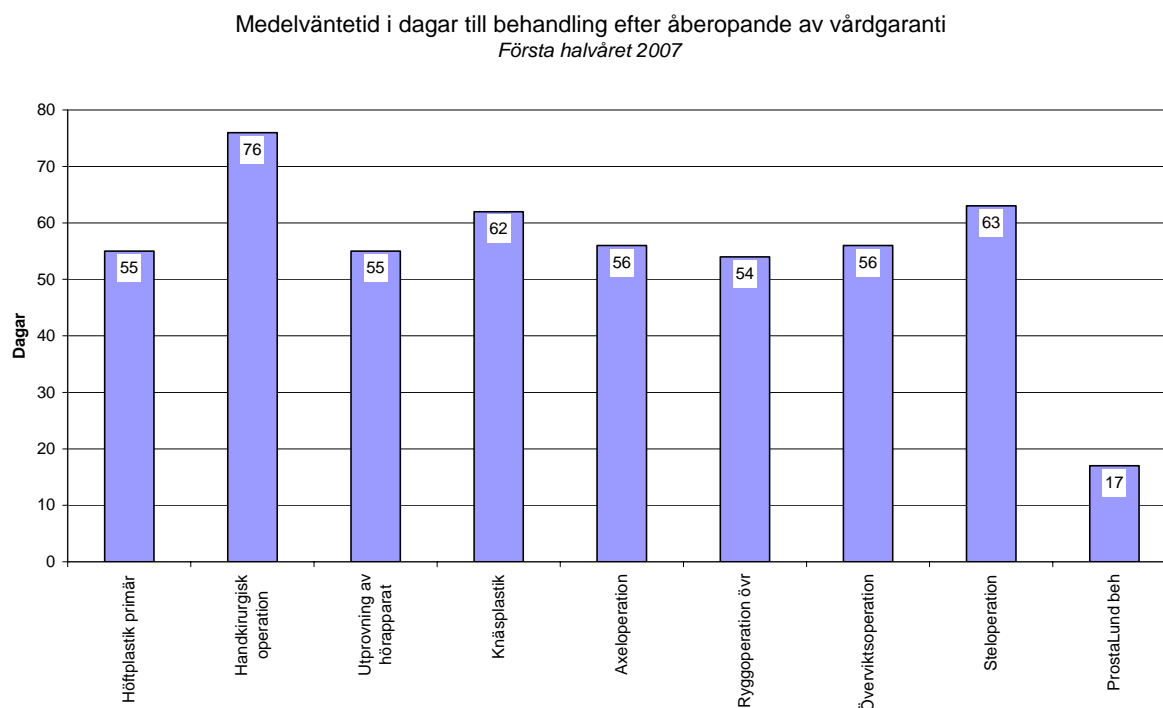
Källa: Vårdgarantikansliets registreringssystem och Val-databaserna

Endast inom urologiområdet har merparten av utförda åtgärder kunnat matchas i Val-databaserna. Inom ortopedi och plastikkirurgi har vårdgivare identifierats som fått många vårdgarantipatienter, men inte registrerat utförd vård i Val-databaserna. I dessa fall är det omöjligt att följa upp den faktiska väntetiden för patienterna. Då så få patienter identifierats i

Val-databaserna inom övriga specialiteter, kan det inte uteslutas att det finns fler vårdgivare som anvisats vårdgarantipatienter inom andra specialiteter som heller inte registrerar utförd vård i Val-databaserna.

Inom området psykoterapi finns inte några vårdgivare som registrerar sina utförda vårdåtgärder i Val-databaserna.

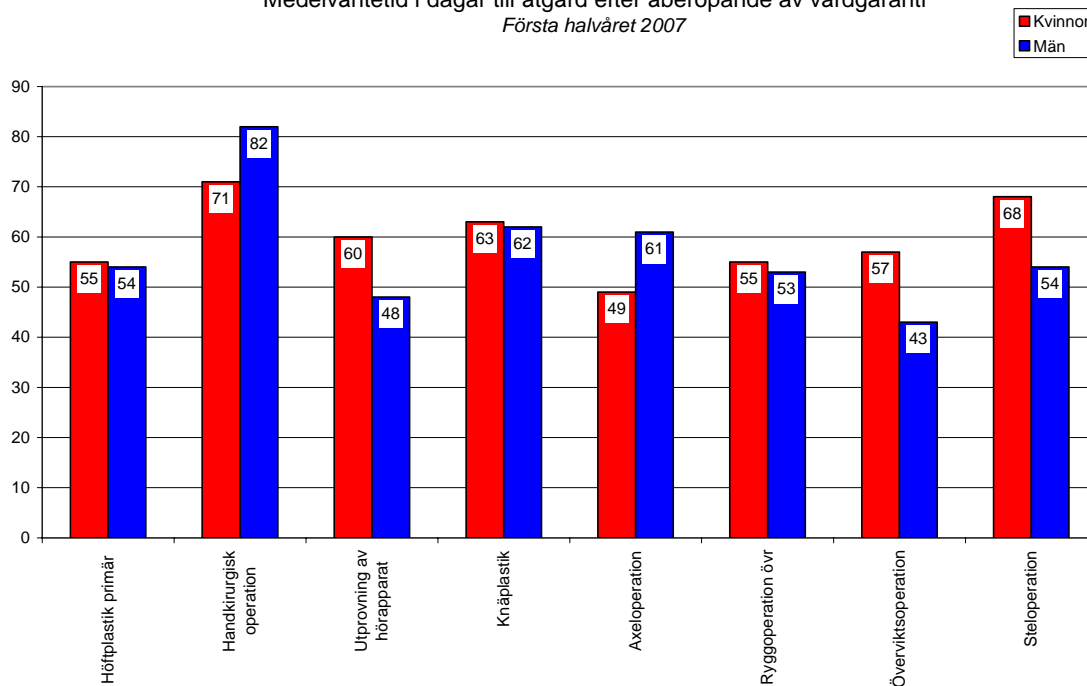
Den största andelen patienter som registretats i vårdgarantikansliets system för hjärtklaff- eller kranskärlsoperationer har fått operationen utförd utanför Stockholms läns landsting, vilket är orsaken till att dessa patienter inte återfinns i Val-databaserna.



Källa: Vårdgarantikansliets registreringssystem och VAL

I ovanstående diagram visas medelväntetiden till behandling för de patienter som kontaktat vårdgarantikansliet.

Medelväntetid i dagar till åtgärd efter återopande av vårdgaranti  
Första halvåret 2007



Källa: Vårdgarantikansliets registreringsystem och Val-databaserna

Diagrammet ovan visar medelväntetiden till åtgärd fördelat på kön. Inom fyra åtgärdsområden har kvinnor längre medelväntetid än män.

