

■

Beslutad: 2023-06-02
Diarienummer: 3.1.1-2021-0803
RiR 2023:12

Till: Riksdagen

Härmed överlämnas enligt 9 § lagen (2002:1022) om revision av statlig verksamhet m.m. följande granskningsrapport:

I väntan på vård

– ineffektiv statlig styrning för kortare köer

Riksrevisionen har granskat om statens insatser är effektiva för att korta väntetider i vården på ett sätt som är förenligt med en jämlik vård efter behov. Resultatet av granskningen redovisas i denna granskningsrapport. Den innehåller slutsatser som avser regeringen, Socialstyrelsen och Inspektionen för vård och omsorg (IVO) samt rekommendationer som avser regeringen och Socialstyrelsen.

Riksrevisor Helena Lindberg har beslutat i detta ärende. Revisor Filippa Hagersten har varit föredragande. Revisor Maria-Medée Almroth, revisionsdirektör Heléne Berg och enhetschef Magdalena Brasch har medverkat i den slutliga handläggningen.

Helena Lindberg

Filippa Hagersten

För kännedom

Regeringskansliet; Socialdepartementet
Inspektionen för vård och omsorg (IVO), Socialstyrelsen

Riksrevisionen

Innehåll

Sammanfattning	4
1 Inledning	7
1.1 Motiv till granskning	7
1.2 Övergripande revisionsfråga och avgränsningar	8
1.3 Bedömningsgrunder	9
1.4 Metod och genomförande	16
2 Vårdgarantin och kömiljarden brister i effektivitet men riskerar ändå att leda till undanträngning	19
2.1 Om vårdgarantin och kömiljarden	20
2.2 Vårdgarantin och kömiljarden har inte haft någon tydlig, långvarig effekt på väntetiderna	25
2.3 Flera aspekter av vårdgarantin och kömiljarden försvagar effekten	28
2.4 Vårdgarantin och kömiljarden riskerar att leda till undanträngning	35
3 SVF har bidragit till kortare väntetider för flera cancerdiagnoser men det finns tecken på undanträngning	38
3.1 Om SVF	39
3.2 SVF har lett till kortare väntetider för flera cancerdiagnoser, men de regionala skillnaderna kvarstår	43
3.3 Det finns både kvarstående hinder och vissa framgångsfaktorer i styrningen av SVF	50
3.4 SVF riskerar att leda till undanträngning och en resursineffektiv cancerutredning	56
4 Slutsatser och rekommendationer	62
4.1 Statens styrning för att korta väntetiderna är på många sätt inte effektiv	62
4.2 Statens styrning riskerar att leda till undanträngning och ineffektiv vård	67
4.3 Uppföljningen av väntetidsarbetet har brister	69
4.4 Andra faktorer hindrar styrningen för kortare väntetider	72
4.5 Rekommendationer	73
Referenslista	74
Bilaga 1. Intervjuer och skriftliga svar	83
Bilaga 2. Kömiljardens prestationskrav	86

Elektroniska bilagor

Till rapporten finns bilagor i pdf-format att ladda ner från Riksrevisionens webbplats. Bilagorna kan även begäras ut från ärendets akt genom registraturen.

Bilaga 3. Fallstudier i regioner**Bilaga 4. Kvantitativ metod**

Sammanfattning

Långa väntetider har länge varit ett problem inom svensk hälso- och sjukvård. Riksrevisionen har därför granskat statens styrning genom vårdgarantin, kömiljarden och standardiserade vårdförlopp (SVF). Den övergripande slutsatsen är att styrmedlen på många sätt inte är effektiva för att korta väntetider. För SVF har dock vissa delar av styrningen fungerat bättre. Styrmedlen riskerar också att leda till undanträngning av patienter med större vårdbehov och till resursineffektiv cancerutredning.

Styrmedlen är på många sätt inte effektiva för att korta väntetider

Vårdgarantin är visserligen etablerad som norm, men de kontinuerligt försämrade väntetiderna tyder på att det är ett ineffektivt styrmedel för att korta väntetider till vård – trots att tidsgränserna är lagreglerade.

Kömiljarden 2009–2014, totalt cirka 6 miljarder kronor från staten, hade en kortvarig effekt på väntetiderna vid införandet, men det är oklart om effekten berodde på en reell produktionsökning av vård eller på administrativa åtgärder, som rensade väntelistor. Det är även oklart om prestationsersättning som styrmedel har effekt på sikt. Därför är det viktigt att regeringen följer upp effekterna av *den nya kömiljarden* som inleddes 2019.

SVF, totalt cirka 3,6 miljarder kronor från staten, har lett till kortare väntetider för flera cancerdiagnoser. SVF stimulerar till verksamhetsutveckling, vilket kan leda till kortare väntetider. Men de regionala skillnaderna i väntetider inom cancervården kvarstår. För att SVF ska få större genomslag är det viktigt att regionernas ledning prioriterar SVF.

Styrningen bör minska riskerna för undanträngning

Riksrevisionen bedömer att styrmedlen riskerar att leda till undanträngning. Vårdgarantins tidsgräns på tre dagar till medicinsk bedömning i primärvården är en så pass kort tid att det finns risk för att personalen inte hinner prioritera patienter med större vårdbehov. För SVF riskerar ledtidsmålen från välgrundad misstanke om cancer till behandling att leda till undanträngning om de är för ambitiöst utformade. Granskningen har visat att det finns tecken på att SVF lett till undanträngning, till exempel av patienter med godartad prostataförstoring och njursten.

SVF riskerar också att leda till att patienter utreds för cancer i onödan, om kriterierna för välgrundad misstanke om cancer är för breda. Det skulle innebära risk för resursineffektiv vård, undanträngning och att patienter oroas i onödan.

