

Tillgänglighet i vården

Tillgänglighet i vården

Bakgrund

Landstingets revisorer ansvarar för att genomföra årlig granskning av landstingets samtliga verksamheter. Utifrån detta uppdrag och ansvar har landstingets revisorer i en risk- och väsentlighetsbedömning beskrivit de områden som revisorerna främst anser att revisionsinsatserna skall fokusera på. Baserat på risk – och väsentlighetsbedömningen gör revisorerna en årlig revisionsplan. I revisionsplanen för verksamhetsåret 2010 ingår en granskning med avseende på tillgänglighet i vården.

Landstinget i Värmland har i landstingsplanens styrkort formulerat mål med avseende på tillgänglighet i vården. Målformuleringen i styrkortet för år 2010 anger att samtliga divisioner ska klara vårdgarantin eller alternativ målsättning för verksamheter som inte omfattas av vårdgarantin. Vårdgarantin innebär att vårdsökande ska kunna få kontakt med primärvården samma dag som kontakt söks. Bedömer vårdcentralen att patienten behöver besöka en läkare ska patienten erbjudas detta inom sju dagar. Den patient som fått remiss till den specialiserade vården ska erbjudas besök inom 90 dagar. Efter beslut om behandling ska denna kunna erbjudas inom högst 90 dagar.

Vårdgarantin, som gäller från november 2005, brukar ofta beskrivas med siffrorna: 0 7 90 90. Från och med 2010-07-01 är vårdgarantin en del av Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763,HSL).

Regeringen beslutade att första gången 2009 tilldela 1 Mdr till de landsting som uppfyller vissa krav på tillgänglighet inom vården, den s. k. kömiljarden. Medel har även fördelats 2010 och för 2011 finns också medel avsatta för detta. Kraven för att erhålla ersättning ur kömiljarden har förändrats mellan åren och överensstämmer inte fullt ut med kraven i vårdgarantin.

Regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har kommit överens om att landstingen ytterligare ska förkorta väntan för patienter till besök och behandling. Målet för 2011 är att majoriteten ska behöva vänta högst 60 dagar, jämfört med tidigare 90 dagar.

Syfte

Tillgänglighet till vården är – ur ett medborgarperspektiv – en av de mest centrala frågorna för landstinget. För landstingets revisorer är det därför viktigt att kunna verifiera att landstingsstyrelsen har en systematik i sitt sätt att följa upp och utvärdera vårdgarantin och tillgängligheten samt att styrelsens arbete inriktas mot att nå de av fullmäktige fastställda målen och kraven i lagstiftningen. En annan viktig aspekt är att tillgängligheten mäts och redovisas på ett ändamålsenligt och rättvisande sätt.

Revisorernas avsikt med denna granskning är att kartlägga och analysera de kökortningsinsatser som genomförts och hur dessa påverkats av de statliga bidrag som utgår vid uppfyllande av vissa tillgänglighetskriterier. Revisorerna avser också att kartlägga och belysa hur vidtagna åtgärder påverkat verksamhet, ekonomi och arbetsmiljö.

I granskningsuppdraget har ingått att:

- bedöma de åtgärder landstingsstyrelsen vidtagit för att divisionerna ska ha möjlighet att uppfylla vårdgarantin, exempelvis åtgärder i form av direktiv och budgetåtgärder,
- bedöma om landstingsstyrelsen vidtagit tillräckliga åtgärder för att säkerställa att rutiner för att uppfylla vårdgarantin implementerats på ett tillfredsställande sätt i verksamheten
- bedöma om målformulering, mätning och redovisning av resultat och måluppfyllelse sker på ett ändamålsenligt sätt,
- bevaka om de kökortningsinsatser som landstinget genomför är tillräckliga för att uppnå kriterierna för att erhålla statlig ersättning,
- med utgångspunkt i befintlig redovisning och rapportering kartlägga effekter av arbetet med att uppfylla vårdgarantin.
- bedöma om landstingsstyrelsen säkerställt att effekterna analyserats och vid behov påverkat det fortsatta arbetet med att öka tillgängligheten.

Avgränsning

Granskningen har avgränsats till att omfatta landstingsstyrelsens beslut och åtgärder under år 2010.

