

Landstingsstyrelsen

## Granskning av Vårdgarantin inom Jämtlands läns landsting

Revisionskontoret har på vårt uppdrag och med hjälp av Capire Consulting AB granskat Vårdgarantin inom Jämtlands läns landsting.

De övergripande revisionsfrågorna har varit att undersöka *om det finns en tillfredsställande kontroll av att vårdgarantin inom specialistvården klaras långsiktigt samt om en god tillgänglighet, för patientgrupper som inte omfattas av vårdgarantin, kan tillgodoses.*

Granskningen har omfattat analys av relevanta dokument, djupintervjuer med representanter för landstingets ledning och stab, chefer för verksamhetsområdena, enhetschefer samt kliniskt verksamma läkare och sjuksköterskor inom verksamhetsområdena RHR (Rehabilitering och Reumatologi), Ortopedi och Psykiatri. Granskningen har även omfattat en enkätundersökning till enhetschefer, avdelningschefer för läkaravdelning, schemaläggande läkare, schemaläggande sjuksköterskor, vårdutvecklare samt vårdgaranti- och eller operationskoordinatorer inom de tre berörda områdena, totalt 42 personer.

Resultatet av granskningen redovisas i bifogad granskningsrapport.

Vi konstaterar att "Lagen om vårdgaranti" och kömiljardsatsningar har haft en tydligt pådrivande effekt för att minska väntetiderna i landstingets vårdverksamhet. För patienterna i Jämtland har införandet inneburit en avsevärd minskning av väntetiderna. Vår bedömning är att landstinget har mål för vårdgarantiarbetet som är tydliga liksom att det finns regelverk och anvisningar för detta arbete. Rapporteringsrutinerna förefaller, enligt vad som framkommit, vara tillförlitliga, väl fungerande och väl förankrade i verksamheten.

Granskningen visar dock sammanfattningsvis att det inte finns tillräckliga kontroller för att säkerställa att vårdgarantin klaras långsiktigt.

I det följande redovisas de områden som behöver förbättras.

- Vi bedömer att arbetet med vårdgarantin har hög prioritet i landstinget och ägnas stor uppmärksamhet av landstingets tjänstemannaledning. Trots detta förefaller genomslaget i organisationen vara ojämnt. Granskningen visar en betydande skillnad i kännedom och attityd till landstingets mål och regelverk bland de

områden som ingått i granskningen. Det behövs enligt vår mening att landstingets intentioner på ett tydligare sätt förankras inom samtliga verksamheter.

- Verksamheterna som ingått i granskningen har enligt uppgift genomfört anpassningar av sin verksamhet för att klara vårdgarantins och kömiljardens krav. Vissa av dessa anpassningar har dock varit av kortsiktig karaktär t.ex. extra öppethållande, extra mottagning mm. För att långsiktigt klara vårdgarantin och att upprätthålla en tillfredsställande arbetsmiljö för medarbetarna bör planeringen av verksamheten och anpassningsåtgärderna ha ett mer långsiktigt perspektiv.
- Det behöver förtydligas vilka krav på produktionsplanering som ställs på verksamheterna. Granskningen visar att inställningen till och ambitionerna med produktionsplanering varierar bland de granskade områdena. Det förefaller finnas behov av resurser och support till verksamheterna för att de ska kunna bygga upp fungerande system för en sådan planering. Uppföljningen och utvärderingen av detta arbete behöver utvecklas.
- Granskningen visar att det finns mycket få data kring undanträngningseffekter d.v.s. om kömiljarden haft någon negativ påverkan på tillgängligheten för de patientgrupper som inte omfattas av garantin. För att uppnå kraven för kömiljarden finns enligt uppgift en fokusering på de åtgärder som ger mest resultat i förhållande till insats. Denna strävan efter följsamhet till kömiljardens kriterier kan medföra risk mot patientsäkerheten. Vi rekommenderar därför att landstingsstyrelsen skapar kontrollsystem för att förebygga och varna för eventuell undanträngning av patienter som inte omfattas av vårdgarantin. En viktig källa i det sammanhanget är patienternas upplevelser.
- Landstingets redovisning och ekonomisk uppföljning bör förbättras för att möjliggöra fortsatt utvärdering och analys av kostnadseffektiviteten i arbetet med vårdgarantin.

Vi emotser senast den 1 december 2011 en redovisning av vilka åtgärder som landstingsstyrelsen vidtar eller avser vidta med anledning av granskningsresultatet.

För Jämtlands läns landstings revisorer

  
Mona Nyberg  
Ordförande

  
Jöns Broström  
V ordförande

### Bilaga

Rapporten Granskning av Vårdgarantin inom Jämtlands läns landsting

### Kopia till

Fullmäktiges presidium  
Landstingsdirektören  
Bitr. landstingsdirektören  
VO cheferna för de granskade områdena  
Chefen för ledningsstab ekonomi

# Granskning av Vårdgarantin inom Jämtlands läns landsting

Dnr: LS/1019/2011

September 2011  
Dag Boman  
Anna Hedlin  
Mari Månsson  
Lars-Bertil Arvidsson

## Innehåll

<b>1</b>	<b>SAMMANFATTNING</b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>GRANSKNINGENS SYFTE OCH GENOMFÖRANDE</b>	<b>4</b>
2.1	BAKGRUND OCH SYFTE	4
2.2	UPPDRAGETS GENOMFÖRANDE	5
<b>3</b>	<b>ALLMÄNT OM VÅRDGARANTIN OCH "KÖMILJARDEN"</b>	<b>6</b>
3.1	LAGEN OM VÅRDGARANTIN	6
3.2	KÖMILJARDEN	6
<b>4</b>	<b>GRANSKNINGENS FRÅGESTÄLLNINGAR</b>	<b>7</b>
4.1	VÅRDGARANTINS UTFORMNING OCH STYRNING I JLL	7
4.2	VERKSAMHETERNAS HANTERING AV VÅRDGARANTIN	11
4.3	VÅRDGARANTI OCH PATIENTSÄKERHET	16
4.4	KOSTNADSEFFEKTIVITET	17
4.5	RAPPORTERING	20
<b>5</b>	<b>ÖVERGRIPANDE REVISIONSFRÅGA</b>	<b>21</b>
5.1	ÖVERGRIPANDE BEDÖMNING	21
5.2	FÖRBÄTTRINGSOMRÅDEN	22
<b>6</b>	<b>INTERVJUPERSONER</b>	<b>23</b>
	<b>BILAGA - ENKÄT OM VÅRDGARANTIN</b>	<b>24</b>

## 1 Sammanfattning

### *Uppdrag och genomförande*

Revisorerna i Jämtlands läns landsting har uppdragit åt Capire att göra en granskning av vårdgarantin inom specialistsjukvården.

Genomförandet av granskningen har omfattat analys av relevanta dokument, djupintervjuer med representanter för landstingets ledning och stab, chefer för verksamhetsområdena, enhetschefer samt kliniskt verksamma läkare och sjuksköterskor samt en särskild enkät inom de berörda verksamhetsområdena RHR (Rehabilitering och Reumatologi), Ortopedi och Psykiatri. Arbetet med granskningen har bedrivits under perioden juni till september 2011.

### *Övergripande revisionsfråga*

Den aktuella granskningen tar upp två centrala aspekter på Jämtlands läns landstings arbete med vårdgaranti. Frågeställningarna är om det finns en tillfredsställande *kontroll för att klara vårdgarantin långsiktigt* samt om en *god tillgänglighet för patientgrupper som inte omfattas av vårdgarantin* kan tillgodoses.

Sammantaget är vår bedömning att det inte finns en tillräcklig kontroll för att *klara vårdgarantin långsiktigt*. Vi bedömer att det är centralt för landstinget att utveckla hittillsvarande strategier, bl a genom att höja ambitionen och förstärka styrningen av den produktionsplanering som inletts. Likaså behöver en mer systematisk utvärdering komma till stånd.

Vårdgarantins regelverk skapar teoretiskt en risk för att återbesök för t ex personer med kronisk sjukdom trängs undan. Vi ser inga objektiva tecken i avvikelssystem eller öppna jämförelser som tyder på *undanträngningseffekter* men har ett flertal vittnesmål om att detta är fallet. Vi bedömer att kontrollsystemen för närvarande inte är tillräckliga. Vi rekommenderar landstinget att sträva mot en ökad systematik i att förebygga och varna för undanträngningseffekter.

### *Förutsättningar att långsiktigt klara vårdgarantin*

Landstingets tillgänglighet har förbättrats. Landstingets mål för tillgänglighet är tydliga och de följs upp kontinuerligt. Landstinget har även ett tydligt regelverk för vårdgarantiarbetet. Frågan har hög prioritet i landstinget och ägnas stor uppmärksamhet av landstingets tjänstemannaledning. Trots detta har vi funnit att genomslaget är ojämnt bland de undersökta verksamheterna. Utöver de gemensamma reglerna finns ingen uttalad landstingsgemensam tydlig strategi för hur vårdgarantin ska uppnås och långsiktigt upprätthållas. Det behöver förtydligas vilka krav på produktionsplanering som ställs på verksamheterna.

### *Verksamheternas anpassning*

De tre verksamhetsområden som ingår i granskningen har genomfört anpassningar av sin verksamhet för att klara vårdgarantins krav. Inom psykiatri och RHR är det otydligt vilka ambitionerna är med produktionsplanering. Längst av de tre verksamhetsområdena har ortopedin kommit, men arbete med att utveckla en planering som även inkluderar bemanning och kapacitet återstår även här. Verksamhetsområdena behöver adekvat stöd och förbättringsarbetet följas upp och utvärderas.

### *Eventuell undanträngningseffekt*

Vårdgarantins regelverk premierar nybesök vilket kan riskera att tränga undan återbesök för t ex personer med kronisk sjukdom. Enligt vår bedömning är det troligt att återbesök för patienter som inte omfattas av vårdgarantin har glesats ut under senare år. Det är dock svårt att särskilja effekter som beror på vårdgaranti och kömiljard från andra förändringar.

Vi rekommenderar landstinget att sträva mot en ökad systematik i att förebygga och varna för sådana effekter.

### *Kostnadseffektivitet*

Vår bedömning är att landstinget i stor utsträckning arbetar med ambitionen att få ut mesta möjliga vård i relation till insatserna. En försiktig bedömning är att de extra satsningar som gjorts har föranlett begränsade merkostnader. För närvarande saknas det underlag för att bedöma om det är kostnadseffektivt för landstinget att uppnå de krav som ställs för att kunna ta del av kömiljarden. Landstingets redovisning och ekonomisk uppföljning bör förbättras för att möjliggöra fortsatt utvärdering och analys.

### *Rapportering*

De rapporteringsrutiner som finns bedömer vi vara tillförlitliga och väl förankrade i verksamheten. I tillämpningsanvisningarna framgår regelverket för vårdgarantin och hänvisning finns till reglerna för kömiljarden. Rutinerna för rapportering fungerar väl och landstinget vet varje månad hur verksamheterna ligger till i förhållande till kraven för kömiljard och vårdgaranti.