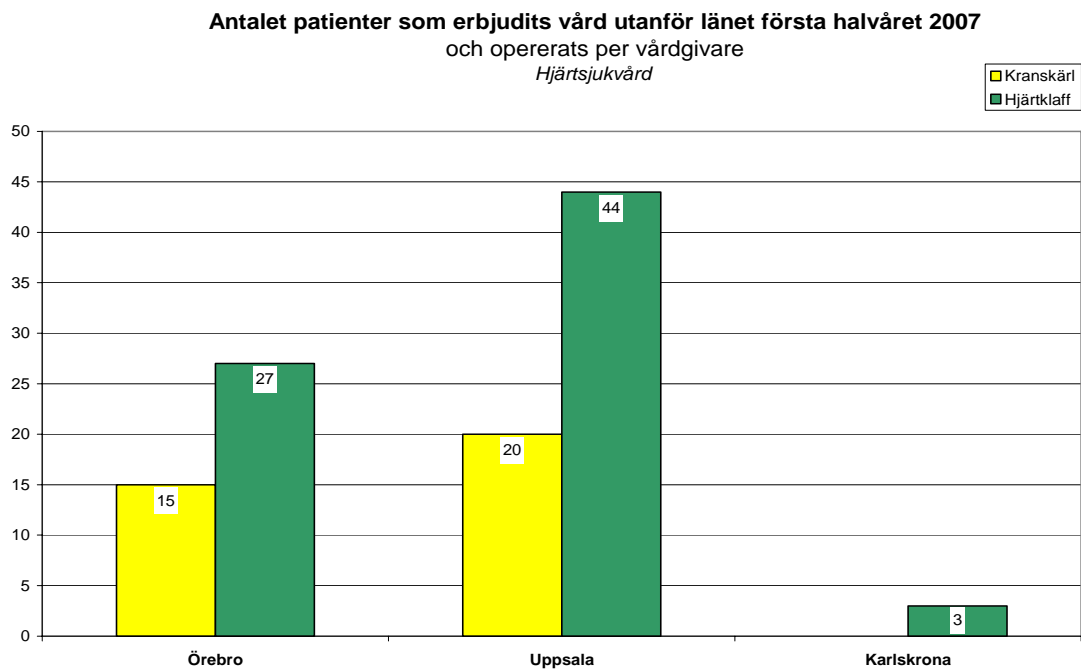
### 3.3.7 Vård utanför Stockholms läns landsting

Karolinska universitetssjukhuset i Solna har under året haft svårt att erbjuda patienter hjärtoperationer, vilket har medfört långa väntetider med många patienter i kö. Under första halvåret har c:a 500 patienter tillkommit på väntelistan, (65 % män och 35 % kvinnor). Vårdgarantikansliets personal har kontaktat c:a 30 % patienterna och erbjudit vård utanför Stockholms län.

Av de patienter som kontaktats har c:a 60 % av männen men endast 22 % av kvinnorna tackat ja till vård utanför länet

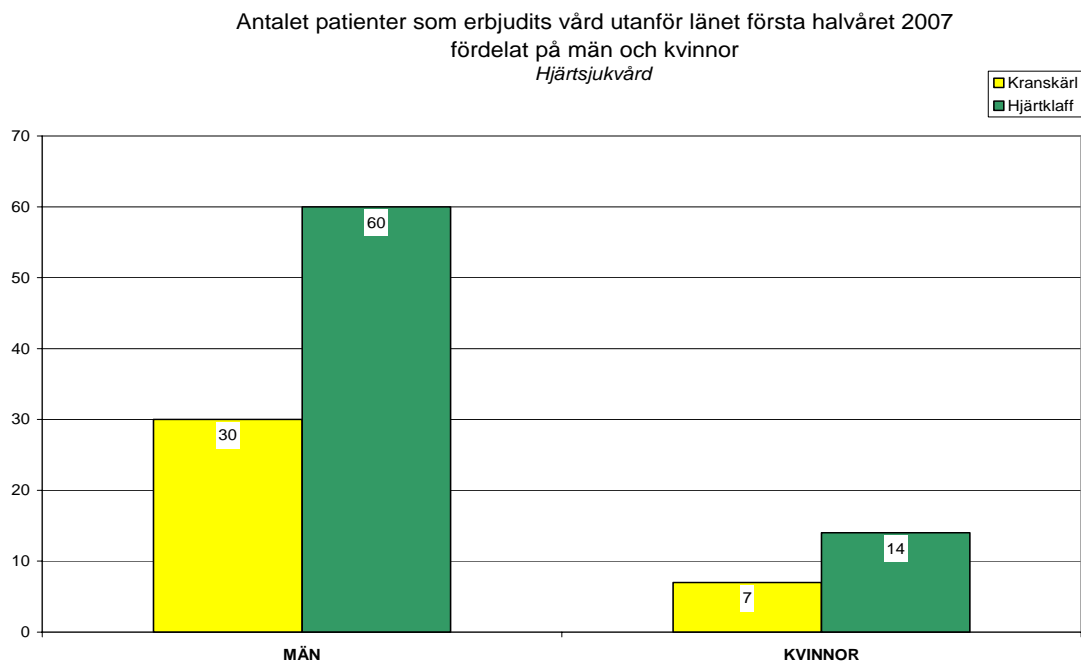
Underlag till de diagram som redovisas nedan angående hjärtoperationer, har hämtats från manuell statistik som förts vid vårdgarantikansliet. Ingen analys har gjorts med avseende på patienternas sjukdomstillstånd eller prioritering utan redovisningen avser endast det antal dagar patienterna väntat från det att beslut om vårdgaranti fattats av personal på vårdgarantikansliet.

I diagrammen nedan redovisas antalet patienter som opererats utanför Stockholms läns landsting.



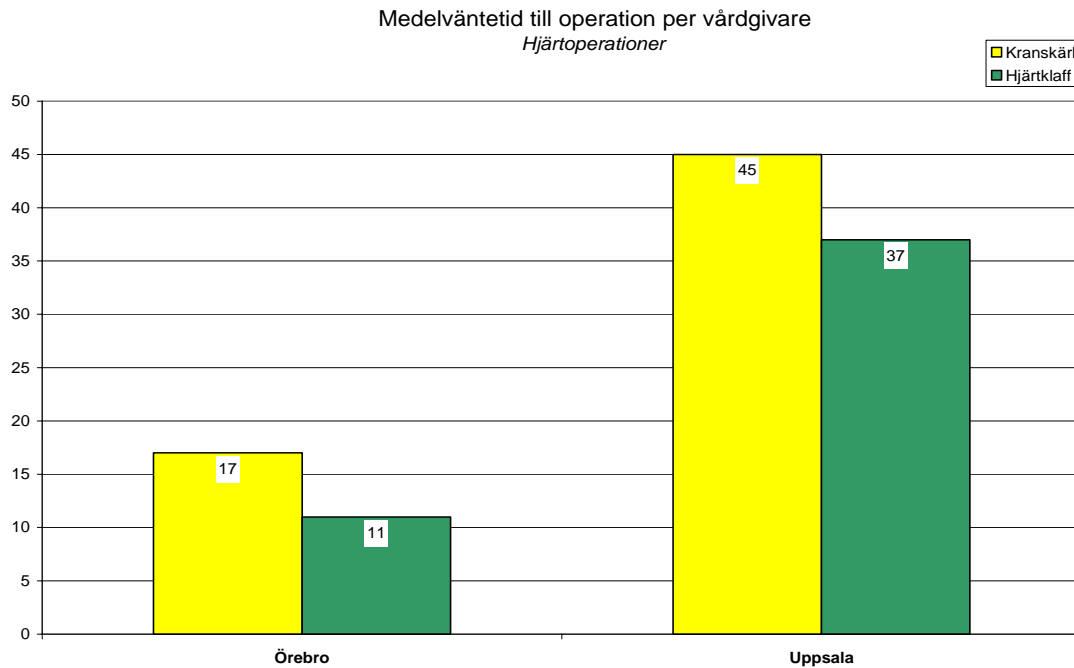
Källa: statistik från vårdgarantikansliet

De flesta av de patienter som erbjudits hjärtsjukvård utanför SLL har fått sin operation utförd i Uppsala. Endast tre patienter har opererats i Karlskrona.