Regeringen bör säkerställa att väntetidsarbetet följs upp

Vårdgarantin, kömiljarden och SVF har bidragit till att få igång väntetidsregistreringen. Den nationella statistiken har dock fortfarande brister i kvalitet, täckningsgrad och innehåll som gör den svår att använda till analys och uppföljning. Det saknas också kunskap om flera aspekter av väntetidsarbetets resultat, exempelvis SVF:s effekter på patienternas vårdutfall.

Statens styrning bör ta större hänsyn till regionernas olikheter

Det är positivt att regeringen verkat för att utöka Socialstyrelsens stödjande roll gentemot regionernas väntetidsarbete. För att öka träffsäkerheten är det viktigt att Socialstyrelsen differentierar stödet så att det anpassas till regionernas olikheter när det gäller organisation, styrning och strukturella förutsättningar.

Rekommendationer

Riksrevisionen lämnar följande rekommendationer.

Till regeringen

Följande rekommendationer gäller vårdgarantin och den nya kömiljarden:

- Ge en lämplig myndighet i uppdrag att kvantitativt undersöka den nya kömiljardens effekt på vårdköer samt eventuella undanträngningseffekter.
- Förläng vårdgarantins tre dagar till bedömning i primärvården till sju dagar för att minska risken för undanträngning. Förlängningen bör genomföras i kombination med att bedömningsgarantin breddas till att omfatta även tidigare kända hälsoproblem.

Följande rekommendationer gäller SVF:

- Ge en lämplig myndighet i uppdrag att studera SVF:s effekter på patienternas vårdutfall och vårdens kvalitet.
- Säkerställ att SVF:s ledtidsmål tas fram med hänsyn till övergripande prioriteringar i vården som helhet.
- Säkerställ att SVF:s kriterier för välgrundad misstanke inte leder till att onödigt många utreds för cancer. Om onödigt många utreds, bör kriterierna revideras eller primärvården ges bättre stöd i att tolka kriterierna.

Följande rekommendationer gäller regeringens väntetidsarbete i stort:

- Se till att det finns nationell väntetidsstatistik av god kvalitet och täckningsgrad, som går att använda till analys och uppföljning över tid.

Till Socialstyrelsen

- Differentiera stödet till regionernas väntetidsarbete så att det anpassas efter regionernas olika organisationer, arbetssätt och förutsättningar.

1 Inledning

1.1 Motiv till granskning

Svensk hälso- och sjukvård har goda medicinska resultat¹, men långa väntetider har länge varit ett problem² och beskrivs ofta som den svenska vårdens akilleshäls. Tillgängligheten till vård har därför varit föremål för statlig styrning under de senaste decennierna.³ Lång väntan på vård kan få en rad konsekvenser, på både individ- och systemnivå: dels kan det få medicinska konsekvenser för patienten, dels kan det leda till ökade kostnader för hälso- och sjukvården. Studier visar också ett samband mellan långa väntetider och lägre förtroende för den offentligt finansierade hälso- och sjukvården.⁴

Granskningen fokuserar på de tre mest centrala statliga styrmedlen för att korta väntetider i vården: vårdgarantin, kömiljarden och standardiserade vårdförlopp inom cancervården.

Vårdgarantin skrevs in hälso- och sjukvårdslagen 2010 och syftar till att förbättra tillgängligheten till vård genom att ange tidsgränser för väntan på vård i vissa delar av vårdkedjan.⁵ *Kömiljarden* 2009–2014 innebar att staten betalade ut prestationsersättning till regioner som levde upp till krav som var kopplade till vårdgarantin⁶, totalt cirka 6 miljarder kronor⁷. Trots de statliga insatserna för kortare väntetider har vårdgarantins tidsgränser kontinuerligt överskridits och väntetiderna försämrats under de senaste åren, även före covid-19-pandemin.⁸

En ytterligare statlig åtgärd för att korta väntetider är så kallade *standardiserade vårdförlopp* (SVF) inom cancervården, som bland annat anger vilka utredningar och första behandlingar som ska göras och vilka tidsgränser som gäller för de olika

¹ OECD, *Sverige: Landprofil hälsa 2021*, 2021.

² Socialstyrelsen, *Uppföljning och analys av överenskommelsen om ökad tillgänglighet 2020. Delrapport december 2020*, 2020, s. 9; SOU 2022:22, s. 21.

³ SOU 2022:22, s. 46 f.

⁴ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *En primär angelägenhet. Kunskapsunderlag för en stärkt primärvård*, 2017; Socialstyrelsen, *Tillgänglighet i hälso- och sjukvården*, 2018, s. 58 ff; Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Förnuft och känsla. Befolkningens förtroende för hälso- och sjukvården*, 2018.

⁵ Prop. 2009/10:67, bet. 2009/10:SoU7, rskr. 2009/10:212, s. 37f; 9 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30); 2 kap. 3 § patientlagen (2014:821).

⁶ Socialstyrelsen, *Tillgänglighet i hälso- och sjukvården*, 2018, s. 9.

⁷ Riksrevisionen, *Riksrevisionens summering av utbetalningar inom ramen för överenskommelser om kömiljarder mellan regeringen och SKR 2009–2014*.

⁸ SOU 2021:59, s. 77–109; SOU 2022:22, s. 79–108, 46 f.

momenten.⁹ Staten har genom överenskommelserna mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) om cancervården avsatt ungefär 3,6 miljarder kronor för SVF 2015–2023.¹⁰ Svensk cancervård uppvisar goda medicinska resultat¹¹, men väntetiderna skiljer sig åt över landet.¹² Skillnaderna mellan regionerna indikerar att det finns potential att korta väntetiderna.¹³

De uppföljningar som gjorts tyder på att vårdgarantin, kömiljarden och SVF riskerar att leda till *undanträngning* av patienter med större vårdbehov.¹⁴ Det saknas dock tillförlitliga underlag för att bedöma problemets omfattning.