Revisionskriterier

Granskningen har genomförts utifrån den av fullmäktige fastställda landstingsplanen och reglerna för vårdgaranti i HSL. De kriterier som finns för erhållande av statlig ersättning för kökortningsinsatser utgör också kriterier för granskningen.

Ansvarig nämnd

Landstingsstyrelsen är ansvarig nämnd för landstingets hälso- och sjukvård. Däri ingår ett ansvar för en god tillgänglighet till vården.

Metoder

Granskningen har genomförts i form av analys av dokument och genom intervjuer.

Resultat

Uppföljning och redovisning av tillgänglighet

Landstingsfullmäktige har i landstingsplanen formulerat mål avseende tillgänglighet inom perspektivet medborgare. Målet är att alla divisioner ska klara vårdgarantin eller alternativ målsättning för verksamheter som inte omfattas av vårdgarantin. I delårsrapport 2 2010 konstateras att ingen av hälso- och sjukvårdens divisioner uppfyller tillgänglighetsmålet fullt ut.

Utgångspunkten vid bedömningen av måluppfyllelse av vårdgarantin har varit att de verksamheter som klarar 95% av vårdgarantins krav uppfyller tillgänglighetsmålet. Detta kriterium utgör en skärpning av bedömningsgrunderna jämfört med år 2009 men överensstämmer inte med målformuleringen i styrkortet. Av granskningen har framgått att det är ett beslut som tagits på tjänstemannanivå.

Granskningen av delårsrapport 2 för år 2010 visade att redovisningen i styrkortet angav en försämrad måluppfyllelse jämfört med 2009 års delårsrapport. Av tabeller och annat underlag framgick dock att tillgängligheten förbättrats under 2010 jämfört med 2009. Denna motsägelsefulla rapportering berodde på att de bedömningskriterier som tillämpas i styrkortet skärpts för 2010 års redovisning. I bedömningen av delårsrapporten ansåg revisorerna att styrelsen på ett tydligare sätt borde ha angivit dels att andra bedömningskriterier än fullmäktiges mål hade använts dels att de skärpta bedömningskriterierna var orsaken till att styrkortsredovisningen visade en försämrad tillgänglighet jämfört med 2009. Bristerna som revisorerna påpekade i samband med delårsrapporten har inte åtgärdats i den redovisning som lämnas i årsredovisningen för år 2010.

Åtgärder och direktiv

Utöver vad som anges i landstingsplanens styrkort har landstingsstyrelsen inte givit något tydligt vårdgivardirektiv till verksamheterna avseende kökortning. I det förslag till kostnadsramar för 2010 som landstingsstyrelsen presenterade för fullmäktige har kökortning varit en av de delar som styrelsen beaktat vid fördelningen av kostnadsramarna. Detta kan ses som ett direktiv till tjänstemannaledningen att genomföra en satsning för att minska köerna.

En styrgrupp på tjänstemannanivå har arbetat med tillgänglighets- och kökortningsfrågor sedan 2005. Under senare år har gruppen verkat på uppdrag av Hälso- och sjukvårdschefens ledningsgrupp. Styrgruppen följer upp sta-

tistiskt material avseende operationer, verksamhetsområdenas rapportering inom de olika divisionerna samt den rapportering som utgör underlag till SKL:s sammanställning "Väntetider i Vården". Styrgruppen för minnesanteckningar vid sina månatliga möten. Dessa minnesanteckningar diarieförs och innehåller beskrivningar av vad gruppen arbetar med, vilka analyser som gjorts och vilka åtgärder som vidtagits.

Hälso- och sjukvårdens budget har under 2010 som nämnts ovan innehållit ett ekonomiskt utrymme för de ökade kostnader som sammanhänger med kökortingssatsningen. Verksamheterna har redovisat sina kostnader för kökortningsarbetet och har därefter kompenseras för detta, sammantaget för landstinget drygt 30 Mkr. Tanken med detta är att landstinget genom att klara kraven för kömiljarden ska finansiera den utökade verksamhet som kökortingssatsningen innebär.

Under 2011 ska finansieringen av kökortningsinsatserna fördelas ut på de aktuella divisionerna och utgöra en del av deras budget. Rapportering och bedömning av måluppfyllelse ska dessutom ske månadsvis under 2011.