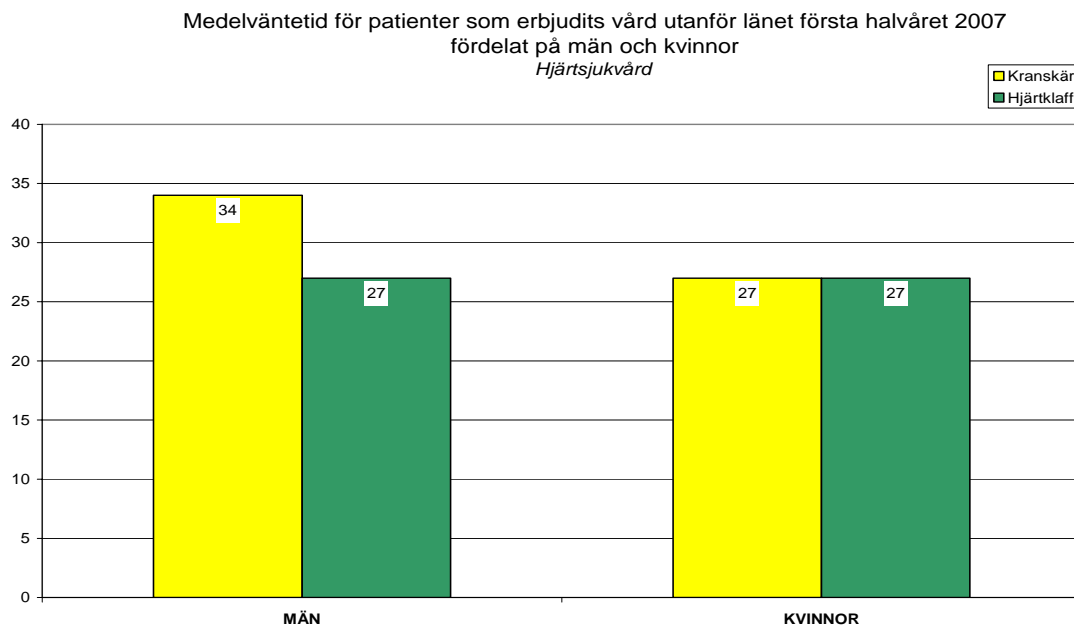
Källa: statistik från vårdgarantikansliet

Diagrammet ovan visar att män i större utsträckning än kvinnor har tackat ja till operation utanför länet.



Källa: statistik från vårdgarantikansliet

Medelväntetiden för både kranskärlsoperationer och hjärtklaffoperationen har varit väsentligt kortare i Örebro än i Uppsala, en skillnad på 28 respektive 26 dagar. Jämförs medelväntetiden för män respektive kvinnor så har kvinnor något kortare väntetid.



Källa: statistik från vårdgarantikansliet

Väntetiden till kranskärlsoperation är längre för män än kvinnor. I materialet är den största delen män som opererats det är därför svårt att säga om skillnaden i väntetid beror på tillfälligheter.

### **3.3.8 Medelväntetid fördelad per åldersgrupp**

Vid en fördelning av materialet i olika åldersgrupper visade det sig att antalet individer som återfanns bland dem som fått vård blev för lågt för vissa åldersgrupper för att visa på signifikanta skillnader. Om detta beror på att dessa åldersgrupper inte fått vård eller sökt till en vårdgivare som inte registrerar i uppföljningssystemen går inte att verifiera.

## **4 Vidtagna åtgärder 2007 och planerade åtgärder inför 2008**

Nedan följer en kort beskrivning av åtgärder vidtagna på HSN-förvaltningen under 2007 för att förbättra tillgängligheten alternativt förbättra kunskapen om tillgänghetsläget

### **4.1 Åtgärder inom närsjukvården**

#### **4.1.1 Husläkarverksamhet och närakuter**

2008 införs Vårdvalet som en åtgärd för att förbättra tillgängligheten i hela länet. Fler mottagningar ska öppna i och med auktorisationen och mottagningarna ska se tillgänglighetsförbättringar (exempelvis utökade öppettider) som ett sätt att konkurrera om patienterna. Planer finns redan på flera håll i länet att börja hålla öppet vissa kvällar i veckan.

Vissa förändringar/nyheter i uppföljningsplanen för 2008 har gjorts gällande tillgängligheten:

- Andel patienter som är nöjda med tillgängligheten på telefon följs upp genom patientenkät. Grundnivån som skall uppnås är 75% nöjda patienter.
- Andel patienter som fått en planerad tid inom 5 dagar följs upp genom patientenkät.
- Andel patienter som anser att väntetiden till besök är acceptabel följs upp via patientenkät. Grundnivån som skall uppnås är 70 %.
- Andel som är anslutna till de tre olika delarna i Mina vårdkontakter följs upp.

En total översyn av det akuta omhändertagandet i länet genomförs under hösten 2007. I detta ingår att förbättra tillgängligheten till såväl lokala närakuter som jourmottagningar, akutmottagningar och sjukhusanslutna närakuter

#### **4.1.2 Allmänpsykiatri**

Avtalen med länets psykiatriska kliniker är tvååriga och avser 2006-2007. Liksom förra året gäller därför följande:

Målrelaterad ersättning är knuten till telefontillgängligheten. Vid direktsvar utan köfunktion är kravet att uppringaren ska få svar inom 1,5 minuter. Vid direktsvar med köfunktion är kravet att uppringaren ska få svar inom 10 minuter. Genom att Beställaren mäter telefontillgängligheten får Vårdgivarna incitament att förbättra denna tillgänglighet. Många mottagningar har därmed förbättrat sin telefontillgänglighet jämfört med föregående mätning.

En uppföljningsindikator i psykiatrins uppdrag är hur stor andel av patienterna som kommit på ett första besök inom 4 veckor. Genom att mäta detta stimuleras Vårdgivarna att förkorta patienternas väntetid till det första besöket. Klinikerna har under oktober månad rapporterat in andelen patienter som kommit på ett första besök inom 4 veckor, men uppgifterna har ännu inte sammanställts av beställaren. I uppdraget till klinikerna betonas att de har ansvar för det lokala akuta omhändertagandet:

*"Öppenvården skall vardagar bedriva verksamhet minst mellan 08.00-16.30 inklusive lunchtid. Vårdgivaren har ett dygnet-runt-ansvar vid behov av akuta omhändertagande. Det akuta omhändertagandet skall i första hand ske lokalt i patientens närmiljö och i möjligaste mån av personal som känner patienten. Akuta besök skall kunna tas emot samma dag inom Vårdgivarens egna mottagningar. Vårdgivaren*

*ansvarar för att informera befolkningen i upptagningsområdet om tillgängligheten för det akuta omhändertagandet."*

Även hösten 2007 har brukar- och anhörigföreningarna inbjudits för att lämna synpunkter på psykiatrin i länet. Huvudfrågan var vilka förändringar som man framför allt önskar se genomförda för att patienterna ska få bättre psykiatrisk vård. Föreningarna betonade vikten av att det är lätt att få en första kontakt med psykiatrin samt att man vid en pågående kontakt lätt kan nå sin behandlare. Vidare betonade man kravet på hög kvalitet i vården. Landstingspolitikerna har beställt en översyn av psykiatrin i länet under hösten 2007. Översynen ska bl.a. omfatta förslag till framtida inriktning och struktur på psykiatrin så att den bättre kan tillgodose vårdbehoven. Denna del av översynen ska vara klar i december 2007.

Beställaren, Vårdgivarna och Vårdguiden har inlett ett samarbete som syftar till att förtydliga de psykiatriska klinikernas och Vårdguidens information till länets befolkning om hur och var man söker psykiatrisk vård.

#### **4.1.3 Geriatrik och ASIH**

Under året har en sammanställning och analys gjorts av de inrapporterade resultat angående tillgänglighet som inkommit från geriatriska vårdgivare och ASIH-vårdgivare under 2006. Resultaten visar på behov av förbättrad metodik för att mäta tillgängligheten hos vårdgivarna. Redovisningen bygger helt och hållet på vårdgivarnas egna uppgivna data. Förvaltningen har inga system för att kontinuerligt följa ledtiderna i de olika vårdgrenarna. Under 2007 kommer ledtiden mellan att godkänd remiss inkommit och när plats erbjudits patient att redovisas. Mätning av tillgängligheten kommer att rapporteras i december 2007.