### *Förbättringsområden*

Under arbetet med granskningen har särskilt följande förbättringsområden noterats:

- Det behöver förtydligas vilka krav på produktionsplanering som ställs på verksamheterna. Det behövs, enligt vår bedömning, även resurser och support till verksamheterna för att de ska kunna bygga upp fungerande system för en sådan planering. Uppföljningen och utvärderingen av detta arbete behöver utvecklas.
- Vi rekommenderar landstinget att sträva mot en ökad systematik i att förebygga och varna för risker för undanträngning av patienter som inte omfattas av vårdgarantin.
- Landstingets redovisning och ekonomisk uppföljning av vårdgaranti-/kömiljardarbetet bör förbättras för att möjliggöra fortsatt utvärdering och analys.

## 2 Granskningens syfte och genomförande

### *2.1 Bakgrund och syfte*

Landstingets revisorer har bedömt att det är angeläget att genomföra en granskning av vårdgarantin inom specialistsjukvården.

Landstinget har under flera år uppfyllt kraven i "kömiljarden", genom bl a extrasatsningar, som t ex kvällsmottagning inom ortopedin. Revisorerna har dock noterat en viss tillbakagång av tillgängligheten efter att man passerat de mätperioder som ingår i mätningen av "kömiljarden". Revisorerna bedömer att de återkommande extrasatsningarna, för att klara "kömiljarden", i längden kan komma att bli alltför ekonomiskt påfrestande för landstinget och att möjligheten att långsiktigt klara vårdgarantin därmed minskar.

I några verksamhetsberättelser har revisorerna kunnat notera att vårdgarantin har klarats på bekostnad av att patientgrupper som inte omfattas av vårdgarantin, t ex de med kroniska sjukdomar, fått stå tillbaka när det gäller tillgängligheten till återbesök. Revisorerna har därför bedömt att det kan finnas risk för en undanträngning av vissa patientgrupper i samband med att vårdgarantin ska klaras.

Den övergripande revisionsfrågan att svara på är om landstingsstyrelsen har en tillfredsställande kontroll av att vårdgarantin inom specialistsjukvården klaras långsiktigt, samtidigt som en god tillgänglighet för patientgrupper som inte omfattas av vårdgarantin kan tillgodoses.

Följande revisionsfrågor ska besvaras i granskningen:

1. Finns det en utarbetad strategi och/eller handlingsplan för att långsiktigt klara vårdgarantin inom specialistsjukvården och i så fall sker en tillfredsställande uppföljning och kontroll av att dessa strategier och handlingsplaner följs?
2. Har berörda verksamhetsområden i sin planering anpassat verksamheten utifrån vårdgarantins krav, med exempelvis produktionsplanering?
3. Hur säkerställs att patienter, som står utanför vårdgarantin, inte drabbas av en eventuell undanträngningseffekt i samband med att vårdgarantin ska klaras?
4. Finns en tillfredsställande uppföljning och utvärdering av de extra satsningarna som görs/gjorts för att klara "kömiljarden" utifrån ett kostnadseffektivitetsperspektiv?
5. Finns det en tillfredsställande intern kontroll som säkerställer en rättvisande rapportering av uppgifter i vårdgarantin dvs. att rapportering sker i enlighet med gällande regler och anvisningar?

Granskningen är avgränsad till följande verksamhetsområden RHR (Rehabilitering och Reumatologi), Ortopedi och Psykiatri.

### *Revisionskriterier*

Uppfylls kraven enligt:

- Hälso- och sjukvårdslagen 2 § prop. (1996/97:60)
- Lag om vårdgarantin prop. (2009/10:67)
- Kommunallagen 6 kap 7 §
- Landstingsplanen

## *2.2 Uppdragets genomförande*

Genomförandet av granskningen har omfattat analys av relevanta dokument, djupintervjuer med representanter för landstingets ledning och stab, chefer för verksamhetsområdena, enhetschefer samt kliniskt verksamma läkare och sjuksköterskor inom verksamhetsområden RHR (Rehabilitering och Reumatologi), Ortopedi och Psykiatri.

Inom ramen för arbetet har genomförts en enkät som riktats till enhetschefer, avdelningschefer för läkaravdelning, schemaläggande läkare, schemaläggande sjuksköterskor, vårdutvecklare samt vårdgaranti- och eller operationskoordinatorer inom de tre berörda verksamhetsområdena. Enkäten riktades till 42 personer. Svarsfrekvensen är 67 procent. Antalet svarande från verksamhetsområdet RHR är lågt varför resultaten därifrån inte redovisas.

Ansvarig projektledare vid landstingets revisionskontor är Jan-Olov Undvall, certifierad kommunal revisor. Granskningen har genomförts av Dag Boman, uppdragsledare, Anna Hedlin, kvalitetsansvarig, Lars-Bertil Arvidsson samt Mari Månsson. Projektet har genomförts i nära samråd med Majvor Enström och Jan-Olov Undvall som representanter för uppdragsgivaren.

Tjänstemän inom berörda verksamheter har fått möjlighet att faktagranska texter om iakttagelser i rapporten. Substans- och faktagranskning har utförts för att i verifiera gjorda utsagor samt att system och rutiner fungerar på avsett sätt.

Arbetet med granskningen har bedrivits under perioden juni till september 2011.

## 3 Allmänt om vårdgarantin och "kömiljarden"

### 3.1 Lagen om vårdgarantin

Den första juli 2010 trädde lagen om vårdgaranti i kraft. Vårdgarantin var, innan den blev en lag, en överenskommelse mellan regeringen och landstingsförbundet att ge patienterna vård inom nedanstående tider. Överenskommelsen trädde i kraft i november 2005. Trots att överenskommelsen funnits under flera år, uteblev de önskade effekterna, varför överenskommelsen istället förvandlades till en lag.

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) ska landstinget, efter lagändringen, erbjuda dem som är bosatta inom landstinget vårdgaranti. Vårdgarantin ska innehålla en försäkran om att den enskilde inom viss tid får

1. kontakt med primärvården (tillgänglighetsgaranti, 0 dagar)
2. besöka läkare inom primärvården (besöksgaranti, 7 dagar)
3. besöka den specialiserade vården (besöksgaranti, 90 dagar)
4. planerad vård (behandlingsgaranti, 90 dagar).

Om landstinget inte förmår uppfylla besöksgarantin eller behandlingsgarantin hos den specialiserade vården, ska landstinget se till att patienten kan få vård hos en annan vårdgivare utan extra kostnad för patienten.

Vårdgarantin gäller dock inte:

- återbesök
- om man av medicinska skäl bör vänta längre än garantins tidsgränser
- medicinsk service (exempelvis laboratorie- och röntgenundersökning)
- utredningar och undersökningar
- hjälpmedelsförsörjning (dock ingår utprovning av hörapparater i vårdgarantin)
- om patienten tackar nej till erbjuden vård hos annan vårdgivare (patienten kan i ett senare skede anta erbjudandet som vårdgarantin innebär).

### 3.2 Kömiljarden

#### *Villkor för kömiljarden 2010*

För att få ytterligare effekt på väntetiderna införde regeringen år 2010 en så kallad kömiljard. De landsting som klarade att uppfylla villkoren för kömiljarden, fick vara med och dela på en miljard kronor. Villkoren för kömiljarden baserades på lagen om vårdgaranti.

En förutsättning för att ett landsting skulle kunna få del av kömiljarden var att de rapporterat väntetider till databasen "Väntetider i vården". För att få del av medlen krävdes att svarsfrekvensen för inrapporteringen minst nådde upp till 95 procent.

De krav som ställdes år 2010 var att landstingen inom 90 dagar skulle klara av att erbjuda

- minst 80 procent av patienterna *besök* till specialist
- minst 80 procent av patienterna *behandling* i planerad specialiserad vård

De landsting som klarade dessa villkor fick dela på 900 miljoner kronor från staten. Återstående 100 miljoner kronor fördelades mellan de landsting som nådde ännu bättre resultat. Kraven för denna särskilda bonus var att 90 procent eller fler av patienterna fick besök respektive fick behandling inom 90 dagar inom specialiserad vård.



Om inget landsting nådde målet om 90 procent fördelades dessa 100 miljoner kronor istället mellan de landsting som uppnådde 80-procentmålet.

## *Villkor under år 2011*

Inför 2011 beslöt regeringen att strama upp reglerna för kömiljarden. Kraven fastställdes i november 2010 och innebär att väntetiden för såväl mottagningsbesök som behandling har kortats ner till 60 dagar, med två målnivåer: 70 respektive 80 procent.

Kömiljarden fördelas så att de landsting som når målet att

- 70 procent får vård inom 60 dagar för *mottagningsbesök* får dela på 400 miljoner kronor
- 70 procent får vård inom 60 dagar för *behandling* får dela på 400 miljoner kronor
- 80 procent får vård inom 60 dagar för *mottagningsbesök* får dela på ytterligare 100 miljoner kronor
- 80 procent får vård inom 60 dagar för *behandling* får dela på ytterligare 100 miljoner kronor

Fördelningen mellan landstingen sker i relation till deras befolkningsunderlag. Mätning av resultat och utbetalning av kömiljarden sker månadsvis. Resultaten beräknas enligt följande:

*Antalet väntande 60 dagar eller kortare (0-60) per månad dividerat med totalt antal väntande per månad, **inklusive** patientvald väntan.*

## *Resultat*

Väntetiderna i den svenska sjukvården kan fortlöpande följas via en särskild hemsida - [www.vantetider.se](http://www.vantetider.se). Där noteras bl a från december 2010 att riksgenomsnittet för den andel av patienterna som väntat högst 90 dagar är 90 procent. I denna jämförelse är Jämtland tredje bäst i landet med 95 procent av patienterna som fått förstasbesök inom 90 dagar. Snittet i riket för behandling (operation eller åtgärd) är 89 procent som får vård inom 90 dagar jämfört med 88 i Jämtland.

## 4 Granskningens frågeställningar

### 4.1 Vårdgarantins utformning och styrning i JLL

Revisionsfråga som behandlas i detta avsnitt är:

*Finns det en utarbetad strategi och/eller handlingsplan för att långsiktigt klara vårdgarantin inom specialistsjukvården och i så fall sker en tillfredsställande uppföljning och kontroll av att dessa strategier och handlingsplaner följs?*

#### 4.1.1 Iakttagelser om vårdgarantins utformning

##### *Mål för arbetet med vårdgarantin*

Landstingets mål för vårdgarantin har fastställts i landstingsplanen. I Landstingsplan 2011 – 13 beskrivs följande mål för tillgänglighet.

<b>Mätetal</b>	<b>Målvärde</b>
Kontakt med hälsocentral samma dag	100 %
Besök hos allmänläkare inom 7 dagar	100 %
Besök inom specialiserade vården inom 90 dagar	Lägst 80 %
Behandling inom specialiserade vården inom 90 dagar	Lägst 80 %

Målen baseras på lagen om vårdgaranti och har för den specialiserade vårdens vidkommande samma målvärden som kömiljarden 2010.