1.2 Övergripande revisionsfråga och avgränsningar

Den övergripande revisionsfrågan lyder:

- Är statens styrning genom vårdgarantin, kömiljarden och SVF effektiv för att korta väntetider i vården på ett sätt som är förenligt med en jämlik vård efter behov?

Den besvaras genom följande två delfrågor:

1. Har vårdgarantin och kömiljarden bidragit till kortare väntetider på ett sätt som är förenligt med en jämlik vård efter behov?
2. Har SVF bidragit till kortare väntetider på ett sätt som är förenligt med en jämlik vård efter behov?

Vi granskar den första kömiljarden som genomfördes 2009–2014 och införandet av vårdgarantin i lag 2010. Införandet av SVF inom cancervården skedde stegvis under 2015–2018. Det är svårt att dra några generella slutsatser utifrån de extraordinära

⁹ Regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting, *Kortare väntetider i cancervården. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting*, 2015.

¹⁰ Riksrevisionen, *Riksrevisionens summering av utbetalningar inom ramen för överenskommelser som rör SVF mellan regeringen och SKR 2015–2023*.

¹¹ CONCORD Working Group, "Global surveillance of trends in cancer survival 2000–14 (CONCORD-3): analysis of individual records for 37 513 025 patients diagnosed with one of 18 cancers from 322 population-based registries in 71 countries", 2018; OECD, *Sverige: Landprofil hälsa 2021*, 2021.

¹² Socialstyrelsen, *Väntetider i cancervården*, 2015.

¹³ Regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting, *Kortare väntetider i cancervården. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting*, 2015.

¹⁴ Socialstyrelsen, *Vårdgaranti och kömiljard – uppföljning 2009–2011*, 2012; Socialstyrelsen, *Vårdgaranti och kömiljard – uppföljning 2012*, 2013; Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Låt den rätte komma in – Hur har tillgängligheten påverkats av apoteksomregleringen, vårdvalet samt vårdgarantin och Kömiljarden?*, 2014; Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Varierande väntan på vård. Analys och uppföljning av den nationella vårdgarantin*, 2015.

omständigheterna som rådde under covid-19-pandemin 2020–2021. Därför har de kvantitativa studierna avgränsats till perioden fram till 2019.

Regeringen, Socialstyrelsen och Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har varit granskningsobjekt. Granskningen fokuserar på de tre statliga styrmedel som direkt syftar till att korta väntetider till vård: vårdgarantin, kömiljarden och SVF. Vi granskar inte statens tillgänglighetssatsningar med inriktning mot barn och unga med psykisk ohälsa. Granskningen omfattar inte heller andra statliga styrmedel som mer indirekt kan skapa förutsättningar för kortare väntetider, till exempel insatser som syftar till att förstärka kompetensförsörjningen eller satsningar på primärvården.¹⁵ *Personcentrerade sammanhållna vårdförlopp* omfattas inte av granskningen, då de började införas först 2020.¹⁶

1.3 Bedömningsgrunder

I det här avsnittet beskriver vi våra bedömningsgrunder för att granska om statens styrning för att korta väntetider i vården är effektiv på ett sätt som är förenligt med en jämlik vård efter behov. Hälso- och sjukvårdslagen innehåller flera principer som är av särskild vikt för vår granskning: vårdinsatser ska ges i rimlig tid och vården ska vara jämlik, ges efter behov och vara effektiv. Vi operationaliserar varje bedömningsgrund, det vill säga konkretiserar hur vi bedömer att styrningen ska fungera för att effektivt bidra till kortare väntetider. Ytterligare en utgångspunkt är ansvarsfördelningen mellan staten och regionerna i hälso- och sjukvården.

1.3.1 Vårdinsatser ska ges i rimlig tid

Hälso- och sjukvård ska bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls.¹⁷ Ett av fem kriterier för en god vård är att hälso- och sjukvården ska vara *lätt tillgänglig*.¹⁸ Att vården är lätt tillgänglig innebär bland annat att vården är lätt att komma i kontakt

¹⁵ Exempelvis den pågående omställningen till en god och nära vård, professionsmiljarden och insatser för digitalisering i vården.

¹⁶ År 2019 påbörjades ett arbete med att ta fram SVF för andra allvarliga sjukdomar än cancer (till exempel stroke och demenssjukdom) efter en överenskommelse mellan staten och SKR. Dessa vårdförlopp kom senare att benämnas *personcentrerade sammanhållna vårdförlopp*. Regeringen och Sveriges Kommuner och Regioner, *Överenskommelse om sammanhållna, jämlik och säker vård 2021. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner, 2021*, s. 22 ff.

¹⁷ 3 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen.