Vårdgrannarnas uppfattning om geriatrikens tillgänglighet kommer liksom tidigare att under 2007 följas i form av enkäter.

Under 2007 har den tidigare beslutade förstärkningen av specialiserade palliativ vård genomförts. Fler vårdplatser har inrättats vid bla Ersta sjukhus och Södertäljegeriatriken. Detta för att minska väntetiderna till denna vårdform

En ny uppdragsbeskrivning för de avtal som träder ikraft från 2008-01-01 har utarbetats under 2007. Kraven på tillgänglighet till geriatrisk vård från akutmottagning har kraftigt skärps. (tidigare krav på erbjudande av plats inom 24 timmar har skärpts till 6 timmar.) I uppdragsbeskrivningen har intagningskriterier för inskrivning i geriatrisk vård formulerats i syfte att underlätta bedömning om patienten tillhör målgruppen eller ej. Detta förkortar ledtiderna då avlämnande vårdgivare på ett tidigt stadium kan bedöma om geriatriken är rätt vårdnivå.

#### **4.1.4 Uppdraget för slutet specialiserad palliativ vård.**

Under 2007 har den tidigare beslutade förstärkningen av specialiserade palliativ vård genomförts. Fler vårdplatser har inrättats vid bl a Ersta sjukhus och Södertäljegeriatriken. Detta för att minska väntetiderna till denna vårdform

För att säkerställa att individer i särskilda boende för äldre, snabbt får tillgång till specialiserad palliativ vård utan att behöva transporteras till sjukhus, har den avancerade hemsjukvården givits i uppdrag att göra hembesök i särskilda boende för äldre.

Under 2008 planeras fortsatt utbyggnad av specialiserad palliativ vård i Norra länet vid bl a Jakobsbergs sjukhus genom ytterligare köp av platser.

## 4.2 Åtgärder inom akutsomatiken

Under 2007 har det vid två tillfällen gått ut information till vårdgivarna med avseende på vikten av att de enligt avtalen ska rapportera antalet väntande till mottagningar och behandlingar. Fortsatt fokus på tillgänglighetsfrågorna kommer att finnas i den samlade uppföljningen under år 2008.

- Vid samtliga uppföljningsmöten med sjukhusen, större privata producenter och privatpraktiker har och kommer väntetider och vårdgarantiläget stå på dagordningen.
- Viss del av ersättningen kommer under 2008 att kopplas till att vårdgivarna rapporterar information för uppföljning enligt avtal
- För att förbättra tillgängligheten inom flera områden har extrabeställningar gjorts i nära samarbete med IVA (avdelningen för individuella vårdärenden).
- Bl a har extrabeställningar i stor utsträckning gjorts inom området ortopedi och då framförallt inom områdena ryggkirurgi och knä- och höftplastiker.
- Avseende hjärtoperationer har det gjorts stora extrabeställningar utanför SLL
- De brister som vi ser i systemet är att vårdgivarna måste bli bättre på att dels informera patienterna om vårdgarantin, men även att hänvisa patienterna till vårdgivare som har en bättre kösituation.

## 4.3 Åtgärder till följd av vårdgaranti

Under 2007 har ett mycket stort antal extrabeställningar gjorts för att klara vårdgarantiåtagandena. Särskilt stora beställningar har gjorts inom områdena hörapparatutprovningar och ortopediska operationer. När det gäller hörapparatutprovningar har ca 2.700 extra utprovningar beställts.

Inom området ortopedi har stora extrabeställningar gjorts av bl a höft- och knäledsplastiker med drygt 600. Stora extraproduktioner har också gjorts när det gäller rygg- fot- och axeloperationer.

Andra betydande områden för extraproduktion är dyslexiutredningar och överviktsoperationer.

## 5 Diskussion

I denna analys av hela tillgänghetsläget till vården i Stockholms läns landstings har stort fokus hamnat på hur bristfällig stora delar av underlagen är. I föregående rapport, byggde uppfattningen om tillgänglighet till besök hos husläkarmottagningar på SKL:s mätning, som sker fem dagar under våren och fem dagar under hösten. Vid en närmare granskning av underlagen fann vi att det uppenbart finns stora tolkningsproblem i anvisningarna. Därför presenteras inte resultatet av SKL:s mätning i denna rapport.

För att kontinuerligt kunna följa tillgängligheten till husläkarmottagningarna måste grundinformation om bokning av patienter överföras till förvaltningens uppföljningsdatabas. De förändringar som krävs i de bokningssystem, som används av husläkarmottagningarna, måste sammanställas. Personalen måste utbildas så att grundregistreringarna blir korrekta och rutiner för filöverföring utvecklas. När de nya rutinerna är driftsatta kommer väntetid till besök att kunna följas kontinuerligt. För att genomföra uppdraget kommer en person att projektanställas i januari.

SLL har stora problem med att flera vårdgivare inte rapporterar väntande patienter till mottagningsbesök och/eller behandling. I en jämförelse med övriga landsting, som inte redovisas i denna rapport, framgår att rapporteringsgraden även i övriga landet varierar, från landssting som har en hundra procentig redovisningsgrad till dem som inte rapporterar alls. I SLL är redovisningsgraden för vissa områden under trettio procent. Att utifrån detta bristfälliga underlag peka ut vilka problemområden som finns i landstinget är svårt. Uppföljning görs dessutom endast av ett urval av de åtgärder som utförs hos vårdgivarna. Det finns därför en risk att områden som inte syns kan ha större tillgänglighetsproblem än de som följs upp.

Det vi redovisat i denna rapport är i stor utsträckning endast rapporteringsgrad och i viss mån användbarheten av de underlag som rapporterats. Stora frågor återstår att belysa. Vi har här inte haft möjlighet att analysera hur stort bortfallet är i antal patienter som rapporteras, d.v.s. ställa redovisat underlag i proportion till hur stor produktionen är inom de analyserade områdena.

Det finns också problem med hur mottagningarna rapporterar. Flera vårdgivare skickar fortfarande in manuella underlag med antalsuppgifter. I dessa fall är det omöjligt att följa upp att antalet stämmer. Vid tecknande av nya avtal kommer en vitesklausul att införas, där en viss procent av ersättningen kopplas till elektronisk registrering av väntetidsuppgifter.

En elektronisk hantering av uppgifter garanterar inte ett kvalitetssäkrat underlag, men den minimerar den mänskliga faktorns inverkan på underlaget. I dagens uppföljning av tillgänglighet till vården sker en rad manuella hanteringar av data och beräkningar. Varje manuellt steg är förknippat med en risk för felregistrering och att underlagen förvanskas. Detta försvårar ytterligare möjligheten till analys.

I den specialstudie som gjorts av de patienter som kontaktat vårdgarantikansliet och åberopat vårdgarantin, återfinns endast hälften av patienterna i uppföljningsdatabasen. För att få veta om så stor del av patienterna fortfarande väntar på vård eller fått behandling, krävs en ytterligare fördjupad genomgång av materialet. Detta kommer att ge svar på om det finns fel i uppföljningssystemet eller om felregistreringar görs av vårdgivarna.

## 6 Lägesbeskrivning av föreslagna strategier och åtgärder

### 6.1 Övergripande strategier för Vård i rimlig tid?

#### *Förslag till strategi*

Genom en specialstudie definiera "rimlig tid" i avseende vad Vård i rimlig tid är.

#### *Åtgärd*

- Genomföra en riktad studie till befolkning och patienter med olika svarsalternativ för att definiera vad rimlig tid är för olika målgrupper i olika situationer.

#### *Förslag till strategi*

Genom utveckling av medicinska riktlinjer säkra att varje patient sätts upp på planeringslistor efter samma medicinska indikationer.