## *Regler och organisation*

Landstinget har lagtexten för vårdgaranti som utgångspunkt för sitt agerande. Inga kompletterande policys har beslutats. Landstingsdirektören beslöt i juni 2010 om tillämpningsanvisningar<sup>1</sup>. I dessa återges reglerna samt rekommendationer och definitioner som utarbetats vid SKL (Sveriges kommuner och landsting). I anvisningarna framgår vidare praktiska rutiner som ska tillämpas. Här beskrivs t ex hur vården ska agera om väntetiden beräknas överstiga 90 dagar, om patienten uteblir. Anvisningarna ger även tydliga instruktioner om hur vårdtiderna ska mätas och rapporteras.

Utöver anvisningarna har en för landstinget gemensam *handlingsplan* inte utarbetats. Detta med motiveringen att ansvaret för vårdgarantin återfinns på verksamhetsnivå.

Enligt vad som framkommer av intervjuer och dokument har frågan om väntetider och vårdgarantin *hög prioritet* inom landstingets ledning. Tillgänglighetsfrågorna är återkommande ämnen i ledningsgruppen. Verksamhetscheferna träffas halvårsvis exklusivt för att göra avstämningar av arbetet med vårdgarantin. Därutöver har tillskapats en sk "kömiljardgrupp" som möts minst en gång per månad. I gruppen återfinns verksamhetsområdescheferna för både opererande och övriga specialiteter.

I landstingsdirektörens stab finns en person som har rollen som kontaktperson för vårdgaranti och tillgänglighetsfrågor. I uppgiften ingår att initiera månadsuppföljningar, kvalitets-säkra underlaget samt vidareförmedla information och kunskap om utvecklingen, nationella förändringar i regler och rutiner mm inom landstinget.

Av intervjuerna framgår att regelverket i flertalet fall uppfattas som tydligt, avseende bl a verksamheternas ansvar, hantering av patienter som står utanför vårdgarantin samt hur patienter och anställda ska informeras.

Samma positiva bild framkommer i den enkät som genomförts riktad till personer med chefs- och eller planerings- och koordinationsroller. Ett flertal har angivit landstingets mål och regler är ganska eller mycket tydliga. Några förefaller (ca 15 procent) efterlysa något tydligare åiterrapportering om väntetider även om de flesta är nöjda. Samma sak gäller information till medarbetarna. En fjärdedel av respondenterna anger att det inte är tydligt hur personalens arbetstid ska planeras eller hur hänvisning av patienter till andra vårdgivare ska gå till.

På flertalet av ställda frågor i enkäten om *regelverkets tillämpbarhet* anger en stor majoritet av respondenterna i enkäten att så är fallet i ganska hög grad eller i hög grad. Enda undantaget är planering av arbetstidens personal där en tredje del av svarande anger i ganska låg grad eller i låg grad.

Resultaten av enkäten visar på en stor skillnad mellan ortopedi och psykiatri. Att döma av enkätsvaren är kännedomen om regelverk och mål avsevärt större inom ortopedin än inom psykiatri. Exempelvis uppger 83 procent av de svarande inom ortopedin att de har kännedom om landstingets anvisningar mot 42 procent inom psykiatri. Inom psykiatri är det 67 procent av de svarande som har ganska liten kännedom om målen för vårdgarantin.

## *Strategi*

Införandet av kömiljarden 2010 föranledde landstinget att göra *särskilda satsningar* med extrapersonal, kvällsöppet o dyl i syfte att komma i balans vad gäller produktion och kö. Det betonas att detta avser enstaka insatser och arbetet med att klara garantin därefter ska ske inom den reguljära verksamheten.

---

<sup>1</sup> Tillämpningsanvisningar för vårdgarantin inom Jämtlands läns landsting, version 1, 2010-06-21

Från landstingsdirektörens sida har bedömts att det är väsentligt att verksamheterna börjar tillämpa sk produktionsplanering. Av de områdesspecifika uppdragen för 2011 framgår att verksamheterna ”ska bidra till gemensamma utvecklingen av modell för produktionsplaneringen”. Detta ligger i anslutning till de flödesbeskrivningar som verksamheterna har till uppdrag att utföra. För närvarande drivs t ex ett projekt för bättre flöden inom operationsverksamheten. Närmare landstigs-gemensamma riktlinjer för produktionsplanering är ännu inte beslutade och det framgår av granskningen att verksamheterna arbetar på olika sätt med denna fråga. Detta beskrivs närmare i nästa avsnitt.

Några uttalade *incitament* för att stimulera tillgänglighetsarbetet finns inte inom landstinget. Det framkommer samtidigt vid intervjuer att många under 2010 såg mycket positivt på att anstränga sig för helhetens bästa. Många uttrycker en stor stolthet över att målen uppfylldes och medel från kömiljarden föll ut till landstinget.

Bilden av situationen under innevarande år är inte lika ljus. Det är landstingets beslut att inkludera förväntade intäkter från kömiljarden i budgeten som ådrar sig kritik (se vidare avsnitt 4.4). De skärpta kraven, som offentliggjordes efter att budgeten antogs, medför att utfallet under 2011 antas bli avsevärt lägre än förväntat. En av de intervjuade uttryckte: ”*Entusiasmen för detta är avsevärt mindre idag. I fjol hade vi en morot. I år har vi en piska*”. För verksamheterna har det i intervjuer uttalats att de förändrade reglerna för kömiljarden mellan 2010 och 2011 har inneburit en betydligt större stress i arbetet och att fokus har hamnat mer på att klara respektive månad, istället för att tänka långsiktigt och strategiskt. Fortfarande får landstinget ta del av medlen från kömiljarden, men jämfört med 2010 kommer den totala summan att sjunka avsevärt.

Det framgår av intervjuerna att kömiljarden inbjuder till taktiskt agerande: ”*Vid mätning av tillgängligheten är förhållandevis små och mindre kostsamma ingrepp som en audionom-undersökning lika mycket värd som en höftledsoperation*”.

### Uppföljning och utvärdering

Resultatet av det löpande tillgänglighetsarbetet följs upp enligt anvisningarna och rapporteras vidare till SKL. Se avsnitt 4.5 om rapportering.

Landstingets ledning har lagt stor vikt vid att rätt information ska gå ut till landstingets anställda och att anvisningarna är kända och förankrade. Vid två tillfällen har det genomförts personalenkäter kring vårdgarantin och personalens inställning till denna. Vid det senare tillfället märktes att attityden gentemot vårdgarantin blivit mer positiv hos personalen. Verksamheterna förväntas lämna information vid reguljära uppföljningstillfällen om sin produktionsplanering. Utöver insamlingen av ovanstående uppgifter har ingen utvärdering av hur vårdgarantiarbetet utförts skett. Verksamheternas arbets sätt med tillgänglighet följs inte upp annat än genom muntlig redovisning vid reguljära möten och verksamhetsdialoger.

### Effekter inom JLL av vårdgaranti och kömiljard

Införandet av vårdgaranti och kömiljard har inneburit en avsevärd minskning av väntetiderna för patienterna.

Om man jämfört totalt antal väntande patienter och patienter väntande över 90 dagar för att få besök eller åtgärd utförd mellan 2007 och 2010 är siffrorna som följer:

	2007	2010	Differens %
Besök, totalt antal väntande	4 177	2 554	- 38 %
Besök, väntande över 90 dagar	1 335	108	- 92 %
Åtgärder/op, totalt antal väntande	1 535	1 136	- 26 %
Åtgärder/op, totalt antal väntande över 90 dagar	573	190	- 67 %

Den vårdgarantiansvariga på landstinget gör bedömningen att siffrorna kommer att förbättras ytterligare för 2011. För de enskilda verksamhetsområdena finns inte statistik för besök längre tillbaka än 2009. Siffrorna för åtgärder/operation går inte att jämföra bakåt i tiden eftersom nya diagnoser har tillkommit efter hand.

Inom ortopedin har 21 patienter väntat över 90 dagar på besök hittills under 2011. Det är 3 procent av totalt antal väntande. Inom psykiatri är motsvarande siffra 2 procent. Inom RHR har ingen väntat på ett nybesök längre än 90 dagar. Detta är i samtliga fall en avsevärd förbättring jämfört med tidigare år.

#### 4.1.2 Bedömning och slutsatser om vårdgarantins utformning

Såsom framgått av ovanstående beskrivning har landstingets tillgänglighet förbättrats och antalet väntande utöver vårdgarantins stipulerade gränser har minskat. Några slutsatser som kan dras av granskningen är bl a att landstingets mål för tillgänglighet är tydliga och de följs upp kontinuerligt. Landstinget har även antagit ett tydligt regelverk och tydliga anvisningar för vårdgarantiarbetet. Det är tydligt att ansvaret för vårdgaranti ligger på respektive verksamhetsområde. Vi bedömer att såväl lagen om vårdgaranti som kömiljardsatsningarna har haft en tydlig pådrivande effekt för att kapa väntetiderna i landstinget.

Vår bedömning är att frågan har hög prioritet i landstinget och ägnas stor uppmärksamhet av landstingets tjänstemannaledning. Trots detta förefaller genomslaget i organisationen vara ojämnt. I denna undersökning har noterats en betydande skillnad i kännedom om och attityder till landstingets mål och regelverk mellan ortopedi och psykiatri. Vi bedömer att landstingets intentioner är väl förankrade inom ortopedin och i mindre utsträckning inom RHR och framförallt psykiatri.

Utöver de gemensamma reglerna finns ingen uttalad landstingsgemensam strategi för hur vårdgaranti ska uppnås och långsiktigt upprätthållas. Verksamheterna är ålagda att bidra till den *"gemensamma utvecklingen av modell för produktionsplaneringen"*. För att detta arbete ska få ett ökat genomslag behövs en gemensam definition. Vi bedömer att det för närvarande är oklart hur arbetet med produktionsplanering ska drivas vidare.

Det uppföljningsarbete som genomförs är framförallt kopplat till väntetiderna. Vi bedömer att det är en brist att någon utvärdering av arbetets effektivitet inte har genomförts (t ex avseende uppnådda resultat av insatta ansträngningar och eventuella bieffekter i ett patient- eller arbetsmiljöperspektiv).

Vår bedömning är således att det finns flera styrkor i landstingets arbete med vårdgaranti och kömiljard. Strategin för att långsiktigt klara vårdgaranti är däremot inte tydlig. Verksamheterna har frihet att utforma arbetet på sitt eget sätt. Slutsatsen är att det inte sker en tillfredsställande uppföljning och kontroll av att landstinget bygger upp struktur och metoder för att långsiktigt klara kraven enligt lagen om vårdgaranti.

Våra bedömningar är att

- Landstingets mål för vårdgarantiarbetet är tydliga liksom dess regelverk och anvisningar.
- Lagen om vårdgaranti och kömiljardsatsningarna har haft en tydlig pådrivande effekt för att minska väntetiderna i landstinget.
- Landstingets intentioner är väl förankrade inom ortopedin och i mindre utsträckning inom RHR och framförallt psykiatri.
- Det behöver förtydligas vilka krav på produktionsplanering som ställs på verksamheterna. Det behövs resurser och support till verksamheterna för att de ska kunna bygga upp fungerande system för en sådan planering. Uppföljningen och utvärderingen av detta arbete behöver utvecklas.