¹⁸ 5 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen. Att vården ska vara lätt tillgänglig framgår också av 2 kap. 1 § patientlagen. Tillgänglighet är ett brett begrepp som kan inkludera aspekter som väntetider, geografisk närhet till vårdinstanser, öppettider, nyttjande av digitala vårdkontakter, patientbemötande och anpassningar för personer med funktionshinder. I granskningen är tillgänglighet i första hand avgränsat till den första aspekten: väntetider.

med och att vårdinsatser ges i rimlig tid.¹⁹ Det finns ingen juridisk definition av begreppet tillgänglighet, men att väntetider är en viktig aspekt framgår av vårdgarantin, som är stadgad i både hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och patientlagen (2014:821).²⁰

Vårdgarantin ska korta väntetider i vissa delar av vårdkedjan

Vårdgarantin syftar till att förbättra tillgänglighet till vård²¹ och anger tidsgränser för hur länge en patient som längst ska behöva vänta på vård i fyra delar av vårdkedjan, se avsnitt 2.1.2. Riksdagen har beslutat²² om vårdgarantins nuvarande tidsgränser.²³

Vårdgarantin ska ge en tydlig signal till både vårdgivare och patienter om vilka maximala väntetider som gäller för att få vård. Effekten bör vara att lagen följs och att väntetiderna till vård är förenliga med vårdgarantins tidsgränser. Om en vårdgivare inte kan ge patienten vård inom vårdgarantins tidsgränser ska regionen se till att patienten får vård hos någon annan vårdgivare inom regionen eller i en annan region, utan extra kostnad för patienten.²⁴

Vårdgarantin ska efterlevas, men bedömningen ligger i det enskilda fallet hos den medicinska professionen. I enskilda fall kan det vara motiverat att låta väntetiden överskrida vårdgarantins tidsgränser, till exempel om patienten av medicinska skäl inte kan ges vård, eller om patienten själv väljer att avstå från en vårdinsats. I sådana fall ska vårdgarantin inte tillämpas.²⁵

Vi operationaliserar bedömningsgrunden för vårdgarantin så här:

- Vårdgarantin ska leda till kortare väntetider.
- Vårdgarantins tidsgränser ska verka normerande och regionerna ska arbeta för att uppfylla dem.
- Regionerna ska erbjuda patienterna vård hos en annan vårdgivare eller region när vårdgarantin inte uppfylls. Patienterna behöver också kunna och vilja ta emot vård någon annanstans.

¹⁹ Socialstyrelsen, *Uppföljning och analys av överenskommelsen om ökad tillgänglighet 2020. Delrapport december 2020*, 2020, s. 9; Dir. 2020:81, s. 2.

²⁰ 9 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen och 2 kap. 3 § patientlagen.

²¹ Prop. 2009/10:67, bet. 2009/10:SoU7, rskr. 2009/10:212, s. 37f.

²² Prop. 2017/18:83, bet. 2017/18:SoU22, rskr. 2017/18:294, protokoll 2017/18:117.

²³ Tidsgränserna (0-3-90-90) framgår av 6 kap. 1 § hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80).

²⁴ 9 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen.

²⁵ 6 kap. 2 § hälso- och sjukvårdsförordningen.

Kömiljarden ska stärka vårdgarantins efterlevnad

Kömiljarden ska ge regionerna ekonomiska incitament att hålla vårdgarantins tidsgränser och därmed stärka dess efterlevnad och korta väntetiderna i vården.²⁶ Kömiljarden innebär att regioner som lever upp till krav som är kopplade till vårdgarantin får ekonomisk ersättning i enlighet med statens överenskommelser med SKR.²⁷ Regionerna avgör själva hur de vill arbeta för att uppnå prestationsmålen.

Vi operationaliserar bedömningsgrunden för kömiljarden så här:

- Kömiljarden ska leda till kortare väntetider.
- Kömiljarden ska ge regionerna ytterligare incitament att hålla vårdgarantins tidsgränser och arbeta för att korta väntetiderna.
- Kömiljarden ska leda till att väntetidsfrågan uppmärksammas ytterligare.

SVF ska korta väntetiderna inom cancervården

Målet med SVF är bland annat att korta väntetiden från välgrundad misstanke om cancer till start av första behandling samt att minska de regionala skillnaderna.²⁸ Årliga överenskommelser mellan regeringen och SKR ska stimulera regionernas arbete med SVF. De ekonomiska medlen ska bland annat stödja regionernas uppstartskostnader och arbete med måluppfyllelse samt det nationella och regionala samverkansarbetet.²⁹ Kortare väntetider inom cancervården ska uppnås genom att tidigt upptäcka personer med symptom som kan bero på cancer och att genomföra en snabb utredning, och därmed korta tiden till att diagnos fastställs och behandling kan starta.³⁰

Det finns sex så kallade *regionala cancercentrum* (RCC) (se avsnitt 3.1.1) som har en central roll för styrningen och ska vara stödjande, stimulerande och samordnande i införandet av SVF i regionerna.³¹

²⁶ Socialstyrelsen, *Vårdgaranti och kömiljard. Uppföljning 2013, 2014*; Socialstyrelsen, *Tillgänglighet i hälso- och sjukvården*, 2018, s. 9.

²⁷ 9 kap. 3 § hälso- och sjukvårdslagen; Regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting, *Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om en nationell satsning för en fungerande vårdgaranti 2009, 2008*.

²⁸ Regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting, *Kortare väntetider i cancervården. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting*, 2015.

²⁹ E-post från Socialdepartementet, 2023-05-08.

³⁰ Socialstyrelsen, *Nationellt och regionalt arbete med standardiserade vårdförlopp 2022*, 2022, s. 2.

³¹ Regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting, *Kortare väntetider i cancervården. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting*, 2015.

Vi operationaliserar bedömningsgrunden för SVF så här:

- SVF ska leda till kortare väntetider inom cancervården och minska de regionala skillnaderna.
- SVF ska stimulera regionerna att förbättra vårdprocesser och korta väntetiderna inom cancervården.
- De ekonomiska medlen för SVF ska underlätta införandet genom att stödja regionerna i deras uppstartskostnader och arbete med måluppfyllelse samt det nationella och regionala samverkansarbetet.
- RCC ska driva på införandet av SVF i regionerna genom att stödja, stimulera och samordna arbetet samt ge staten återkoppling från regionerna.