#### *Åtgärder*

- Utveckla och implementera riktlinjer som preciserar de medicinska indikationer som ska ligga till grund för när en patient ska sättas upp på planeringslistor oavsett specialitet.
- Utveckla och implementera remisstandards för hänvisning av patienter enligt gällande vårdgaranti och utvecklade medicinska riktlinjer.

#### Lägesbeskrivning

En enkätundersökning har genomförts under hösten med olika svarsalternativ för att definiera vad som av befolkning och patienter uppfattas som rimlig tid.

Ett nationellt arbete, som leds av Sveriges Kommuner och Landsting, pågår med att utveckla riktlinjer som preciserar medicinska indikatorer. Implementering av de indikatorer som redan finns framtagna pågår fortlöpande. SLL följer kontinuerligt arbetet vid medicinska ledningsstaben. SLL representeras också i arbetet genom deltagande av medicinsk rådgivare från avdelningen för somatisk specialistvård.

#### *Förslag till strategi*

Genom förbättrad informationsstruktur och kundanpassade sökvägar ge patienten rätt information, om rätt vårdgivare på rätt vårdnivå enligt Landstingets strukturbeslut enligt 3S

#### *Åtgärd*

- Se över och åtgärda Vårdguidens informationsstruktur på nätet så att sökning på ord är hierarkiskt ordnat enligt landstingets strukturbeslut

#### Lägesbeskrivning

Inom ramen för Vårdguiden pågår ständigt förbättringsarbete för att öka tillgängligheten till informationen i Vårdguiden.

#### *Förslag till strategi*

Genom riktade informationsinsatser öka befolkningens och patienternas kunskap om gällande vårdgaranti för landstinget.

#### *Åtgärd*

- Upprätta en kommunikationsplan för information till befolkningen om vårdgarantin med gällande politiska mål.

#### Lägesbeskrivning

Ingen uppdatering har skett av materialet som riktar sig till sjukvårdspersonal och patienter avseende de nya vårdgarantigränser som infördes i SLL 1/1 2007. Ansvar för att information ska uppdateras ligger på kommunikationsenheten tillsammans med vårdgarantikansliet.

#### *Förslag till strategi*

Genom informationsinsatser öka rapporteringsfrekvens och kunskap om gällande vårdgaranti hos vårdleverantörerna.

#### *Åtgärd*

- Genomföra en riktad och motivationsskapande informationsinsats till våra vårdgivare om gällande vårdgarantier med politiska mål.

#### Lägesbeskrivning

I samband med att vårdgarantin infördes inrättades tjänster vid akutsjukhusen och de stora privata vårdgivarna ex. vis Aleris, sk vårdgaranticoacher. Dessa personer har till uppgift att rätta upp och rensa i vårdgivarnas väntelistor, så att endast aktuella patienter finns uppsatta på planerings-/väntelistorna. Coachernas uppdrag är också att informera personalen om den införda vårdgarantin och dess innebörd. Coacherna har vid upprepade tillfällen efterfrågat uppdaterat informationsmaterial vid de möten som skett mellan nätverket och förvaltningen. Muntlig information om de nya gränserna har givits på dessa möten.

Vid två tillfällen under året har brev gått ut till samtliga specialister. I brevet har de uppmanats att rapportera antalet patienter som är uppsatta på kölista. De har också uppmanats att rapportera in den förväntade (prognostiserade) väntetiden till systemet Vårdmarknad.

## 6.2 Första kontakt med vården (M1)

### **6.2.1 Vårdguiden**

#### *Förslag till strategi*

Genom bättre nyttjande av Vårdguiden på telefon utveckla fler möjligheter för befolkningen att boka tid för besök.

#### *Åtgärder:*

- Utveckla Vårdguiden på telefon för att kunna boka tider hos fler vårdgivare

#### Lägesbeskrivning

Kvinnor som kontaktat vårdguiden på telefon, som inte behövt akut gynekologisk vård, har kunnat erbjudas tid hos någon av de tio gynekologiska mottagningar som tillhandahållit sina tidböcker till personalen på Vårdguiden.

### **6.2.2 "Mina Vårdkontakter"**

#### *Förslag till strategi*

Genom förbättrade kunskaper hos befolkningen om "Mina Vårdkontakter" öka användningen av tjänsten

#### *Åtgärder:*

- Definiera prioriterade målgrupper och mål för användning av "Mina Vårdkontakter"
- Ta fram informationspaket till befolkning och vårdgivare om "Mina Vårdkontakter"

### Lägesbeskrivning

Ett pilotprojekt startade under december vid 12 av länets 72 gynekologiska mottagningar som genomför provtagning av gynekologisk screening. Syftet är att de patienter som kallas erbjuds möjlighet att boka om sina tider samt via "Mina Vårdkontakter" läsa provsvaren, i de fall svaret är normalt. Utvärdering kommer att ske efter tre månader. Om rutinerna fungerar bra kommer systemet att införas vid alla länets mottagningar.

Fyra husläkarmottagningar ingår i en pilotstudie med syfte att lägga ut läkartider i en webbtidbok. Patienterna erbjuds att själva gå in och boka tid för läkarbesök. En utvärdering kommer att genomföras efter sex månader, för att utbyta erfarenheter med såväl vårdgivare som patienter.

Patienter erbjuds att själva beställa diabeteshjälmedel via nätet. Möjlighet finns också att följa upp sina hjälpmedel via "Mina Vårdkontakter".

I "Mina Vårdkontakter" erbjuds en screeningtjänst till kognitiv beteendeterapi.

Sedan föregående mätning har antalet konton ökat. Ingen prioritering av målgrupper har gjorts med riktad information för att öka antalet användare. Det finns heller inte några mål angivna för antalet användare.

### **6.2.3 Telefontillgängligheten**

#### *Förslag till strategi*

Genom öppen redovisning av mottagningarnas telefontillgänglighet ge befolkningen förutsättningar för kunskapsbaserade vårdval.

#### *Åtgärd*

- Under 2007 öppet redovisa resultaten från telefontillgänglighetsmätningen på Vårdguiden
- Utveckla enhetliga målnivåer i avtal om telefonkontakt i rimlig tid oavsett uppdragsområde.

### Lägesbeskrivning

I SLL pågår ett projekt med målet att redovisa resultat i publika jämförelser. En rankningsmodell är också under utvecklande. Målet är att kunna redovisa resultat vid årsskiftet 2007/2008.

## **6.3 Väntetid till mottagningen (M2)**

### **6.3.1 Husläkarmottagning**

#### *Förslag till strategi*

Genom öppna redovisningar av kvalitetssäkrade faktiska väntetider till husläkarverksamheten ge befolkningen förutsättningar för kunskapsbaserade vårdval

#### *Åtgärd*

- Utveckla en metod för kontinuerlig uppföljning av besöksgarantin inom husläkarverksamheten för SLL.

### Lägesbeskrivning

En kartläggning av de journalsystem som används inom primärvården och de tekniska förutsättningarna för överföring av bogningsinformation är genomförd. I kartläggningen

framkom att förändringar måste göras i journalsystemen för att uppföljning ska kunna göras av de patienter som ofrivilligt väntat > 5 dagar till vårdcentral/husläkare. För närvarande går det inte att registrera självvald väntan i bokningssystemen vilket är en förutsättning för att få en korrekt uppföljning. Kartläggningen var klar i september 2007. Inom ramen för uppföljning och utvecklingsavdelningen pågår för närvarande en test av informationsöverföringen. En utvärdering av informationen ska göras under december månad. I början på januari 2008 startas ett projekt med syftet att ta fram en kravspecifikation avseende programförändringar i lokala bokningssystem för att möjliggöra filöverföring. Inom projektets ram ska också erforderlig utbildning av personal organiseras samt implementering av rutiner för filöverföring effektueras under 2008.

### **6.3.2 Besök på specialistmottagning**

#### *Förslag till strategi*

Genom att utveckla ekonomiska styrmedel uppnå en hundra procentig rapportering av tillgänglighetsläget hos samtliga vårdgivare.