## 4.2 Verksamheternas hantering av vårdgarantin

Revisionsfråga som behandlas i detta avsnitt är:

*Har berörda verksamhetsområden i sin planering anpassat verksamheten utifrån vårdgarantins krav, med exempelvis produktionsplanering?*

### 4.2.1 Iakttagelser om verksamheternas hantering av vårdgarantin

#### *Olika förutsättningar i de tre verksamheterna*

De tre verksamheter som ingår i denna granskning har olika förutsättningar. Av ortopedins patienter omfattas i stort sett 100 procent av vårdgarantin. Inom RHR har en stor andel av patienterna kroniska sjukdomar. Deras återbesök omfattas inte av vårdgarantin. Samma förhållande gäller för delar av psykiatrin, bl a utredningar.

#### *Vårdgarantins hantering inom ortopedin*

Inom ortopedin bedrivs produktionsplanering baserat på hur många besök, återbesök, operationer osv som behöver utföras per år och vecka för att klara efterfrågan. Produktionsmål har satts upp per diagnos.

Denna plan bildar även basen för uppföljning i form av produktionsmöten med enhetschefer för läkaravdelning och mottagning, operationskoordinatorerna och sjuksköterska från mottagning. Vid dessa möten, som genomförs varannan vecka, följs upp vilka diagnosgrupper som har många väntande patienter och där extra vårdinsatser behöver planeras in. Sådana insatser kan handla om extra läkarresurser, remissmottagningar kvällstid, "temaveckor" på operation osv. Där verksamheten inte klarar vårdgarantin erbjuds patienten hjälp att söka vård vid annan vårdgivare.

Det uppges i intervjuer med representanter för verksamheten att nästa steg är utveckla kapacitetsplaneringen, dvs matcha resurserna till behoven. Här är man ännu inte framme vid en lösning. Det stora antalet subspecialiteter anges vara ett hinder för detta. *"Vi vet vad och hur man ska göra men inte fått till det bemanningsmässigt."*

Det uppges vidare att vårdgarantiarbetet medfört intensifierat samarbete med andra verksamheter, vilket t ex öppnat tillgång till operationssalar. Framförallt operationsverksamheten har en stor betydelse för att få till stånd ett bra flöde. Samarbete sker mellan ortopedi och operation med utgångspunkt från ortopedins produktionsplanering. Det görs bl a en matchning hur många operationer som är möjliga att göra på en vecka. Resultatet är bl a att flertal operationer som tidigare skickades till andra landsting har tagits hem.

#### *Vårdgarantins hantering inom psykiatrin*

Tillgängligheten har varit en fokusfråga inom psykiatrin under de tre senaste åren. Under dessa år har, enligt verksamhetens ledning, genomförts ett antal större projekt som syftat att skapa långsiktighet i arbetet. I dessa är köanalyser ett återkommande element. Exempel på andra frågor som berörts är remissrutiner. Denna typ av insatser uppges nu vara en naturlig del av planeringen.

Av intervjuer med anställda inom psykiatrin framgår att ett inslag i denna kraftsamling varit att gå igenom listor på alla väntande och att koncentrera resurser för att beta av köerna. Så skedde bland annat under hösten 2010. Detta gav effekt på väntetiderna. Samtidigt ifrågasätts bland de intervjuade om effekten är långsiktig.

Från psykiatrins sida framförs att renodlad produktionsplanering är mindre relevant inom det psykiatriska området än inom den somatiska vården. Det saknas en *gemensam handlings-*

plan inom verksamhetsområdet. En särskild plan finns dock inom neuropsykiatri efter som denna verksamhet har haft tillgänglighetsproblem. Bland intervjuade finns synpunkten att det är otydligt hur verksamhetsområdets strategi för en långsiktigt hög tillgänglighet ser ut. Personal som intervjuats uppger att de inte upplever att de är delaktiga i planeringsarbetet.

## Vårdgarantins hantering inom RHR

RHR:s (Rehabilitering och reumatologi) verksamhet utmärks av att verksamheten har en stor andel patienter som är återkommande för återbesök, uppföljning av medicinering mm. Till skillnad från nya besökande patienter omfattas inte denna grupp av vårdgarantin. Varje läkare, inklusive stafettläkarna, ansvarar för sin väntelista och ska prioritera sin tid mellan nya och återbesökande patienter.

RHR tillämpar en helårsplanering för sin produktion. Planen baseras på de behov som förutses och de bemanningsresurser som verksamheten förfogar över. Planeringen följs upp varje månad och återrapporteras på alla nivåer. Enligt intervjuade fungerar detta bra som en utgångspunkt, men att planen är svår att upprätthålla. Det sker svängningar både i patientflödet och i bemanningen.

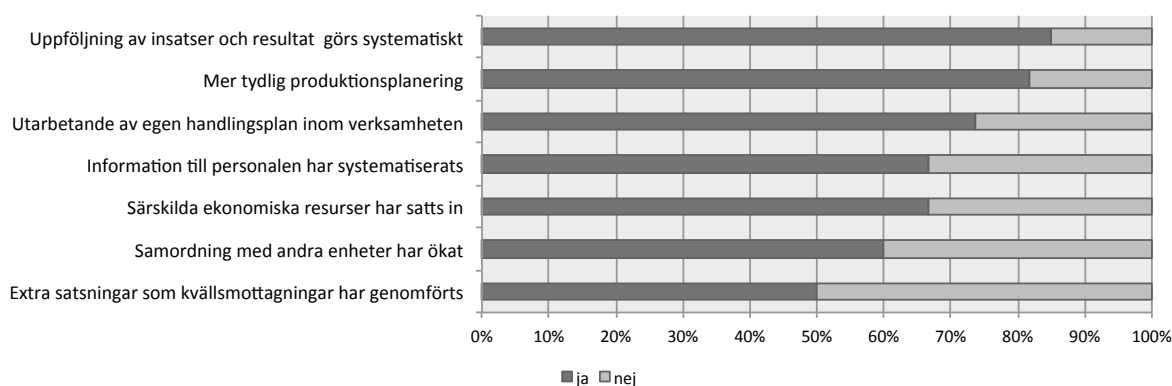
RHR tillämpar inga särskilda arbetsverktyg för den konkreta planeringen. Det är läkarsekretärerna som svarar för att bedöma hur många patienter som kan tas emot. "Man tittar på väntelistan hur många som står i kö, patientens prioriteringar och när vårdgarantitiden går ut. Tittar på läkarnas schema för att se hur många nybesök man kan få in."

För att tydliggöra behovet av återbesök är det märkt i väntelistorna vilka patienter som står på medicinering där det behövs uppföljning.

## Enkätresultat om arbetet med vårdgarantin

I den enkät som genomförts riktad till personer med chefs- och eller planerings- och koordinationsroller har frågor ställts om vårdgarantins genomförande. Det framkommer i enkäten att ett flertal åtgärder har genomförts (se diagram 1). Av dessa är uppföljning och produktionsplanering de mest påfallande.

Diagram 1. Svar på frågan "Vidtas följande åtgärder inom verksamheten för att klara vårdgarantin?" (Alla svarande, varvid "vet ej" har exkluderats)



I enkäten framträder avsevärda skillnader mellan ortopedi och psykiatri. Inom ortopedin har 100 procent svarat att en mer tydlig produktionsplanering har vidtagits. Inom psykiatri är det 64 procent. I fråga om personalinformation är det 78 procent inom ortopedin som uppgett att den systematiskt, mot 27 procent inom psykiatri.

De framkommer också av en fråga i enkäten att en stor majoritet av de som besvarat enkäten anser att insatserna i allmänhet varit effektiva för att klara vårdgarantin.

Uppföljningen av vårdgarantin handlar enligt enkätsvaren i hög grad om uppföljning av väntetider. Tre av fyra svarande (avser alla svarande) anger vidare att produktionsplaneringen följs upp.

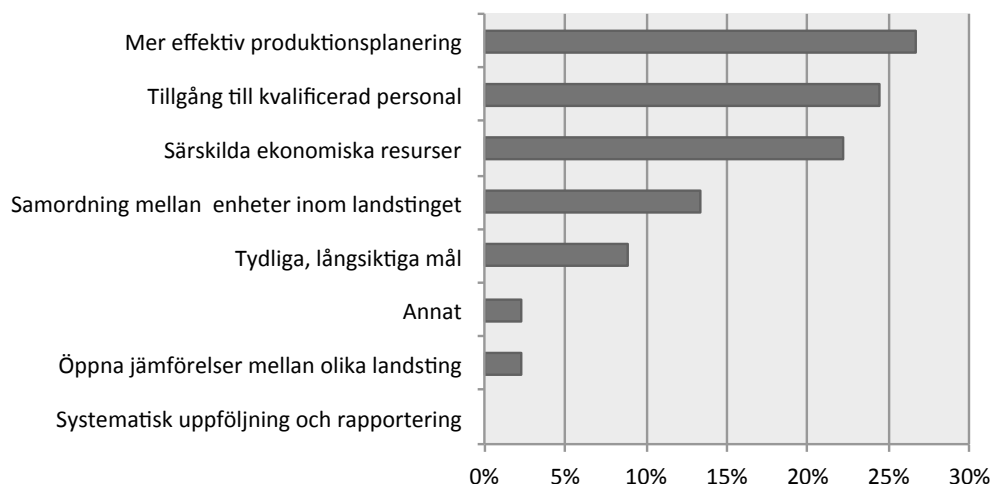
Områden som i lägre grad följs upp är<sup>2</sup>

- uppföljning av patientupplevd kvalitet (59 % anger i låg eller ganska låg grad)
- uppföljning av information till patienterna (47 % anger i låg eller ganska låg grad)
- uppföljning av resursanvändning (38 % anger i låg eller ganska låg grad).

Av svaren i enkäten kan återigen ses en stor skillnad mellan ortopedi och psykiatri. Det är ungefär dubbelt så många inom ortopedin som uppger att det sker uppföljning av de nämnda parametrarna än inom psykiatrin.

De som besvarat enkäten anser att de viktigaste faktorerna för ett långsiktigt resultat av arbetet med vårdgarantin är en mer effektiv produktionsplanering, tillgång till kvalificerad personal samt särskilda ekonomiska resurser. Jämförelser och systematisk uppföljning och utvärdering anses ha liten betydelse (se diagram 2).

Diagram 2. Svar på frågan "Vilka faktorer bedömer Du vara mest avgörande för att arbetet med vårdgaranti ska bli långsiktigt framgångsrikt?" (Två alternativ kunde anges) (Alla svarande)

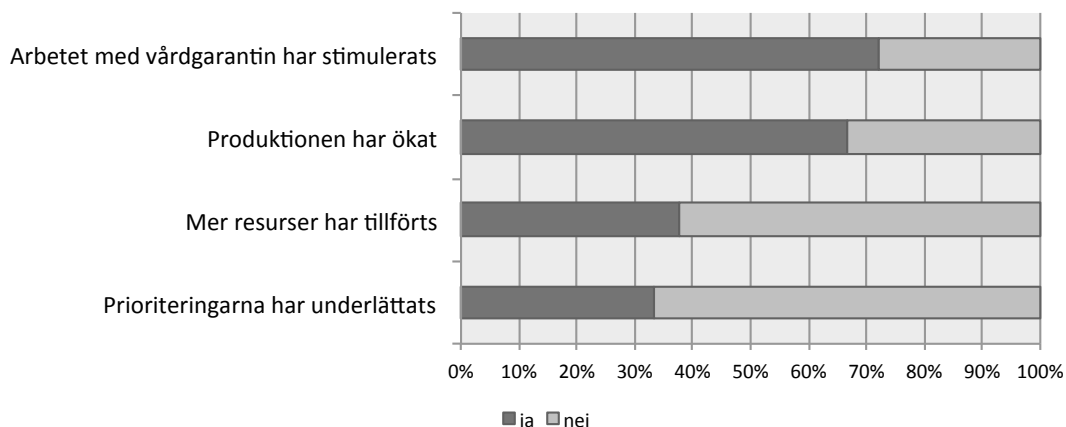


### Enkätsvar om kömiljarden

Av frågor som ställts i enkäten om kömiljardens påverkan framgår att en majoritet av alla svarande anser att arbetet med vårdgarantin har stimulerats och produktionen har ökat. Bilden av detta inom ortopedin är mer positiv än inom psykiatrin. Av samtliga svarande är det drygt trettio procent som anser att prioriteringar har underlättats (se diagram 3).