Väntetiderna ska gå att följa upp

Att följa upp väntetiderna är viktigt för att kunna följa utvecklingen, vilket är en förutsättning för att kunna arbeta för att korta väntetiderna. Regionerna är enligt hälso- och sjukvårdslagen skyldiga att rapportera in uppgifter i enlighet med vårdgarantins gränser, vilket görs till den nationella väntetidsdatabasen som förvaltas av SKR.³² Regionerna ska också rapportera in SVF:s väntetider inom cancervården till väntetidsdatabasen.³³

Vi operationaliserar bedömningsgrunden för uppföljning så här:

- Det ska finnas fungerande IT-system för att registrera och följa upp väntetiderna i regionerna och nationellt.
- Registreringen ska inte innebära en oproportionerligt stor administrativ belastning för vårdpersonalen.
- Väntetidsstatistik ska vara tillförlitlig, ha god täckningsgrad och ha ett ändamålsenligt innehåll som går att använda för uppföljning och analys.

³² 9 kap. 3 § hälso- och sjukvårdslagen.

³³ Socialstyrelsen, *Standardiserade vårdförlopp i cancervården. Lägesrapport 2015*, 2015; Regionala cancercentrum i samverkan, "Väntetider i standardiserade vårdförlopp (SVF)", hämtad 2023-01-04.

1.3.2 Vården ska vara jämlik, ges efter behov och vara effektiv

Hälso- och sjukvård ska bedrivas så att målet om en vård på lika villkor för hela befolkningen uppfylls. Att vården ska vara jämlik, ges efter behov och vara kostnadseffektiv framgår av hälso- och sjukvårdslagen³⁴ och av den etiska plattformen. Den etiska plattformen utgör grunden för planering och prioritering inom hälso- och sjukvården. Plattformen utgår från riksdagens beslut från 1997³⁵, som innebär att prioriteringar i vården ska bygga på tre grundläggande principer:

- Att vården ska vara jämlik framgår av *människovärdesprincipen* som innebär att prioriteringar i vården ska ske oberoende av patientens personliga egenskaper och funktion i samhället.³⁶
- Att vården ska ges efter behov framgår av *behovs- och solidaritetsprincipen* som innebär att vårdens resurser ska styras mot verksamheter och patienter där behoven är störst.
- Att vården ska vara effektiv framgår av *kostnadseffektivitetsprincipen* som innebär att en rimlig relation mellan kostnader och effekt ska eftersträvas vid valet mellan olika vårdinsatser.

I den etiska plattformen är principerna rangordnade så att människovärdesprincipen går före behovs- och solidaritetsprincipen, som i sin tur går före kostnadseffektivitetsprincipen. Vi lägger i granskningen särskild vikt vid behovs- och solidaritetsprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen, mot bakgrund av risker som lyfts i tidigare utvärderingar.³⁷ Styrmedlen sammankopplas i lägre grad med risker sett till människovärdesprincipen, men vi kommer också att kontrollera för exempelvis socioekonomiska faktorer.

³⁴ Bland annat framgår att målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen, att vården ska ges med respekt för alla människors lika värde, att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården och att offentligt finansierad hälso- och sjukvårdsverksamhet ska organiseras så att den främjar kostnadseffektivitet. 3 kap. 1 § och 4 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen.

³⁵ Prop. 1996/97:60, bet. 1996/97:SoU14; rskr. 1996/97:186.

³⁶ Det framgår även av behovs- och solidaritetsprincipen att utfallet av vården ska bli så lika som möjligt och att behoven hos de svagaste särskilt ska beaktas.

³⁷ Socialstyrelsen, *Vårdgaranti och kömiljard – uppföljning 2009–2011*, 2012; Socialstyrelsen, *Vårdgaranti och kömiljard – uppföljning 2012, 2013*; Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Låt den rätte komma in – Hur har tillgängligheten påverkats av apoteksomregleringen, vårdvalet samt vårdgarantin och Kömiljarden?*, 2014; Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Varierande väntan på vård. Analys och uppföljning av den nationella vårdgarantin*, 2015.

Vården ska ges efter behov

Behovs- och solidaritetsprincipen anger att det är vårdbehovet som ska avgöra vårdens omfattning och innehåll. Vid prioritering mellan två patienter ska alltså patienten med det större vårdbehovet ges företräde, med viss hänsyn tagen till tillgången till effektiv behandling och prognosen för att vårdinsatsen kommer att ge den avsedda medicinska nyttan.³⁸ Andra faktorer, som kronologisk ålder eller tidigare livsstil, får inte ligga till grund för prioritering.³⁹

När det gäller styrning för kortare väntetider är det motiverat att lägga särskilt fokus på behovs- och solidaritetsprincipen, mot bakgrund av förmodade risker för *undanträngning* av patienter med större vårdbehov. Vi definierar undanträngning som att väntetiderna kortas för patienter med mindre vårdbehov, men att detta leder till förlängda väntetider och därmed ett sämre vårdutfall för patienter med större vårdbehov. En viktig aspekt av vård efter behov är patientnyttan. För vissa tillstånd saknas en effektiv behandling, vilket innebär att en snabbare vård inte hade gett patienten ett bättre vårdutfall. En förlängd väntetid för patienter med större vårdbehov, som varken förvärrar tillståndet eller påverkar vårdutfallet, behöver alltså inte innebära undanträngning. Om patienter med mindre vårdbehov i det fallet får snabbare vård kan det i stället innebära en effektivisering av systemet.