Måluppfyllelse

Tillgänglighetsmålet i landstingsplanen är som tidigare nämnts att verksamheterna ska uppfylla vårdgarantin. Som revisorerna tidigare påpekat avviker kriteriet för bedömning av måluppfyllelse (95%) från fullmäktiges beslut.

I den rapportering som lämnas avseende vårdgarantin tillåts man bortse från patienter som själva av någon anledning valt att avstå/skjuta upp sin behandling så kallad patientvald väntan. Landstinget har underlag avseende omfattningen av patientvald väntan, men någon dokumenterad analys kring detta har inte genomförts. En bedömning som intervjuade personer uppgivit under granskningsarbetet är att 5% kan vara en rimlig omfattning av patientvald väntan. För vissa verksamheter kan omfattningen vara ännu större. I sak behöver bedömningskriteriet om 95% alltså inte vara fel men det saknas dokumenterat underlag som verifierar det.

Kraven för att erhålla del av kömiljarden medger inte, i motsats till vårdgarantin, att man undantar de patienter som själva valt att vänta.

Kökortningsinsatser – konsekvenser

Effekter av kökortningsarbetet 2010

Landstinget i Värmland klarade för år 2010 kömiljardens lägre gräns d.v.s. att 80% av patienterna har väntat 90 dagar eller mindre, för såväl mottagning som behandling. Landstingets del av kömiljarden uppgick till 44 Mkr. I den mätning som omfattade månaderna september t.o.m. december var landstingets resultat 87% för mottagning och 83% för behandling. I den tidigare mätningen januari t.o.m. mars var motsvarande siffror 91% respekti-

ve 87%. För den del som avsåg tiden januari t.o.m. mars klarade alltså landstinget det högre kravet vad gäller mottagning och fick för detta del av ytterligare ersättning.

Kökortningssatsningen har enligt uppgift också inneburit att man kortat köer även inom delar av verksamheten som inte omfattas av kömiljarden eller vårdgarantin. Exempel på detta är minskade köer inom radiologin och vissa verksamheter inom division HHR samt förbättringar av telefontillgänglighet inom vissa delar av slutenvården,

Läns-op rådet, som bland annat har till uppgift att planera, samordna och följa upp operationsverksamheten i landstinget har också enligt uppgift bidragit till att möjliggöra ett effektivt kökortningsarbete.

En förändring av förutsättningarna för kömiljarden under 2011 innebär att landstingen ska rapportera och efter bedömning erhålla ersättning månadsvis. En annan förändring är att antalet dagar sänks liksom att andelen patienter som väntar på besök och behandling sänks.

Företrädare för verksamheten framhåller att det i ett längre perspektiv inte är hållbart att lösa kökortningen med övertidsarbete på kvällar och helger. Målsättningen är att nå vad man kallar "Steady-state" under 2011. Steady state innebär att man klarar av att ta emot besök och behandla patienter i minst samma takt som nya patienter/remisser inkommer. År 2011 förväntas bli ekonomiskt bekymmersamt för landstinget och det är en stor utmaning att samtidigt klara tillgänglighetsmålet och tillgodose andra kvalitets- och säkerhetsaspekter inom verksamheten.

Konsekvenser för personalen

Kökortningssatsningen har bestått både av köpta tjänster och en ökad egen produktion utöver ordinarie verksamhet. Landstinget har köpt vård från andra huvudmän, privata aktörer och utnyttjat hyrläkare. Den ökade egna produktionen har skett på kvällar och helger då den egna personalen ställt upp och jobbat. Kökortningssatsningen bygger på frivillighet och arbetet bedrivs utanför ordinarie arbetstid.

En ökad produktion och arbete utöver ordinarie arbetstid skulle kunna resultera i ökad sjukskrivning och ett övertidsuttag utöver vad arbetstidslagen (ATL) medger. Landstinget har tecknat separata kollektivavtal för de personalgrupper som arbetar med kökortning. I kollektivavtalen regleras de ersättningar som utgår för övertidsarbete och att all ersättning utgår i pengar och kan ej bytas mot kompedighet. I avtalen regleras inte arbete utöver arbetstidslagens gräns på 200 timmars övertiduttag. Respektive chef kan ansöka om att göra avsteg från ATL för överskridande av 200 timmars övertidsuttag per år upp till 416 timmar per individ och år. Det åvilar också respektive chef att kontrollera att ingen i kökortningsprojektet sammantaget med annan övertid överskrider 416 timmar per kalenderår. Det finns ingen

separat redovisning av övertidsuttag eller eventuella dispenser för den personal som deltar i kökörtningssatsningen.