<sup>2</sup> De som angivit svarsalternativet vet ej ingår inte i procenttalet.

Diagram 3. Svar på frågan: Hur bedömer du att kömiljarden (bonusmedel från staten) har påverkat arbetet med vårdgarantin? (Alla svarande. Svartalernativet "vet inte" har exkluderats)



### Effekter för verksamhet och arbetsmiljö

Bland de som intervjuats inom ramen för granskningen finns en stor majoritet som anser att arbetet för ökad tillgänglighet har lett till ökad *arbetsbelastning* och ökad stress i arbetet. Framförallt gäller detta kömiljarden. Några framför även att arbetet i dag upplevs som ryckigare än tidigare.

Ett flertal, men inte alla, som medverkat i intervjuer ser samtidigt positivt på förändringarna ur arbetsmiljösynpunkt. Det ses som mycket positivt att kunna ge tydliga besked till patienterna. Många ser en stor tillfredsställelse i att väntetiderna har kortats. Följande citat är illustrativt: *"Det är högre tempo nu för det är högre krav. Det är kömiljardspöket som är över en. Samtidigt har det hjälpt till att effektivisera verksamheten. Tycker att det funkar bra"*.

Det finns även delade meningar om *patientflödena* har utvecklats i positiv eller negativ riktning. Vissa hävdar att flödena försämrats och pekar främst på situationen för kroniska patienter. Andra noterar att flödena har förbättrats och att arbetet med vårdgarantin skapat ett förändringstryck som t ex resulterat i bättre remissrutiner. Några intervjuade menar att arbetsprocesserna har blivit tydligare.

*Bemanningsfrågorna* förefaller, enligt de intervjuade fungera relativt bra. *"Numera arbetar alla när man är på jobbet, tidigare var det lite si och så med det... Visst har det blivit tuffare, men personalen hinner med. Det är effektivare idag."*

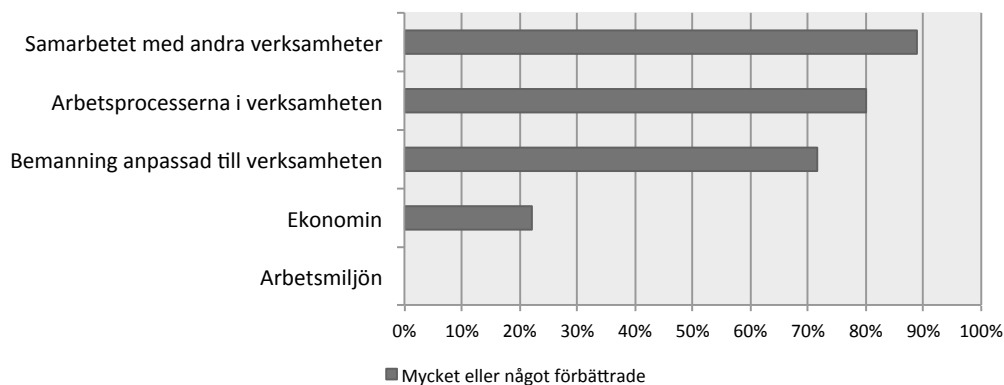
Några lyfter fram att tillgänglighetsarbetet har tydliggjort resursbehovet och skapat ökad förståelse för vad som krävs för att klara produktionen. Flera beskriver att de har fått en fastare grund att stå på vid bedömning av behovet av stafettläkare.

Vårdgaranti och kömiljard anses däremot fungera väldigt illa under sommar- och semesterperioder. JLL som ett litet landsting anses inte ha möjlighet att upprätthålla den elektiva verksamheten under sommaren.

Ingen av de som medverkat i enkäten anser att arbetsmiljön anser att arbetsmiljön har förbättrats. Däremot lyfts fram att samarbetet med andra verksamheter förbättrats liksom arbetsprocesserna och anpassningen av bemanningen (se diagram 4).



Diagram 4. Svar på frågan: Vilka effekter har arbetet med vårdgaranti och kömiljard fått för den egna verksamheten i följande avseenden? (Alla svarande. Svartalternativen "vet ej" och "berörs ej" har exkluderats)



#### 4.2.2 Bedömning och slutsatser om verksamheternas hantering av vårdgarantin

En slutsats som vi kan dra av genomlysningen av de tre verksamhetsområden som ingår i granskningen är att samtliga har genomfört anpassningar av sin verksamhet för att klara vårdgarantins och kömiljardens krav. Vissa av dessa anpassningar har varit av kortsiktig karaktär t ex extra öppethållande eller olika typer av kraftsamlingsperioder.

Verksamhetsområdena har ett gemensamt uppdrag att utveckla produktionsplanering. Begreppet produktionsplanering förknippas med ett effektivt användande av resurser och kompetens. Syftet med planeringen är en matchning mellan befolkningens behov och sjukvårdens resurser. Planeringen bör ha en god framförhållning, behovsbaserad schemaläggning samt synkronisering av yrkesgrupper och resurser i en vårdkedja. Nyckelord är till exempel processtyrning, materiallogistik, resurs- och kapacitetsplanering och kostnadseffektivitet. En bra produktionsplanering bör även kännetecknas av transparens och vara dokumenterad<sup>3</sup>.

Verksamhetsområdena har gjort olika överväganden om hur anpassningen ska gå till. Inom psykiatri och RHR är det, enligt vår bedömning, otydligt vilka ambitionerna är med produktionsplanering och vad som läggs in i verksamhetsområdenas strategi. Längst av de tre verksamhetsområdena har ortopedin kommit. Vi bedömer att ortopedins utveckling och effektivitet fortlöpande stimuleras med hjälp av dess planeringsansats. Samtidigt bör det noteras att det även inom ortopedin återstår arbete att planera även av bemanning och kapacitet.

De iakttagelser som gjorts beträffande verksamhetsområdenas anpassning understryker den slutsats som beskrivs i avsnitt 4.1, nämligen att landstinget behöver höja sin ambition när det gäller produktionsplanering, förtydliga kraven på verksamhetsområdena och utforma en adekvat modell för stöd och uppföljning.

Våra bedömningar i sammanfattning är att

- De tre verksamhetsområden som ingår i granskningen har genomfört anpassningar av sin verksamhet för att klara vårdgarantins och kömiljardens krav
- Inom psykiatri och RHR är det otydligt vad som läggs in i verksamhetsområdenas strategi. Längst av de tre verksamhetsområdena har ortopedin kommit
- För att utveckla produktionsplanering behöver landstinget skrapa kraven på verksamhetsområdena och utforma en adekvat modell för stöd och uppföljning.

<sup>3</sup> Källa: SLL Landstingsrevisorerna: Projektrapport Nr 11/2009, Produktionsstyrning inom sjukhusen

## 4.3 Vårdgaranti och patientsäkerhet

Revisionsfrågor som behandlas i detta avsnitt är:

*Hur säkerställs att patienter, som står utanför vårdgarantin, inte drabbas av en eventuell undanträngningseffekt i samband med att vårdgarantin ska klaras?*

Här kommenteras även övergripande våra iakttagelser om JLL:s tillämpning av vårdgarantin ur ett patientsäkerhetsperspektiv.

### 4.3.1 Iakttagelser om vårdgaranti och patientsäkerhet

Patientsäkerhet kan belysas genom effekter på enskilda patienter eller hur grupper av patienter påverkas. Det första perspektivet handlar om avvikelser som kan drabba enstaka individer pga av systemfel eller individuella misstag. Det andra mer om fördelning av avvikelser mellan grupper där vinster i en grupp kan ge förluster i en annan.

Vid intervjuer får vi en något splittrad bild av riskerna för olika patienter och patientgrupper. Generellt kan sägas att ju närmare vårdgolvet vi kommer desto mer risker förs fram. Tydligast är åsikten bland vårdpersonal att på gruppnivå får kroniskt sjuka patienter sämre vård och längre mellan nödvändiga återbesök. Medarbetarna anser också att det är just vårdgarantin/kömiljarden som är orsaken till omprioriteringen medan ledningspersoner mer trycker på ineffektiva flöden och resurser.

Av enkätresultaten går att utläsa att hälften av de svarande anser att patienter som inte omfattas av vårdgarantin har fått längre väntetider. En knapp fjärdedel anger att dessa patienter inte drabbats av någon försämring eller fått en förbättring tack vare effektivare arbetssätt.

En hel del arbete pågår för att minimera negativa effekter av prioritering av nybesök. Vi har sett flera exempel på innovativa lösningar i form av ansatser till produktionsplanering, temaveckor. De flesta vi talat med ser vårdgarantin och kömiljarden som en bra stimulans till att starta förändringsarbeten. Detta bekräftas även av de resultat av enkäten som redovisades i föregående avsnitt.

I avvikelserregistreringssystemen liksom hos patientnämnden uppges att det finns mycket få referenser som handlar om vårdgarantin och kömiljarden och ingen tendens till ökning av anmälningar. Den tydligaste effekten hos patientnämnden är färre anmälningar pga långa väntetider under de senaste åren.

#### *Externa jämförelser*

Öppna jämförelser genomförs årligen sedan fem år med numera drygt 130 indikatorer. Landstingen jämförs här med varandra och tendenser inom ett landsting kan följas för varje indikator.

Ett mått på undanträngningseffekt av kroniskt sjuka patienter skulle kunna vara att indikatorer som belyser deras vård skulle påverkas negativt. En sådan indikator kan vara användning av biologiska läkemedel vid reumatisk sjukdom. I detta fall har Jämtlands läns landsting en mycket positiv trend. Psykiatrin har en positiv trend jämfört med riket. För flertalet indikatorer kan varken positiva eller negativa trender i jämförelse med riket noteras för Jämtland.

### 4.3.2 Bedömning och slutsatser om vårdgaranti och patientsäkerhet

Vårdgarantins regelverk premierar nybesök, vilket teoretiskt med oförändrade resurser och fullt resursutnyttjande skulle tränga undan återbesök för t ex personer med kronisk sjukdom. Det finns emellertid en mängd kompenserande mekanismer för att denna undanträngningseffekt inte skall inträffa. Dessa mekanismer är vårdpersonalens etiska grund, etablerade kon-taktvägar, nya sätt att utföra vårdtjänster, effektiviseringar mm.