Vi operationaliserar bedömningsgrunden för vård efter behov så här:

- Vårdgarantin, kömiljarden och SVF ska inte leda till undanträngning av patienter med större vårdbehov. Det gäller både den övergripande prioriteringen i vården som helhet och vårdpersonalens prioritering i verksamheternas dagliga arbete.

Vården ska vara effektiv

När vi bedömer styrmedlens effektivitet är kostnadseffektiviteten också en viktig parameter. Styrmedlen ska inte leda till ett ineffektivt användande av resurser, vilket innebär att vård ska ges när det finns behov av vård.

Vi operationaliserar bedömningsgrunden för effektiv vård så här:

- Vårdgarantin, kömiljarden och SVF ska inte leda till ett ineffektivt användande av resurser, till exempel onödig vårdkonsumtion.

³⁸ Behov definieras som det man som patient har nytta av. En patient har enligt denna definition inte behov av åtgärder som inte förbättrar hälsan och livskvaliteten. Prop. 1996/97:60.

³⁹ Prop. 1981/82:97, s. 27 ff; Prop. 1996/97:60, s. 21 ff.

1.3.3 Staten och regionerna har olika ansvar inom hälso- och sjukvården

En ytterligare utgångspunkt för granskningen är ansvarsfördelningen mellan stat och region i hälso- och sjukvården.

Regionerna är ansvariga för tillgängligheten inom vården och därmed väntetider och köer.⁴⁰ Enligt hälso- och sjukvårdslagen ansvarar regionerna (och i viss mån kommunerna) bland annat för att organisera, planera och erbjuda vård.

Staten har samtidigt ett övergripande ansvar för vården och behöver kunna följa att utvecklingen går åt rätt håll.⁴¹ Staten ansvarar också för att främja goda förutsättningar för hälso- och sjukvårdssystemet.⁴² **Regeringen** styr hälso- och sjukvården, bland annat genom att ta fram förslag på ny lagstiftning som riksdagen beslutar om, genom överenskommelser med SKR och genom att styra myndigheterna. Regeringen ansvarar för utformningen av styrmedlen och för att effekterna går att följa upp samt säkerställer att berörda myndigheter har förutsättningar för att utföra sina uppgifter på ett effektivt sätt.

Socialstyrelsen är ansvarig förvaltningsmyndighet för hälso- och sjukvården och ska stödja och utveckla hälso- och sjukvården, baserat på tillgänglig kunskap. Socialstyrelsen ansvarar också för föreskrifter och allmänna råd inom sitt verksamhetsområde.⁴³ När det gäller statens styrning för kortare väntetider i vården har Socialstyrelsen framför allt haft i uppdrag att följa upp och utvärdera effekterna av styrmedlen, men ibland också att ha en stödjande roll.⁴⁴ Granskningen har dock inte bedömt de uppföljningar som Socialstyrelsen gjort.

IVO ska genom tillsyn granska att hälso- och sjukvårdsverksamheten och dess personal lever upp till författningsreglerade mål och krav. Tillsynen ska utgå från ett patientsäkerhetsperspektiv.⁴⁵ Tillsyn är ett viktigt kontroll- och styrinstrument för att säkerställa att lagar, förordningar och föreskrifter följs⁴⁶ samt en viktig del av

⁴⁰ SOU 2022:22, s. 58.

⁴¹ Prop. 2019/20:1. utgiftsområde 9, s. 53.

⁴² Prop. 2020/21:1. utgiftsområde 9, s. 12.

⁴³ 1 kap. 7 § förordningen (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen.

⁴⁴ Regeringsbeslut S2017/07302/RS; Regeringsbeslut S2015/07980/FS, s. 4; Regeringsbeslut S2011/5472/FST, s. 7, S2013/6770/FST, S2013/9047/SAM, s. 1.

Även Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har till uppgift att analysera effekter av regeringens styrning på hälso- och sjukvårdsområdet, vilket inbegriper styrning för kortare väntetider. Myndigheten har fått flera regeringsuppdrag om att utvärdera effekter av statens styrning genom vårdgarantin och kömiljarden.

⁴⁵ 7 kap. 3 § patientsäkerhetslagen (2010:659).

⁴⁶ Prop. 2012/13:20.

statens ansvar för att tillgodose behovet av en tillgänglig hälso- och sjukvård för alla individer⁴⁷. Det framgår av vårdgarantins förarbeten att lagen ska tillämpas inom ramen för tillsynen. Till exempel kan tillsynen handla om hur vårdgarantin i praktiken tillämpas och efterlevs i regionerna, vilka åtgärder man vidtar för att komma till rätta med eventuella brister och hur regionerna och hälso- och sjukvårdspersonalen fullgör sin informationsskyldighet vad gäller vårdgarantin.⁴⁸ IVO har rättsliga möjligheter att utöva tillsyn gentemot vårdgivare med utgångspunkt i långa väntetider, till exempel genom sin riskbaserade tillsyn eller genom lex Maria då väntetider medfört vårdskada eller risk för sådan.

1.4 Metod och genomförande

Vi har använt flera kompletterande metoder, huvudsakligen intervjuer, kvantitativa analyser och dokumentstudier. Utifrån den kvantitativa analysen bedömer vi om styrmedlen påverkat väntetiderna och om de lett till undanträngning. De kvalitativa metoderna ger en fördjupad bild och bidrar till att förklara de effekter som vi ser i den kvantitativa analysen.

Vi har för SVF valt att fokusera på de SVF som är störst sett till antal patienter och som haft kvalitetsregister som vi kunnat ta del av data från: SVF för prostatacancer, bröstcancer, tjock- och ändtarmscancer, urinblåsecancer och njurcancer⁴⁹.