När det gäller sjukfrånvaron följs även den upp i landstingets styrkort och inom de berörda verksamheterna har det, liksom för landstinget som helhet, skett en minskning av sjukfrånvaron. Samtliga berörda verksamheter uppfyller styrkortets krav om förbättrad sjukfrånvarokvot. Det finns dock ingen särskild redovisning av sjukfrånvaro för den personal som deltar i kökörtningssatsningen.

I genomförd medarbetarenkät framkommer tecken på ökad anspänning för vissa yrkesgrupper. En studie genomförs inom en av de berörda divisionerna med avseende på arbetsmiljö mot bakgrund av enkätresultaten.

Det uppges också att verksamheterna och berörda chefer känner ett tryck när man samtidigt ska verkställa en produktionsökning och genomföra ekonomiskt reduceringsarbete mot bakgrund av den ekonomiska situationen för landstinget de kommande åren.

Det finns ingen samlad dokumenterad beskrivning av kökörtningssatsningens konsekvenser. Av rapporteringen i delårsrapport och årsredovisning kan man utläsa verksamhetsresultat som i delar kan utgöra konsekvenser av kökörtningssatsningen. Det är dock inte tydligt angivet om det finns en koppling till kökörtningssatsningen.

Konsekvenser för patienterna

Kökörtningssatsningen har som anges ovan medfört en förbättrad tillgänglighet för patienterna.

En risk med kömiljarden är att denna typ av starka ekonomiska incitament, i form av statlig ersättning som är villkorad utifrån prestation, kan leda till att verksamheter som inte omfattas av satsningen nedprioriteras. I detta sammanhang pratar man om ”undanträngningseffekter”. Det finns inom landstinget inga mätningar på hur omfattande dessa effekter är. I intervjuer har dock framkommit att det finns tecken som tyder på att vissa delar av verksamheten nedprioriterats. När det gäller undanträngningseffekter är det rimligt att anta att det kan variera mellan landstingen beroende bland annat på omfattningen av och hur man valt att bedriva kökörtningssatsningen.

Det finns inom de berörda verksamheterna ett problem som uppkommit tidigare år bestående av eftersläpning av återbesök. Problemet har dock enligt uppgift inte förvärrats av kökörtningssatsningen.

Uppföljning

Landstingsstyrelsen har efterfrågat och erhållit månadsvis rapportering av tillgänglighet och aktuell status vad gäller kraven för kömiljarden. Landstingsstyrelsen har däremot inte erhållit en samlad rapportering av vidtagna

åtgärder och konsekvenser kökordningsarbetet. Information om tillgänglighet och kömiljarden har också vid några tillfällen föredragits för landstingsfullmäktige, senast vid fullmäktiges möte i april 2010. Landstingsfullmäktige och landstingsstyrelsen får också information i samband med delårsrapport och årsredovisning.

Det pågår i landstinget en översyn av hur rapportering ska ske till olika nivåer i organisationen. En uppfattning som framkommit är att rapporteringen till styrelsen kan bli tydligare och mer fokuserad på det styrelsen behöver för att kunna ta sitt ansvar.

Styrgruppen (se ovan) avrapporterar sin uppföljning och sina iakttagelser och analyser till Hälso- och sjukvårdschefens ledningsgrupp (HCL).

Av den månatliga statistiken framgår att antalet och andelen väntande till mottagning och behandling varierar under året. Denna variation är en naturlig följd av arbetsåret med huvudsemesterperiod under juni till och med augusti. Den lägre produktionen under sommarperioden resulterar i en ökning av andelen patienter som väntar mer än 90 dagar. Vårdgarantins konstruktion (90 dagar) leder till att effekten av sommarperioden först kan redovisas utifrån den sammanställning som verksamheterna gör under hösten.

För att utjämna verksamheten under året – i syfte att få en jämnare belastning – krävs att man har vikarier att sätta in. Enligt uppgift finns inte vikarier, i den omfattning som skulle krävas, att uppbringa under sommarperioden. För vissa verksamheter uppges det nästintill vara omöjligt att hitta hyrläkare över huvud taget.