Enligt vår bedömning är det troligt att återbesök för patienter som inte omfattas av vårdgarantin har glesats ut under senare år. Vilken storlek det är på denna förändring och eventuella effekter på hälsa och patientsäkerhet har inte gått att få fram. Det är också svårt att särskilja effekter som beror på vårdgaranti och kömiljard från andra förändringar som genomförs kontinuerligt.

Ur ett patientsäkerhetsperspektiv har väntetider till nybesök kortats generellt vilket troligen ger enstaka patienter tillgång till bra behandling tidigare i sjukdomsförloppet vilket ger bättre prognos. På gruppnivå kan dessa vinster uppväga förlusterna för den kroniskt sjuka gruppen som får färre återbesök och möjligen sämre vård. I ett längre perspektiv torde de positiva effekterna, åtminstone teoretiskt, förstärkas genom att behandling sätts in tidigare med ett mindre kroniserande förlopp. Detta gäller t ex effektiv behandling av reumatiska sjukdomar.

Det finns mycket lite data kring undanträngningseffekter och deras påverkan på hälsa. Av rent praktiska och ekonomiska skäl är effekterna av tidig insättning av botande eller lindrande behandling väl studerade men betydligt mindre är gjort kring kroniskt sjukas behov av uppföljning mm. Detta medför att insatser för kroniskt sjuka personer kan riskera att prioriteras ner.

Vi ser inga objektiva tecken i avvikelssystem eller öppna jämförelser som tyder på undanträngningseffekter men har ett flertal vittnesmål om att detta är fallet. Effekterna av en sådan rapporterad undanträngningseffekt har inte gått att mäta. Vi rekommenderar landstinget att sträva mot en ökad systematik i att förebygga och varna för sådana effekter. Det kan exempelvis ske genom att följa arbetet som socialstyrelsen och fyra landsting genomför för att ta fram mätmetoder för återbesök för att kunna följa eventuella undanträngningseffekter i framtiden. Arbetet med att förbättra vårdprocesserna är av stor vikt och vi bedömer att landstinget har en hel del kvar att göra för att kompensera för vårdgarantins och kömiljardens eventuella negativa effekter.

Våra bedömningar i sammanfattning är att

- Återbesök för patienter som inte omfattas av vårdgarantin har sannolikt glesats ut under senare år. Det är dock svårt att särskilja effekter som beror på vårdgaranti och kömiljard från andra förändringar som genomförs kontinuerligt.
- Inga objektiva tecken i avvikelssystem eller öppna jämförelser som tyder på undanträngningseffekter har noteras men ett flertal vittnesmål om att detta är fallet har lämnats.
- Kontrollsystemen för att förebygga och varna för utträngning behöver stärkas och systematiseras

## 4.4 Kostnadseffektivitet

Revisionsfrågor som behandlas i detta avsnitt är:

*Finns en tillfredsställande uppföljning och utvärdering av de extra satsningarna som görs/gjorts för att klara "kömiljarden" utifrån ett kostnadseffektivitetsperspektiv?*

### 4.4.1 Iakttagelser om kostnadseffektivitet

#### *Kostnadsuppföljning*

För att klara vårdgarantin och kömiljarden har ett flertal satsningar gjorts inom Jämtlands läns landsting. Exempel på sådana är specialsatsningar inom områden med längre köer, riktade kvällsmottagningar mot en speciell grupp patienter och extra operationer/åtgärder av visst slag som fokuserats till vissa dagar för att få optimalt flöde av verksamheten. Inledningsvis har också patienter skickats till andra landsting för att reducera puckeln av vän-

tande. Stafettläkare har tagits in för att antingen genomföra riktade operationer/åtgärder, eller för att frigöra tid för ordinarie läkare att arbeta av puckeln.

I bilaga till landstingets delårsbokslut anges följande om kostnaderna för arbetet med vårdgarantin<sup>4</sup>:

- Ortopedi redovisar extra insatser med riktade remissmottagningar och extra kvällsmottagningar har gjorts. Direkta kostnader för Vårdgaranti är 1 471 000 samt vissa mindre medel i resekostnader. Även ökade materialkostnader finns.
- Psykiatri har inga kostnader för vårdgarantin dokumenterade.
- RHR redovisar att tillfälliga reumatologspecialister anställs för att klara tillgänglighetsgränsen. Dessa arbetar också i ordinarie verksamhet. Kostnaden finns därför inte specificerad.

En utförligare sammanställning av kostnaderna för vårdgarantin och kömiljarden pågår för närvarande och kommer att presenteras i senare delen av september 2011. Kostnaderna för patienter som skickas till andra landsting kan utläsas i den befintliga redovisningen. Att identifiera kostnader för stafettläkare och andra extrainsatser som görs (t ex kvällsmottagningar) är svårare, och det är svårt att avgöra hur mycket av dessa insatser som rör vårdgarantin och hur mycket som kan räknas in i ordinarie arbete som skulle utförts i vilket fall. I många fall hamnar kostnaderna i en gråzon som inte är helt lätt att avgränsa.

Under 2011 har landstingets köp av vård från andra landsting minskat jämfört med 2010.

Den av landstinget tillsatta kömiljardgruppen arbetar övergripande med vårdgarantifrågor och kömiljarden. Där beslutas gemensamt vilka områden som ska prioriteras och vilka behandlingar som landstinget i första hand ska ta hand om och vilka patienter som ska erbjudas gå till andra landsting. En uttalad strategi har varit att försöka behålla kostsamma operationer/åtgärder inom det egna landstinget (t ex ryggoperationer och höftplastiker), och hellre ta in stafettläkare som kan operera på plats.

Andra överväganden som gjorts för att klara kömiljardens krav, där varje väntande är värd lika mycket oavsett vårdtyngd, är att kraftsamla på lättare insatser. Landstinget har exempelvis beslutat att satsa på hörapparatsutprovningar där det finns en lång kö och låtit ortopedin som har tunga och långa operationer stå tillbaka något.

Någon formell uppföljning/redovisning av faktiska merkostnader per verksamhetsområde som kan hänföras till arbetet med att klara kömiljarden har hittills inte genomförts. Detta innebär att landstinget inte vet om de extrasatsningar som genomförs är ekonomiskt motiverade eller ej.

#### *Om landstingets ekonomiska styrmodell*

Klinikerna har inga ekonomiska incitament för att klara kömiljarden. Det sker heller inga extra utbetalningar utöver vanlig ersättning för extrasatsningar som t ex kvällsmottagningar. Det ekonomiska incitamentet ligger i den ekonomiska modell som landstinget har infört från och med 2010. Modellen innebär att verksamhetsområdena bär med sig över- och underskott mellan åren. Modellen bygger inte på tilläggsanslag och sänkningar av ram utan resultatet över tid följs i särskild ordning utanför den ordinarie redovisningen. 2010 års resultat är det första som läggs in i modellen.

Om ett verksamhetsområde ett år redovisar ekonomiskt överskott får området ha det överskottet tillgodo i modellen för att möta eventuella underskott kommande år. Om ett verksamhetsområde istället redovisar underskott som inte kan täckas av upparbetat överskott tidigare år måste området återställa detta underskott inom tre år.

---

<sup>4</sup> Tillgänglighet – vårdgaranti och kömiljard, Delårsbokslut, 2011-09-12

I budgeten för 2011 har landstinget räknat in ersättningen för kömiljarden i den övergripande budgeten och därmed som en del i ramen för de olika verksamhetsområdena. Om landstinget inte klarar kraven för kömiljarden 2011 uppkommer ett ekonomiskt underskott på det centrala kostnadsställe där intäkten är budgeterad. Verksamhetsområdena får dock ut sina pengar oavsett om landstinget klarar kravet eller inte.

Ett misslyckande för ett verksamhetsområde att klara nivån för kömiljarden innebär således inte att de tappar intäkter. Vissa områden hävdar dock att kravet att klara kömiljarden lett till ökade kostnader som de inte har haft täckning för i budgeten, ett underskott som de enligt den nya modellen ska ha återställt inom tre år.

#### 4.4.2 Bedömning och slutsatser om kostnadseffektivitet

Vår bedömning är att landstinget i stor utsträckning arbetar med ambitionen att få ut mesta möjliga vård i relation till insatserna. Ett exempel på detta är fokuseringen på de åtgärder som ger mest resultat i förhållande till insats. I kömiljarden är alla operationer/åtgärder lika mycket värda, oavsett hur långa och komplicerade de är att utföra. Det är därför mest ekonomiskt lönsamt att få ner köerna för snabbare, enklare operationer och åtgärder. Ett annat exempel är ortopedins ansträngningar att korta ner köerna för att inte behöva skicka patienterna till annat landsting. I de fall patienter hänvisas till andra landsting skickas i första hand operationer som inte är så kostsamma, medan de mer kostsamma behålls inom det egna landstinget.

Denna strävan efter följsamhet till kömiljardens kriterier understryker vad som anfördes i föregående avsnitt om behovet att utveckla kontrollmekanismer som förebygger risker mot patientsäkerheten.

En försiktig bedömning är att de extra satsningar som gjorts har föranlett begränsade merkostnader. Den produktionsplanering som inletts har skapat ökad tydlighet om vilka resurser som erfordras för att klara uppsatta produktionsmål. Bruket av stafettläkare är mer genomtänkt och målmedvetet än tidigare. Landstingets redovisning och ekonomisk uppföljning bör förbättras för att möjliggöra fortsatt utvärdering och analys. För närvarande saknas det underlag för att bedöma om det är kostnadseffektivt för landstinget att uppnå de krav som ställs för att kunna ta del av kömiljarden. För patienterna och i ett övergripande samhällsekonomiskt perspektiv är det kostnadseffektivt att låta patienterna vänta så kort tid som möjligt för bedömning och behandling.

Våra bedömningar i sammanfattning är att

- Landstinget arbetar i stor utsträckning med ambitionen att få ut mesta möjliga vård i relation till insatserna.
- Ur patientsäkerhetssynpunkt bör starkare system för förebyggande kontroller utvecklas.
- Vårdgarantiarbetet har stimulerat verksamhetsområdenas förbättringsarbete
- Landstingets redovisning och ekonomisk uppföljning bör förbättras för att möjliggöra fortsatt utvärdering och analys av kostnadseffektiviteten i vårdgarantiarbetet.

## 4.5 Rapportering

Den revisionsfråga som behandlas i detta avsnitt är:

*Finns det en tillfredsställande intern kontroll som säkerställer en rättvisande rapportering av uppgifter i vårdgarantin dvs. att rapportering sker i enlighet med gällande regler och anvisningar?*

### 4.5.1 Iakttagelser om rapportering

Landstingets tillämpningsanvisningar för vårdgarantin inkluderar regler för hur mätning och rapportering av vårdgarantin ska ske. Ett avsnitt handlar om definitioner av olika begrepp, vilket ska säkerställa att den rapportering som sker bygger på likartad data. Ett annat handlar om praktiska rutiner kring remiss, patientvald väntan, medicinsk väntan mm, för att säkerställa att alla verksamheter arbetar efter samma rutiner vad gäller vårdgarantin. Där finns också tydliga anvisningar hur inrapportering ska ske och hur mätning av väntetider går till. Arbetet med att ta fram anvisningarna har skett i samråd med verksamheterna.