#### *Åtgärder*

- Utveckla en ersättningsmodell som ger ersättning utifrån fullgod rapportering
- Utveckla kraven i avtalen avseende uppgifter som ska rapporteras i Vårdmarknad, avseende aktuella väntetider.
- Utveckla kraven på vårdgivarna i samtliga avtal med avseende på:
  - följsamhet till vid varje tidpunkt fastställda besöks- och vårdgarantier
  - rutiner för information till patienter om dennes rättigheter gällande vård- och besöksgarantier
  - deltagande i uppföljningar av vårdgaranti och väntetider enligt beställarens anvisningar
  - hänvisningsrutiner för patienter som inte kan erbjudas tid inom vårdgarantin
- Införa en rutin för att kontinuerlig avstämning av aktuell väntetid i Vårdmarknad med faktisk andel väntande mer än 90 dagar tre månader senare.

#### *Lägesbeskrivning*

I samtliga avtal om nu tecknas framgår att en viss del av ersättningen uteblir om uppgifter om såväl aktuell väntetid i Vårdmarknad och uppgifter om väntande patienter inte rapporteras. Formuleringen enligt pkt tre återfinns även i avtalen.

Rutin för att kontinuerligt stämma av aktuell väntetid i Vårdmarknad med faktisk andel väntande är införd.

## **6.4 Väntetid till utredning/undersökning (M4)**

#### *Förslag till strategi*

Genom riktade åtgärder förbättra tillgängligheten inom neuropsykiatri

#### *Åtgärd*

- Inom ramen för arbetet med plan för utveckling av den neuropsykiatriska verksamheten inom Stockholms läns landsting genomföra de föreslagna åtgärderna

## **6.5 Väntetid till åtgärd (M5)**

### **6.5.1 Specialistverksamhet**

Se punkt 6.3.2 avseende strategi och åtgärder

Se lägesbeskrivning under punkt 6.3.2

## 6.5.2 Telefontillgänglighet till vårdgarantikansliet

### *Förslag till strategi*

Genom utvecklingen av kansliets organisation, arbetssätt och systemstöd åstadkomma en acceptabel telefontillgänglighet.

### *Åtgärder*

- Inom ramen för pågående organisationsarbete hantera bristerna av tillgänglighet till vårdgarantikansliet

### Lägesbeskrivning

En kartläggning har gjorts med avseende på när under dagen de flesta av patienterna ringer. Bemanningen har anpassats efter detta vilket har ökat vårdgarantikansliet tillgänglighet avsevärt i förhållande till föregående mätning. Förslag ligger också att i början på 2008 införa Tele-Q som ett verktyg för att ytterligare förbättra telefontillgängligheten.

## 6.6 Övriga mätpunkter

### *Förslag till strategi*

Genom utvecklingen våra mätmetoder även belysa tillgängligheten för andra målgrupper än de som mäts idag

### *Åtgärder*

- Se över hur vi kan mäta och analysera väntetider för de mest sjuka, t ex cancersjuka.
- Utveckla uppföljningen av ledtider enligt cancerplanen

### Lägesbeskrivning

En ny cancerplan finns framtagen som bl a belyser ovanstående. Cancerplanen behandlas i HSN i december 2007.

## 6.7 Planerade aktiviteter

### **6.7.1 Projekt: Eliminering av värdköer**

Förvaltningen har fått i uppdrag att genomföra ett projekt med syftet att till 2009-01-01 eliminera alla värdköer utöver vårdgarantitiden.

Projektet omfattar nedanstående områden.

Föreslå rutiner för att genom en snabb utredning, där så behövs, utifrån evidensbaserat underlag exempelvis VISS eller lämpliga vårdprogram, snabbt kunna sända en remiss till mottagande specialistinstans.

Utredning ska tidsättas och omfattas av vårdgarantin.

Undersöka möjlighet att följa remissens väg från husläkare till annan specialist och vid behov även till annan läkare för behandling/åtgärd.

Föreslå rutiner för att väntelistor hos alla specialister ska kontinuerligt göras om till planeringslistor och uppdateras, vilket innebär att endast de, vilka är aktuella för besök/behandling/åtgärd står på listan.

## 6.8 Förslag till nästa rapport

Jämförande uppföljning av vårdgarantiets tillgänglighet under motsvarande tisperiod 2008.

Föreslås att en fördjupad studie genomförs baserade på de patienter som inte återfunnits i HSN-förvaltningens uppföljningssystem. Studien genomförs genom att ett slumpmässigt urval av patienterna tillfrågas via en enkät om de fått vård efter kontakten med vårdgarantikansliet. Studien syftar till att synliggöra var eventuella brister finns i såväl förssystem ute hos vårdleverantörerna som i förvaltningens uppföljningssystem.

Antal väntande till mottagning september-oktober-november 2007.

Mottagning	Sept			Okt			Nov		
	Totalt antal väntande	Antal väntande > 30 dagar	Antal väntande > 90 dagar	Totalt antal väntande	Antal väntande > 30 dagar	Antal väntande > 90 dagar	Totalt antal väntande	Antal väntande > 30 dagar	Antal väntande > 90 dagar
Allergologi	100	31	48	104	67	48	468	370	243
Allmän internmedicin	2 106	1 138	841	1 422	1 091	685	1465	858	377
Allmän kirurgi	3 321	1 759	1 118	3 161	1 902	940	2770	1535	559
Allmän psykiatri	602	0	53	874	182	59	650	147	61
Barn- och ungdomsmedicin	454	107	119	295	100	65	508	142	82
Barn- och ungdomspsykiatri	1 126	0	102	1 152	0	39	1263	41	25
Endokrinologi inkl diabetes	744	199	152	834	343	130	836	442	114
Gastroenterologi	1 746	109	879	1 803	1 107	981	2004	1511	1164
Gastroskopi	1 102	441	350	1 119	391	308	1471	830	567
Gynekologi	2 054	573	499	1 840	825	359	2339	1293	537
Handkirurgi	463	311	101	1 330	939	246	1501	983	196
Hematologi	229	66	37	236	92	26	264	100	24
Hudsjukdomar	2 863	2 083	1 485	3 692	2 425	1 583	3289	2295	1401
Kardiologi	1 429	839	535	1 266	735	452	1067	676	316
Koloskopi	2 229	968	835	2 238	947	862	2547	1710	1205
Kärlkirurgi	154	63	23	134	49	15	121	37	14
Lungmedicin	1 163	644	593	1 218	874	500	1029	756	408
Neurokirurgi	266	217	154	166	104	64	129	81	47
Neurologi	1 728	1 341	746	1 629	1 236	725	1885	1397	796
Njurmedicin	173	115	60	168	113	40	166	101	38
Onkologi	448	121	44	425	142	42	429	143	43
Ortopedi	8 754	4 368	3 603	7 935	5 161	2 442	7341	5048	2415
Plastikkirurgi	264	148	56	270	152	38	307	188	5
Reumatologi	385	122	65	330	206	76	362	227	80
Specialiserad smärtmottagning	225	45	67	81	40	21	230	150	6
Urologi	1 259	477	314	1 082	525	249	1180	608	220
Ögonsjukvård	2 121	606	754	1 820	955	445	1855	1256	682
Öron-näsa-halssjukvård	5 275	2 694	1 617	4 080	2 399	1 247	5332	3441	1134
<b>Totalt</b>	<b>42 783</b>	<b>19 585</b>	<b>15 250</b>	<b>40 704</b>	<b>23 102</b>	<b>12 687</b>	<b>42 808</b>	<b>26 366</b>	<b>12 759</b>