Sammanfattande iakttagelser och slutsatser

Det beslutade tillgänglighetsmålet i landstingets styrkort är att alla divisioner ska uppfylla vårdgarantin. Som konstaterats ovan har bedömning och redovisning av måluppfyllelsen inte fullt ut omfattat det som fullmäktige beslutat. Beslutet om att 95% av vårdgarantins krav är tillräckligt för att anses ha nått målet har fattats på tjänstemannanivå. Detta avsteg från det mål som fullmäktige beslutat om borde ha återkopplats till fullmäktige.

Det ekonomiska utrymme som inarbetades i budgeten för år 2010 för att täcka verksamhetens kostnader för kökordningsarbete, kan ses som ett uppdrag till tjänstemannaledningen att genomföra en satsning för att minska köerna. Landstingsstyrelsen har inte erhållit någon samlad redovisning av vidtagna åtgärder med anledning av kökordningsatsningen. Landstingsstyrelsen har begärt att få månadsvis rapportering av tillgänglighetsstatistik och läget vad gäller kraven för kömiljarden. Landstingsfullmäktige har också fått föredragningar om tillgänglighet och kömiljarden.

Verksamhetens redovisade kostnader för kökordningssatsningen uppgick till 30 Mkr. Målet med kökordningen är att landstinget ska klara de uppsatta

kraven och få del av kömiljarden. Ersättningen från kömiljarden ska finansiera den utökade verksamhet som kökortningssatsningen innebär. Landstingets arbete med kökortning har skett utanför ordinarie arbetstid d.v.s. på kvällar och helger. Arbetet har skett på frivillig basis. Kostnaderna för kökortningsarbetet har särredovisats. Landstinget uppfyllde kömiljardens lägre krav (80%) för båda mätperioderna och erhöll för det 44 Mkr. I den mätning som omfattade månaderna januari t.o.m. mars uppnådde landstinget 91% för mottagning och fick del av de extra miljoner som fördelas för detta. Vår bedömning är att landstinget gjort ansträngningar för att minimera risken för så kallade undanträngningseffekter även om risken inte helt kunnat elimineras. Det uppges även i intervjuer att man sett vissa undanträngningseffekter men det saknas ett dokumenterat underlag som verifierar detta.

De arbetsmiljöaspekter som aktualiserats i denna granskning är sjukfrånvaro, övertidsuttag samt hur personalen upplever sin arbetssituation. När det gäller sjukfrånvaro uppvisar berörda verksamheter, liksom landstinget som helhet, sjunkande sjukfrånvarokvot. Det övertidsuttag som sker i samband med kökortningsarbetet regleras i kollektivavtal med berörda personalgrupper. Sammantaget kan konstateras att det inte finns någon särskild redovisning för den personal som deltar i kökortningsarbetet avseende sjukfrånvaro och övertidsuttag. I medarbetarenkäter har man identifierat ökad anspänning för vissa personalkategorier. Utifrån detta har hälso- och sjukvårdsledningen fört diskussioner med arbetstagarorganisationen samt initierat en studie inom en av divisionerna. Företrädare för hälso- och sjukvården framhåller att det inte är hållbart att lösa kökortningen med övertidsarbete på kvällar och helger. Målsättningen är att nå vad man kallar ”Steady-state” under 2011. Det kommer att innebära en stor utmaning att samtidigt klara tillgänglighetsmålet och tillgodose andra kvalitets- och säkerhetsaspekter inom verksamheten då det förväntas bli ett ekonomiskt bekymmersamt år för landstinget.

Revisionskontoret har i tidigare rapporter pekat på att olika delar av organisationen har olika behov av information och att informationen avpassas efter mottagarens behov. Revisionskontoret ser därför positivt på den översyn av hur rapportering ska ske till olika nivåer i organisationen, som genomförs i landstinget. En uppfattning som framkommit i samband med granskningen är att rapporteringen till landstingsstyrelsen kan bli tydligare och mer fokuserad på det styrelsen behöver för att kunna ta sitt ansvar.

Vi bedömer att en mera samlad uppföljning och redovisning av konsekvenser av kökortningsarbetet tillsammans med en samlad redovisning av åtgärderna skulle ge styrelsen ett bättre underlag för att bedöma om insatta åtgärder är ändamålsenliga och att ge möjlighet att vid behov besluta om åtgärder.

Johan Magnusson, CKR