1.4.1 Fallstudier i regioner

Vi har gjort fallstudier i fyra regioner för att fördjupa vår förståelse för hur statens styrning når ut i regionerna. I samtliga fallregioner har vi intervjuat företrädare för förvaltningen och verksamheterna.

För att undersöka effekter av vårdgarantin och kömiljarden har vi gjort fallstudier i Region Uppsala och Region Jönköping. Valet av regioner baseras i första hand på hur regionerna presterade i kömiljarden 2010–2014. Region Jönköping presterade väl inom kömiljarden och beskrevs i Socialstyrelsens utvärdering 2010 som en av få

⁴⁷ Inspektionen för vård och omsorg, *Tillsyn av tillgänglighet i hälso- och sjukvården. Slutredovisning av regeringsuppdrag att beskriva risker med bristande tillgänglighet och lämna förslag på hur tillsynen kan utvecklas*, 2021, s. 41.

⁴⁸ Prop. 2009/10:67, s. 72.

⁴⁹ Skälet till att vi inkluderat njurcancer, som är en mindre cancerform än de andra, är att vi velat ha med SVF från olika införandeår. Njurcancer infördes senare än de andra diagnoserna, år 2017. Tjock- och ändtarmscancer har ett gemensamt SVF, men vissa analyser har vi gjort separat för de båda cancerdiagnoserna.

regioner med ett mer övergripande grepp om väntetidsarbetet.⁵⁰ Region Uppsala var en av regionerna med sämre utfall i kömiljarden.⁵¹

För att undersöka effekter av SVF har vi valt ut två regioner som tillhör två olika RCC: Region Stockholm och Region Östergötland. Under inledande intervjuer i granskningen framkom att en intressant faktor är hur många regioner som ingår i sjukvårdsregionen. Det får konsekvenser för hur RCC organiseras och därmed hur statens styrning av SVF faller ut. Region Stockholm ingår i RCC Stockholm Gotland, där RCC:s organisation ligger i linje med den ordinarie regionorganisationen i Region Stockholm. Region Östergötland ingår i RCC Sydöst som består av tre olika regioner, och därför i högre grad behöver samordna arbetet med SVF. Region Östergötland sticker dessutom ut som en av de regioner som i genomsnitt haft sämst måloppfyllelse inom SVF.⁵²

Bilaga 3 ger en mer utförlig beskrivning av intervjuvaren i fallstudierna.

1.4.2 Kvantitativa analyser

Vi har statistiskt jämfört väntetiderna före och efter styrmedlens införande, grafiskt och i regressioner. Vi har också jämfört utvecklingen i olika regioner, för att se om det finns regionala skillnader i genomslaget och om spridningen minskat. För att undersöka om styrmedlen gett effekter i strid med en jämlik vård efter behov har vi undersökt effekterna för olika grupper av patienter, framför allt med olika vårdbehov men även med olika bakgrundsegenskaper. Vår ambition har varit att göra kausala tolkningar av effekterna av de statliga insatserna.⁵³

Vår främsta datakälla för väntetider har varit ett antal nationella kvalitetsregister. Analysen av vårdgarantin och kömiljarden har gjorts på data från multipel sklerosregistret (MS-registret).⁵⁴ Analysen av SVF har gjorts på data från kvalitetsregistren för prostatacancer, bröstcancer, tjock- och ändtarmscancer, urinblåsecancer och

⁵⁰ Socialstyrelsen, *Uppföljning av den nationella vårdgarantin och "kömiljarden". Årsrapport 2010*, 2010.

⁵¹ Riksrevisionen, *Riksrevisionens summering av utbetalningar inom ramen för överenskommelser om kömiljarder mellan regeringen och SKR 2009–2014*.

⁵² Regionala cancercentrum i samverkan, "Väntetider i standardiserade vårdförlopp (SVF)", hämtad 2022-11-29.

⁵³ Kausala tolkningar försvåras av att hälso- och sjukvården präglas av en komplex styrning och organisation, samt medicinsk metod- och teknikutveckling. I den mån vi gör kausala kopplingar ska de därför tolkas med försiktighet.

⁵⁴ Vi avsåg även att analysera effekter på väntetider i SQRTPA, som är ett kvalitetsregister över bland annat sköldkörteloperationer. Vi har dock inte kunnat göra den planerade analysen eftersom registret började registrera datum som kan användas för att mäta väntetider först 2012.

njurcancer, som kompletterats med data från Region Jönköping och Region Östergötland. Data från kvalitetsregistren och regionerna utgörs av pseudonymiserad individdata, som matchats med hälsodataregister från Socialstyrelsen och LISA-databasen från Statistiska centralbyrån.

Det finns ingen vedertagen metod för att mäta vårdbehov i enlighet med behovs- och solidaritetsprincipen. Vi har dels delat in patienter med respektive diagnos i grupper baserat på sjukdomens allvarlighetsgrad, dels använt det så kallade DRG-måttet (diagnosrelaterade grupper). Socialstyrelsen har på Riksrevisionens förfrågan tagit fram en variant av DRG som är specifikt anpassad för granskningens syfte.

Bilaga 4 ger en mer utförlig beskrivning av den kvantitativa analysen.

1.4.3 Övriga intervjuer och dokumentstudier

Vi har även intervjuat företrädare för Socialdepartementet, Socialstyrelsen, IVO, SKR, professionsorganisationer och andra myndigheter och organisationer. Patienternas perspektiv har på grund av resursskäl främst inhämtats i andra hand via vårdpersonal. Bilaga 1 innehåller en förteckning över intervjuer och skriftliga svar.

Utöver intervjuerna har vi analyserat dokument, bland annat nationella och regionala styrdokument, redovisningar och uppföljningar och utvärderingar.