Antalet väntande till behandling sept-okt-nov 2007

Åtgärd/operation

Åtgärd/operation	sep-07			okt-07			nov-07		
	Totalt antal väntande	Väntande >90 dagar	Andel väntande >90dgr	Totalt antal väntande	Väntande >90 dagar	Andel väntande >90dgr	Totalt antal väntande	Väntande >90 dagar	Andel väntande >90dgr
Artroskopier i knäled(exklusive artroskopisk korsbandsoperation),diagnostiska och/eller terapeutiska	785	275	35%	731	166	23%	709	197	28%
Hysterektomi, benign indikation	121	39	32%	100	31	31%	80	24	30%
Hörselförbättrande operation	247	186	75%	239	167	70%	221	150	68%
Inledande av CPAP-behandling vid sömnapné	144	91	63%	155	86	55%	382	102	27%
Operation av anala sjukdomar	164	44	27%	176	39	22%	201	39	19%
Operation av aorta eller hjärtklaffar	83	32	39%	66	22	33%	48	9	19%
Operation av axel, skuldra eller överarm (subacromiella smärttillstånd	88	41	47%	86	35	41%	53	17	32%
Operation av axelin stabilitet	54	34	63%	29	10	34%	23	6	26%
Operation av diskbräck i halsryggraden (degenerativ förändring)	0	0	0%	2	0	0%	4	0	0%
Operation av diskbräck i ländryggraden	43	16	37%	38	10	26%	27	6	22%
Operation av Dupuytrens kontraktur	269	84	31%	256	59	23%	262	92	35%
Operation av fetma/obesitas	187	96	51%	193	92	48%	142	37	26%
Operation av gråstarr	740	377	51%	605	11	2%	179	6	3%
Operation av icke nedstigen testikel (retentio testis)	6	0	0%	2	0	0%	0	0	0%
Operation av Karpaltunnelsyndrom	294	88	30%	288	65	23%	298	71	24%
Operation av kotförskjutning (segmentell smärta)	11	0	0%	10	0	0%	6	0	0%
Operation av kranskärl	100	44	44%	84	32	38%	68	11	16%
Operation av ledhinnor och senor (inflammation, ruptur eller andra tillstånd)	164	51	31%	173	27	16%	190	39	21%
Operation av livmoderframfall (prolaps)	219	114	52%	196	91	46%	189	72	38%
Operation av ljumskbräck	471	144	31%	507	106	21%	567	114	20%
Operation av navelbräck	73	15	21%	79	13	16%	84	17	20%
Operation av rotkanalförträngning i ländryggraden	147	64	44%	129	47	36%	94	25	27%
Operation av skelning, barn 0-18 år	0	0	0%	0	0	0%	46	4	9%
Operation av struma	126	43	34%	123	41	33%	112	32	29%
Operation av tumbasartros (CMC-1-artros)	29	5	17%	24	5	21%	24	4	17%
Operation av tår (Hallux valgus/rigidis, Hammartå)	389	116	30%	425	76	18%	399	69	17%
Operation av urininkontinens hos kvinnor	174	98	56%	178	79	44%	159	63	40%
Operation av vattenbräck (hydrocele testis)	24	5	21%	23	6	26%	22	2	9%
Operation av åderbräck, ej kosmetiska	398	204	51%	418	162	39%	474	159	34%
Operation av ärrbräck	46	12	26%	49	18	37%	41	13	32%
Operation på gallblåsa eller gallgång vid gallsten	376	165	44%	307	123	40%	350	92	26%
Operation på ligament i knäled (korsbandsoperation), artroskopisk eller öppen	343	85	25%	93	26	28%	106	37	35%
Operation vid reumatoid artrit	39	7	18%	38	7	18%	41	22	54%
Primär ledprotesoperation i höftled	311	134	43%	423	123	29%	282	65	23%
Primär ledprotesoperation i knäled	731	292	40%	647	240	37%	538	189	35%
Reduktion av bröst	125	91	73%	100	64	64%	78	50	64%
Reduktion av hängbuk eller hudöverskott på bål	33	20	61%	34	20	59%	29	16	55%
Rekonstruktion av bröst efter borttagande av tumör	251	129	51%	296	89	30%	265	71	27%
Resektion och andra avflödesbefrämjande ingrepp vid prostatism, benign indikation	156	51	33%	138	34	25%	116	29	25%
Sekundär ledprotesoperation i höftled	76	46	61%	73	36	49%	64	26	41%
Septumplastik	212	148	70%	220	129	59%	208	122	59%
Tonsillektomi	268	162	60%	260	139	53%	272	130	48%
Utprovning av hörapparat	1 838	950	52%	1 514	689	46%	696	385	55%
<b>Totalt</b>	<b>10 355</b>	<b>4 598</b>	<b>44%</b>	<b>9 527</b>	<b>3 215</b>	<b>34%</b>	<b>8149</b>	<b>2614</b>	<b>32%</b>

Version 1, januari 2007

## 4. Förteckning över mottagningar, undersökningar samt behandlingar som ingår i den nationella väntetidsdatabasen

### Syfte

Syftet med den nationella väntetidsdatabasen är inte att all verksamhet skall täckas in. Däremot är det ett mål på lite längre sikt att sjukvårdens informationssystem utvecklas så att det blir möjligt att framför allt på den lokala verksamhetsnivån följa samtliga patienters vårdförlopp, inklusive väntetider mellan olika steg i vårdprocessen. Med ett sådant underlag kan i princip vilken patientgrupp som helst följas.

### Innehåll

Innehållet i den nationella databasen förändras efter önskemål om förändringar som inkommer från huvudmännen eller från specialistföreningarna.

Lokalt kan i vissa fall andra diagnos- och åtgärds-koder än de angivna användas. I förekommande fall görs sökning på de lokalt använda koderna för de uppgifter som efterfrågas. I kommentar 3 i rapporteringsformuläret ska det anges vilka koder som använts.

Redovisning av uppgifter enligt basmodellen under år 2006 avseende första vårdkontakt gäller **första planerade läkarbesök**. Undantag från detta gäller allmän psykiatri, barn- och ungdomspsykiatri och specialiserad smärtmottagning där andra vårdgivare än läkare kan utgöra den första vårdkontakten.

### Referens för diagnos- och åtgärds-koderna

Diagnos- och åtgärds-koder som finns i bilaga 1 återfinns i:

- » Klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem 1997, med ändringar och tillägg: systematisk förteckning.
- » Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ), 2007.

Följande klassifikationer har upphört att gälla from 2007:

- » Klassifikation av kirurgiska åtgärder (KKÅ) 1997, reviderad november 2004.
- » Temporär kodlista över icke operativa åtgärder, 2005.

### Ändringar i denna version:

- » De fält där ändringar har skett i denna version är gråmarkerade.

## Urval av mottagningar som ingår i rapporteringen till den nationella väntetidsdatabasen

<b>Kirurgi</b>
Allmän kirurgi <sup>a)</sup>
Gynekologi
Handkirurgi
Kärlkirurgi
Neurokirurgi
Ortopedi
Plastikkirurgi
Urologi
Ögonsjukvård
Öron-näsa-halssjukvård

**a)** Den del som återstår på kirurgklinik när subspecialiteternas resultat specificerats (tex kärlkirurgi, urologi mm). Kirurgklinik som inte kan särredovisa tillgängligheten på subspecialiteter redovisar resultaten för hela klinken.

<b>Medicin</b>
Allergologi
Allmän internmedicin <sup>b)</sup>
Barn- och ungdomsmedicin
Endokrinologi inkl diabetes
Gastroenterologi
Hematologi
Hudsjukdomar
Kardiologi
Lungmedicin
Neurologi
Njurmedicin
Onkologi <sup>c)</sup>
Reumatologi
Specialiserad smärtmottagning <sup>d)</sup>

**b)** Den del som återstår på medicinklinik när subspecialiteternas resultat specificerats (t ex kardiologi, lungmedicin m m). Medicinklinik som inte kan särredovisa tillgängligheten på subspecialiteter redovisar resultaten för hela klinken.