Landstingsdirektören skickar månatligen ut rapportdirektiv om hur verksamhetsområdena ska redovisa sitt läge i förhållande till såväl vårdgarantin som kömiljarden. I del- och helårsbokslut sker också redovisningar kring vårdgaranti och kömiljard. En sammanställning av hur landstinget ligger till görs varje månad och läggs ut på landstingets interna webbplats "Insidan".

I den månatliga redovisningen<sup>5</sup> till landstingsdirektören redogör verksamheterna skriftligt kring följande rubriker:

- Väsentliga händelser
- Tillgänglighet (vårdgaranti resp. kömiljard)
- Vårdrelaterade infektioner
- Vårdprevention
- Utförd tid
- Sjukfrånvaro
- Ekonomiskt utfall jämfört med budget och föregående år

Landstingets vårdgarantiansvariga person träffar verksamhetsområdescheferna var 14:e dag och uppdaterar dem på hur landstinget ligger till, vad som händer i övriga Sverige, vilka regelförändringar som är på gång mm. Landstingets "kömiljardgrupp" genomför en avstämning minst en gång i månaden. I gruppen diskuteras hur landstinget kan arbeta på bästa sätt och vilka områden som behöver prioriteras.

Det finns ett datasystem där samtliga väntetidssiffror rapporteras in, där veckovisa mätningar av verksamheterna kan göras. Alla verksamhetsområdeschefer har tillgång till systemet vilket fungerar som ett "early warning system".

### 4.5.2 Bedömning och slutsatser om rapportering

De rapporteringsrutiner som finns bedöms vara tillförlitliga och väl förankrade i verksamheten. Rutinerna för rapportering fungerar väl och landstinget vet varje månad hur verksamheterna ligger till i förhållande till kömiljard och vårdgaranti. Genom att den månatliga redovisningen, utöver vårdgaranti och kömiljard, också fokuserar på kvalitet, arbetad tid, sjuk-

---

<sup>5</sup> Exemplet hämtat från ortopedverksamhetens rapport till landstingsdirektören per juni 2011

frånvaro och ekonomiskt utfall, ger den en bra bild över hur den totala verksamheten fungerar.

Vår bedömning är att

- Landstinget har ett väl utarbetat rapporteringssystem.

## 5 Övergripande revisionsfråga

### 5.1 Övergripande bedömning

Den aktuella granskningen tar upp två centrala aspekter på Jämtlands läns landstings arbete med vårdgaranti, om det finns en tillfredsställande kontroll för att klara vårdgarantin långsiktigt samt om en god tillgänglighet för patientgrupper som inte omfattas av vårdgarantin kan tillgodoses.

#### *Kontroll och långsiktighet*

Granskningen har påvisat att landstingets arbete med tillgänglighet har flera styrkor. Frågan har stor uppmärksamhet från tjänstemannaledningens sida. Tydliga regler för arbetet med vårdgarantin och dess rapportering har skapats. Landstinget har även under de senaste åren uppnått ett positivt resultat i form att fler och fler har erhållit vård inom vårdgarantins gränser. Vi har noterat att rapporteringen baseras på tydliga rutiner. Uppföljningen av väntetider fungerar enligt vår bedömning väl. Vi har även funnit att landstinget tillämpar ett ekonomiskt grundtänkande för att optimera utfallet från kömiljarden och att minska den ekonomiska belastningen av att sända patienter till andra vårdgivare

Brister som vi noterat rör bland annat uppföljning och utvärdering. Landstinget saknar i dag möjligheter att analysera om arbetet med vårdgaranti respektive kömiljard är kostnadseffektivt. Inte heller de åtgärder som vidtagits och effekterna för patientkvalitet, arbetsmiljö samt bemanning och kompetens följs upp och utvärderas i tillräcklig utsträckning. Exempel på anpassning och ökad produktion finns inom alla de tre verksamhetsområden som ingått i undersökningen, men ambition och arbetssätt varierar mycket. Inom RHR och psykiatri är vår bedömning att det saknas en tydlig styrning för produktionsplanering. Längst i arbetet med produktionsplanering har ortopedin kommit, men fortsatt utvecklingsarbete och starkare styrning krävs även här.

Sammantaget är vår bedömning att det inte finns en tillräcklig kontroll för att klara vårdgarantin långsiktigt. Vi bedömer att det är centralt för landstinget att gå vidare med de ambitioner som uttryckts för produktionsplanering och stärka styrningen av denna. Arbetet med utvärdering kopplat till verksamhetsutvecklingen bör likaså stärkas.

#### *Tillgänglighet för patienter som inte omfattas av vårdgarantin*

I samband med granskningen har framförts olika synpunkter om att väntetiderna för patienter som inte omfattas av vårdgarantin har förlängts. Det kan gälla patienter som ska ha återbesök eller patienter som väntar på utredning. Vi ser inga objektiva tecken i avvikelssystem eller öppna jämförelser som tyder på undanträngningseffekter. Effekterna av en sådan undanträngningseffekt har inte gått att mäta.

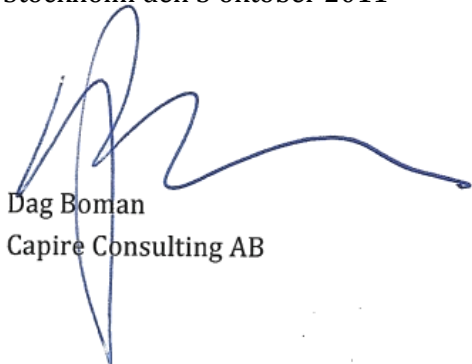
Vårdgarantins regelverk premierar nybesök vilket teoretiskt med oförändrade resurser och fullt resursutnyttjande skapar risker för att återbesök för t ex personer med kronisk sjukdom trängs undan. Vi bedömer att landstinget behöver stärka sina kontrollsysteem för att avvärja denna risk. Vi rekommenderar landstinget att sträva mot en ökad systematik i att förebygga och varna för sådana effekter.

## 5.2 Förbättringsområden

Granskningen har gett impulser till ett antal förbättringsområden. Dessa är sammanfattningsvis:

- Det behöver förtydligas vilka krav på produktionsplanering som ställs på verksamheterna. Det behövs även resurser och support till verksamheterna för att de ska kunna bygga upp fungerande system för en sådan planering. Uppföljningen och utvärderingen av detta arbete behöver utvecklas.
- Vi rekommenderar landstinget att sträva mot en ökad systematik i att förebygga och varna för risker för undanträngning av patienter som inte omfattas av vårdgarantin.
- Landstingets redovisning och ekonomisk uppföljning av vårdgaranti/kömiljardarbete bör förbättras för att möjliggöra fortsatt utvärdering och analys.

Stockholm den 3 oktober 2011



Dag Boman  
Capire Consulting AB



## 6 Intervjupersoner

Eva Andersson, Sjuksköterska, Psykiatri

Christine Bengtsson, Schemaansvarig läkare RHR

Karin Bengtsson, Sjuksköterska RHR

Carina Bouvin, enhetschef ortopedmottagningen

Tina Edervall, Sjuksköterska Psykiatri

Nina Fållbäck-Svensson, Bitr. landstingsdirektör

Håkan Gadd, Verksamhetschef Psykiatri,

Lars Holgén, enhetschef ortopedens läkaravdelning

Katarina Hägg, Läkarsekreterare RHR

Agneta Ingvarsson, Chef för patientnämndens kansli

Karin Jonsson, Ekonomichef

Margareta Khortz, Landstingets chefläkare

Astrid Lönn-Jern, Verksamhetsområdeschef RHR,

Marie Norlén, vårdgarantiansvarig, Landstingsdirektörens stab

Inga-Lill Persson, verksamhetsområdeschef, Akutområdet

Ulla Schill, Verksamhetsområdeschef Ortopedi

Karin Strandberg Nöjd, Landstingsdirektör

Lena Terneblad, operationskoordinator, Ortopedi

## Bilaga - Enkät om Vårdgarantin

### *Om enkäten och dess resultat*

Som en del av granskningen av Vårdgarantin inom Jämtlands läns landsting genomfördes en enkätundersökning.

De enheter som omfattades var verksamhetsområdena ortopedi, psykiatri och RHR (rehabilitering och reumatologi).

Undersökningen bestod av en enkät som riktade sig till enhetschefer, avdelningschefer för läkaravdelning, schemaläggande läkare, schemaläggande sjuksköterskor, vårdutvecklare samt vårdgaranti- och eller operationskoordinatorer inom de tre berörda verksamhetsområdena.

Enkäten sändes till 42 personer, varav 28 besvarade enkäten vilket ger en svarsfrekvens på 67 procent (22 respondenter gav fullständiga svar).

Enkäterna genomfördes som web-enkät under perioden v 34 - v 37.

Enkäten omfattade 18 huvudfrågor med underfrågor. Frågorna framgår av nedanstående redovisning av enkätens resultat.

Resultatet av enkäten redovisas i sin helhet då svarsfrekvensen för RHR var för låg för att kunna redovisas separat.

## Fråga 1. - Vilken är din befattning?

	<i>Antal</i>	<i>%</i>
Enhetschef	10	35
Avdelningschef läkaravdelning	0	0
Schemaläggande läkare	1	4
Schemaläggande sjuksköterska	1	4
Vårdutvecklare	1	4
Vårdgaranti- och eller operationskoordinator	3	10
Annan befattning	12	43
<b>Totalt</b>	<b>28</b>	<b>100</b>

Svar som lämnats beträffande "Annan befattning" fråga 1 (sammanfattning):

- MLA
- Sjuksköterska
- Läkare, Överläkare

## Fråga 2. - Jag arbetar inom följande verksamhetsområde

Ortopedi	12
Psykatri	12
Rehabilitering och Reumatologi	4

## Fråga 3. Vad har du för kunskap om regelverk och styrdokument som rör vårdgarantin?

Svarsalternativ	Mycket liten	Ganska liten	Ganska stor	Mycket stor	Vet ej
-----------------	--------------	--------------	-------------	-------------	--------

### *Svarande som anger ganska eller mycket stor*

	<i>Antal</i>	<i>%</i>
Det nationella regelverket	14	50
Landstingets tillämpningsanvisningar för vårdgarantin	18	64
Landstingets tillgänglighetsmål (landstingsplanen)	16	57

Totalt antal svar: 28

## Fråga 4. Hur tydligt bedömer Du att landstingets nedan uppräknade regelverk för vårdgarantin är?

Svarsalternativ	Mycket otydligt	Ganska otydligt	Ganska tydligt	Mycket tydligt	Vet ej
-----------------	-----------------	-----------------	----------------	----------------	--------

### *Svarande som anger ganska eller mycket tydligt*

	<i>Antal</i>	<i>%</i>
Mål för vårdgarantin	21	81
Vad som ingår respektive inte ingår i vårdgarantin	17	65
Verksamhetens ansvar för vårdgarantin	19	73
Anvisningar för mätning av väntetider	15	58
Redovisning av faktisk väntetid	16	62
Information till patienterna	17	65
Information till medarbetarna	18	69
Planering av personalens arbetstid	9	35
Hänvisning till andra vårdgivare	14	54
Annat	0	0

Totalt antal svar: 26

Svar som lämnats beträffande "Annat" fråga 4:

- Kostnad för vårdgarantin

**Fråga 5. – Motivera, om du i föregående fråga angivit ”Mycket otydligt” eller ”Ganska otydligt”, beskriv på vilket sätt regelverket inte är tydligt och hur det skulle kunna bli tydligare**

Sammanfattning av svar i fritext:

- Då min verksamhet inte är med i sammanställning vårdgaranti har ej information delgetts eller genomgång skett
- Jag kan inte alla detaljer till 100%
- Då jag precis börjat inom nytt område kan jag inte svara på allt
- Oklart om sommaruppehåll ska räknas med i väntetiden
- Oklart om vilka som omfattas av väntetider till behandling. Hur skiljs mellan diagnosticering och behandling?
- Är det enbart baserat på patientens egen önskan om bedömning/remiss eller görs någon prioritering av själva frågeställningen?