**c)** Avser besök/bedömning efter vårdbegäran på renodlad onkologisk specialistmottagning respektive identifierbar onkologisektion på t ex kirurgklinik eller medicinklinik. Väntetider till strålbehandling, eventuell isotopverksamhet, cytostatikabehandling och andra handlingar ingår inte i uppföljningen.

**d)** Första vårdkontakt kan avse annan vårdgivare än läkare.

<b>Psykiatri</b>
Allmän psykiatri <sup>d)</sup>
Barn- och ungdomspsykiatri <sup>d)</sup>

## Urval av undersökningar som ingår i rapporteringen till den nationella väntetidsdatabasen

### Kommentar:

Omfattar endast patienter som genomgår planerade undersökningar i öppen vård.

Akuta undersökningar och undersökningar av patienter i slutenvård ingår inte.

Gastroskopi, diagnostiska och/eller terapeutiska <sup>a)</sup>
Koloskopi, diagnostiska och/eller terapeutiska <sup>a)</sup>
Datortomografi av hjärnan
MR-undersökning av knäleden
MR-undersökning av ländryggraden
MR-undersökning av hjärnan

**a)** Avseende skopier är följande åtgärds-koder vägledande för redovisning av uppgifter:

**- gastrokopier:**

UJD02, UJD05, JDA05, JDA08, JDA55, JDH05, JDH08, JDH15, JDH22, JDH32

**- koloskopier:**

UJF32, UJF35, JFA15, JFA42, JFA48, JFA55, JFA58

## Urval av behandlingar, operationer och åtgärder som ingår i rapporteringen till den nationella väntetidsdatabasen

Gynekologi	Åtgärdskod	Diagnoskod
Hysterektomi, benign indikation	LCC10, LCC11, LCC20 LCD00, LCD01, LCD04, LCD10, LCD11	D25, D26, N85, N87, N92
Operation av livmoderframfall (prolaps)	LEF	N81.1, N81.2, N81.3, N81.4, N81.5, N81.6, N81.9, N88.4 N99.3
Operation av urininkontinens hos kvinnor	KDG, LEG	
Kirurgi	Åtgärdskod	Diagnoskod
Operation av ljumskbråck	JAB	K40.2, K40.9
Operation av navelbråck	JAF	K42
Operation av åderbråck, ej kosmetiska (varicer)	PHB10, PHB12, PHB13, PHB14 PHD10, PHD12, PHD 15 PHS13, PHS14, PHS99	I83
Operation av ärrbråck	JAD	K43
Operation av anala sjukdomar	JHA, JHB, JHC, JHD, JHE, JHW	I84, K60, K62.0, K62.1, K62.2, K62.3, K62.4
Operation av fetma/obesitas	JDF, JFD00	E66
Operation på gallblåsa eller gallgång vid gallsten	JKA JKB00, JKB01, JKB11	K80.1, K 80.2, K80.5, K81.1
Operation av struma	BAA	(diagnoskod borttagen)
Hjärtsjukvård	Åtgärdskod	Diagnoskod
Operation av aorta eller hjärtklaffar	FCA, FCB, FCC, FCD, FCE, FCW FGA, FGB, FGC, FGD, FGE, FGW FKA, FKB, FKC, FKD, FKW FMA, FMB, FMC, FMD, FMW	
Operation av kranskärl	FNA, FNB, FNC, FND, FNE, FNF	

<b>Ortopedi</b>	<b>Åtgärds kod</b>	<b>Diagnoskod</b>
Artroskopier i knäled (exklusive artroskopisk korsbandsoperation), diagnostiska och/eller terapeutiska	NGA11, NGA21 NGD01, NGD11, NGD21, NGD91 NGF01, NGF11, NGF21, NGF31, NGF91 NGH31, NGH41, NGH51, NGH71	
Operation av axel, skuldra eller överarm (subacromiella smärttillstånd)	NBG09, NBK19, NBL39, NBL49, NBL69, NBL99	M19, M75, M89.5, T92.5
Operation av axelinstabilitet	NBH71, NBH72	M24.4, T92.3
Operation av tår (Hallux valgus/rigidis, Hammartå)	NHK	M20.1, M20.2, M20.4, M20.5
Operation på ligament i knäled (korsbandsoperation), artroskopisk eller öppen	NGE21, NGE22, NGE31, NGE32 NGE41, NGE42, NGE51, NGE52	
Primär ledprotesoperation i höftled	NFB29, NFB39, NFB49, NFB99	
Primär ledprotesoperation i knäled	NGB	
Sekundär ledprotesoperation i höftled	NFC	T84
<b>Ryggkirurgi</b>	<b>Åtgärds kod</b>	<b>Diagnoskod</b>
Operation av diskbräck i halsryggraden (degenerativ förändring)	ABC10, ABC20, ABC30, ABC50, ABC60, NAG39, NAG49	M50.0, M50.1
Operation av diskbräck i ländryggen	ABC16, ABC26	M51.1
Operation av kotförskjutning (segmentell smärta)	NAG39, NAG49, NAG69, NAG79, NAG99	M43.1, M47.8, M99.1
Operation av rotkanalförträngning i ländryggraden	ABC56	M48.0, M48.8
<b>Handkirurgi</b>	<b>Åtgärds kod</b>	<b>Diagnoskod</b>
Operation av Dupuytrens kontraktur	NDM19	M72.0
Operation av karpaltunnelsyndrom	ACC51	G56.0
Operation av ledhinnor och senor (inflammation, ruptur eller andra tillstånd)	NDM39, NDM49	M65, M66, M67, M68
Operation av tumbasartros (CMC-1-artros)	NDG	M18.1
Operation vid reumatoid artrit	NDB, NDE, NDF00, NDF01, NDF02, NDF10, NDF11, NDF12, NDF19, NDG, NDL	M05, M06

<b>Urologi</b>	<b>Åtgärdskod</b>	<b>Diagnoskod</b>
Operation av icke nedstigen testikel (retentio testis)	KFH00, KFH10	Q53
Operation av vattenbråck (hydrocele testis)	KFD20	N43
Resektion och andra avflödesbefrämjande ingrepp vid prostatism, benign indikation	KED	N40
<b>Plastikkirurgi</b>	<b>Åtgärdskod</b>	<b>Diagnoskod</b>
Reduktion av bröst	HAD30, HAD35	N62
Rekonstruktion av bröst efter borttagande av tumör	HAE00, HAE05, HAE10, HAE20, HAE99	C50, D05, Z85.3
Reduktion av hängbuk eller hudöverskott på bål	QBJ30, QBJ35	(diagnoskoder borttagna)
<b>Ögonsjukvård</b>	<b>Åtgärdskod</b>	<b>Diagnoskod</b>
Operation av gråstarr	CJC CJD CJE	H25, H26.0, H26.1, H26.2, H26.3, H26.8, H26.9, H28
Operation av skelningsoperation, barn 0 – 18 år	CEB, CEC, CED, CEE, CEF, CEW	
Operation av skelningsoperation, vuxna 19 år +	CEB, CEC, CED, CEE, CEF, CEW	
<b>Öron-näsa-halssjukvård</b>	<b>Åtgärdskod</b>	<b>Diagnoskod</b>
Hörselförbättrande operation	DCD00, DCD10 DDA, DDB, DDC, DDD, DDW	
Inledande av CPAP-behandling vid sömnapné	AG061, DG001	Z99.8, (alt G47.3, Z46.8, Z46.9)
Septumplastik	DJB10, DJD20	
Tonsillektomi	EMB10, EMB20, EMB99	
Utprovning av hörapparat(alt 1)		Z46.1
----- (alt 2)	GA005	Z46.1
----- (alt 3)	GA005	