**Fråga 6. I vilken grad bedömer du att landstingets regelverk för vårdgarantin är tillämpligt?**

Svarsalternativ	I låg grad	I ganska låg grad	I ganska hög grad	I hög grad	Vet ej
-----------------	------------	-------------------	-------------------	------------	--------

<i>Svarande som anger i ganska eller hög grad</i>	<b>Antal</b>	<b>%</b>
Mål för vårdgarantin	<b>14</b>	58
Vad som ingår respektive inte ingår i vårdgarantin	<b>14</b>	58
Verksamhetens ansvar för vårdgarantin	<b>15</b>	63
Anvisningar för mätning av väntetider	<b>16</b>	67
Redovisning av faktisk väntetid	<b>15</b>	63
Information till patienterna	<b>10</b>	42
Information till medarbetarna	<b>15</b>	63
Planering av personalens arbetstid	<b>6</b>	25
Hänvisning till andra vårdgivare	<b>12</b>	50
Annat	<b>0</b>	0

Totalt antal svar: 24

**Fråga 7. – Motivera, om du i föregående fråga angivit ”I låg grad” eller ”I ganska låg grad” beskriv på vilket sätt regelverket inte är ändamålsenligt och hur det skulle kunna bli mer ändamålsenligt.**

Sammanfattning av svar i fritext:

- Informationen till medarbetare (inte bara chefer) borde vara bättre med tanke på att detta arbete skulle börja redan år 2005.
- Regelverket är bra men man saknar system för att kommunicera förändringar i väntetider med patienten.
- Otydlighet kring vilka som omfattas av väntetider till behandling.
- Denna typ av diskussion saknas på min klinik.

## Fråga 8. Vidtas följande åtgärder inom verksamheten för att klara vårdgarantin?

	Ja		Nej		Vet ej	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Utarbetande av egen handlingsplan för vårdgarantin inom verksamheten	14	58	5	21	5	21
Mer tydlig produktionsplanering	18	75	4	17	2	8
Särskilda ekonomiska resurser har satts in	14	58	7	29	3	13
Extra satsningar som kvällsmottagningar har satts in	11	46	11	46	2	8
Samordning med andra enheter har ökat	12	50	8	33	4	17
Information till personalen om handhavande av vårdgarantin har systematiserats	12	50	6	25	6	25
Uppföljning av insatser och resultat av vårdgarantin görs systematiskt	17	71	3	12	4	17
Annat	0	0	0	0	24	100

Totalt antal svar: 24

## Fråga 9. Vilka åtgärder bedömer Du kan vara effektiva för att klara vårdgarantin?

Svarsalternativ	I låg grad	I ganska låg grad	I ganska hög grad	I hög grad	Vet ej
-----------------	------------	-------------------	-------------------	------------	--------

<i>Svarande som anger i ganska eller hög grad</i>	Antal	%
Utarbetande av egen handlingsplan för vårdgarantin inom verksamheten	18	82
Mer tydlig produktionsplanering	19	86
Särskilda ekonomiska resurser sätts in	20	91
Extra satsningar som kvällsmottagningar genomförs	16	73
Ökad samordning med andra enheter	17	77
Information till personalen om handhavande av vårdgarantin systematiseras	17	86
Uppföljning av insatser och resultat av vårdgarantin görs systematiskt	19	68
Annat	2	9

Totalt antal svar: 22

Svar som lämnats beträffande "Annat" fråga 9:

- För en hållbar planering behövs kapacitetsplanering, dvs. matcha resurser mot behovet.
- Ta vara på anställdas kreativitet och att inte styras uppifrån.

## Fråga 10. – Motivera, om du i föregående fråga angivit "I låg grad" eller "I ganska låg grad", beskriv i vilket avseende åtgärderna är ineffektiva och hur detta kan förbättras.

Sammanfattning av svar i fritext:

- Viss personal påverkar inte vårdgarantin och de behöver inte veta allt. Den personal som påverkar mest får information och är med och planerar.

## Fråga 11. Hur följs arbetet med vårdgarantin upp inom Din egen verksamhet?

Svarsalternativ	I låg grad	I ganska låg grad	I ganska hög grad	I hög grad	Vet ej
-----------------	------------	-------------------	-------------------	------------	--------

<i>Svarande som anger i ganska eller hög grad</i>	Antal	%
Uppföljning av handlingsplan	10	45
Uppföljning av produktionsplanering	13	59
Uppföljning av resursanvändning	10	45
Uppföljning av väntetider	17	77
Uppföljning av information till patienterna	8	36
Uppföljning av Patientupplevd kvalitet	7	32
Annat	0	0

Totalt antal svar: 22

## Fråga 12. Vilken är din bedömning att arbetet med vårdgarantin har fått för effekter för berörda patienter?

Svarsalternativ	I låg grad	I ganska låg grad	I ganska hög grad	I hög grad	Vet ej	Berörs ej
-----------------	------------	-------------------	-------------------	------------	--------	-----------

<i>Svarande som anger i ganska eller hög grad</i>	Antal	%
Alla som omfattas av vårdgarantin får vård i tid	16	73
De mest prioriterade patienterna får vård i tid	12	55
Det varierar över tid hur väl vi lyckas uppfylla vårdgarantin	15	68
Patienterna får god information om vårdgarantin	9	41
Annat	3	14

Totalt antal svar: 22

Svar som lämnats beträffande "Annat" fråga 12:

- Undanträngning av återbesök
- Minskade väntetider
- Omöjligt att uppfylla vårdgaranti sommartid

## Fråga 13. Vad är din bedömning att arbetet med vårdgarantin har fått för effekter för patienter som inte omfattas av vårdgarantin? Ange endast ett svarsalternativ.

	Antal	%
Även patienter som inte omfattas av vårdgarantin har kunnat få vård snabbare eftersom vi utvecklat mer effektiva arbetssätt	2	9
Patienter som inte omfattas av vårdgarantin har fått längre väntetider	11	50
Patienter som inte omfattas av vårdgarantin har inte påverkats	3	14
Annat	6	27

Totalt antal svar: 22

Svar som lämnats beträffande "Annat" fråga 13:

- Inte patienter som står i operationskö, men till mottagning
- Alla patienter omfattas väl i väntan till första besök?

## Fråga 14. Hur bedömer du att kömiljarden (bonusmedel från staten) har påverkat arbetet med vårdgarantin?

	Ja		Nej		Vet ej	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Arbetet med vårdgarantin har stimulerats	13	59	5	23	4	18
Prioriteringarna har underlättats	5	23	10	45	7	32
Mer resurser har tillförts	6	27	10	45	6	27
Produktionen har ökat	12	55	6	27	4	18
Annat	3	14	1	5	18	82

Totalt antal svar: 22

Svar som lämnats beträffande "Annat" fråga 14:

- Ökad press på läkare och undanträngning av återbesök
- Mindre fokus på långsiktiga insatser utan tendens till att vi jagar antal väntande
- Produktionen har ökat med vi klarar ändå inte vårdgarantin då remissflödet ökat enormt de senaste åren. Vi har varken ändamålsenliga lokaler eller tillräckligt antal läkare

## Fråga 15. Vilka effekter har arbetet med vårdgaranti och kömiljard fått för den egna verksamheten i följande avseenden?

Svarsalternativ	Mycket förbättrande	Något förbättrande	Något försämrande	Mycket försämrande	Vet ej	Berörs ej
-----------------	---------------------	--------------------	-------------------	--------------------	--------	-----------

<i>Svarande som anger något eller mycket förbättrande</i>	Antal	%
Arbetsprocesserna i verksamheten	12	55
Bemanningsanpassning till verksamheten	10	45
Arbetsmiljön	0	0
Ekonomi	2	9
Samarbetet med andra verksamheter	8	36
Annat	0	0

Totalt antal svar: 22

## Fråga 16. Vilka hinder bedömer Du vara mest problematiska för arbetet med vårdgaranti? Ange högst två.

	Antal	%
Brist på tydliga, långsiktiga mål	4	10
Brist på kvalificerad personal	7	18
Ineffektiv produktionsplanering	9	23
Avsaknad av tillräckliga ekonomiska resurser	12	30
Bristande samordning mellan olika enheter inom landstinget	4	10
Bristande uppföljning och rapportering	2	5
Avsaknad av öppna jämförelser mellan olika enheter	0	0
Annat	2	5

Totalt antal faktorer som bedömts: 40

Svar som lämnats beträffande "annat" fråga 16:

- Att inte vårdgarantin kan uppfyllas sommartid
- Lokalfrågan är ett stort problem då mottagningsrum ej räcker till

**Fråga 17. Vilka faktorer bedömer Du vara mest avgörande för att arbetet med vårdgaranti ska bli långsiktigt framgångsrikt? Ange högst två.**

	Antal	%
Tydliga, långsiktiga mål	4	9
Tillgång till kvalificerad personal	11	24
Mer effektiv produktionsplanering	12	27
Särskilda ekonomiska resurser	10	22
Samordning mellan olika enheter inom landstinget	6	13
Systematisk uppföljning och rapportering	0	0
Öppna jämförelser mellan olika enheter	1	2
Annat	1	2

Totalt antal faktorer som bedömts: 45

Svar som lämnats beträffande "annat" fråga 17:

- Ändra lagen då det är omöjligt att uppfylla vårdgarantin under semesterperiod.

**Fråga 18. Har du förslag till förbättringar i arbetet med vårdgaranti i landstinget? Vilka?**

Sammanfattning av svar i fritext:

- Bättre systemstöd för produktionsplanering. Ökade personella resurser på operation, dagkirurgisk enhet.
- Samordning och planering mellan alla opererande enheter och operation. Skilja på det akuta och elektiva flödet för att få mindre strykningar av operationer.
- Minska inflödet av "onödiga" remisser till specialist. Orimligt att lova vårdgaranti sommartid, finns inte ett enda sjukhus i Sverige som har resurser över.
- Ge oss resurser för att vi ska klara vårdgarantin. Vi behöver läkare med rätt kompetens för att klara vårdgarantin vad gäller nybesök. Jämt flöde med mottagningar.
- Ge mer makt till enheterna och då anställda "på golvet" att lägga upp hur arbetet ska genomföras med tydliga mål från ledningen. Det finns för många chefer och för få ledare.