1.4.4 Genomförande

Granskningen har genomförts av en projektgrupp bestående av Filippa Hagersten (projektledare), Heléne Berg och Maria-Medée Almroth. Lasse Einarsson, Arvid Segerström (praktikant) och Moa Carlsson (praktikant) har också bidragit i arbetet. Två referenspersoner har lämnat synpunkter på granskningsupplägget och på ett utkast till granskningsrapporten: Lars Sandman, professor vid Prioriteringscentrum vid Linköpings universitet, och Eva Jolly, verksamhetsansvarig vid Karolinska Comprehensive Cancer Centre. Företrädare för Regeringskansliet (Socialdepartementet), Socialstyrelsen, IVO, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vård- och omsorgsanalys) och SKR har fått tillfälle att faktagranska och i övrigt lämna synpunkter på ett utkast till granskningsrapporten.

2 Vårdgarantin och kömiljarden brister i effektivitet men riskerar ändå att leda till undanträngning

Kapitlet inleds med ett bakgrundsavsnitt (2.1) som beskriver vårdgarantin och kömiljarden 2009–2014 som styrmedel. I avsnitt 2.2–2.4 besvaras delfrågan ”Bidrar vårdgarantin och kömiljarden till kortare väntetider på ett sätt som är förenligt med en jämlik vård efter behov?”. Där redogör vi för de effekter som vi sett och för de iakttagelser vi gjort som kan förklara effekten, med utgångspunkt i våra bedömningsgrunder.

Våra iakttagelser i korthet

Vårdgarantin och kömiljarden har inte haft någon tydlig, långvarig effekt på väntetiderna.

- *Vårdgarantin* verkar normerande, men väntetiderna har kontinuerligt försämrats sedan den lagreglerades 2010. Regionerna lever inte upp till sin skyldighet att erbjuda patienter vård hos en annan vårdgivare eller region när vårdgarantin inte uppfylls. *Kömiljarden* ledde inledningsvis till mer uppmärksamhet och kortare väntetider, men effekten avtog.
- Flera aspekter av vårdgarantin och kömiljarden har försämrat effekten, som att statens styrning inte anpassas till regionernas olikheter. Regionernas incitament att vidta åtgärder försvagades av att kömiljarden inte tog hänsyn till relativ förbättring.
- Väntetidsregistreringen har kommit i gång, men har bristande tillförlitlighet, täckningsgrad och innehåll.

Vårdgarantin och kömiljarden riskerar att leda till undanträngning.

- Vi har inte kvantitativt kunnat belägga att vårdgarantin och kömiljarden lett till undanträngning. Bristfällig statistik har försvårat studien.
- Våra intervjuer i regionerna leder oss dock till slutsatsen att vårdgarantins tre dagar till medicinsk bedömning är för kort tid och riskerar att leda till undanträngning av patienter med större vårdbehov.

2.1 Om vårdgarantin och kömiljarden

Vårdgarantin är ett statligt styrmedel som anger tidsgränser för väntan på vård och innebär att regionerna ska garantera sina medborgare vård inom bestämda väntetidsgränser i vissa delar av vårdkedjan.⁵⁵ Tidsgränserna kan sammanfattas som 0-3-90-90 (se avsnitt 2.1.2).

Kömiljarden genomfördes 2009–2014 och utgjordes av prestationsersättning från staten till de regioner som uppfyller krav som är kopplade till vårdgarantin.⁵⁶ Syftet var att ge regionerna ekonomiska incitament att leva upp till vårdgarantin.⁵⁷

2.1.1 Bakgrunden till vårdgarantin och kömiljarden

Den första *vårdgarantin* introducerades 1992 mot bakgrund av en debatt om långa väntetider och omfattade då enbart ett begränsat antal diagnoser.⁵⁸ År 2005 fick vårdgarantin utformningen 0-7-90-90⁵⁹, vilket innehållsmässigt i huvudsak motsvarar den nuvarande.

Vårdgarantin skrevs in i både hälso- och sjukvårdslagen och patientlagen 2010.⁶⁰ Innan dess reglerades den genom överenskommelser mellan staten och SKR (dåvarande Landstingsförbundet eller SKL).⁶¹ Ett viktigt syfte med att införa vårdgarantin i lag var att stärka patientens ställning.⁶²

För att stärka vårdgarantins efterlevnad genomfördes 2009–2014 den så kallade *kömiljarden*, som innebar att prestationsbaserad ersättning delades ut till regioner som uppfyllde krav som var kopplade till vårdgarantin inom den specialiserade vården.⁶³

⁵⁵ 9 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen och 2 kap. 3 § patientlagen.

⁵⁶ 9 kap. 3 § hälso- och sjukvårdslagen; Regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting, *Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om en nationell satsning för en fungerande vårdgaranti* 2009, 2008.

⁵⁷ Socialstyrelsen, *Tillgänglighet i hälso- och sjukvården*, 2018, s. 9.

⁵⁸ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Varierande väntan på vård. Analys och uppföljning av den nationella vårdgarantin*, 2015, s. 23 f.

⁵⁹ Skillnaden från den nuvarande utformningen, 0-3-90-90, är att 7 dagar till läkarbesök i primärvården gällde i stället för 3 dagar till medicinsk bedömning i primärvården.

⁶⁰ 9 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen och 2 kap. 3 § patientlagen.

⁶¹ Socialstyrelsen, *Uppföljning och analys av överenskommelsen om ökad tillgänglighet 2020. Regionernas inrapportering av primärvårdsdata till den nationella väntetidsdatabasen. Delrapport december 2020*, 2020, s. 9.

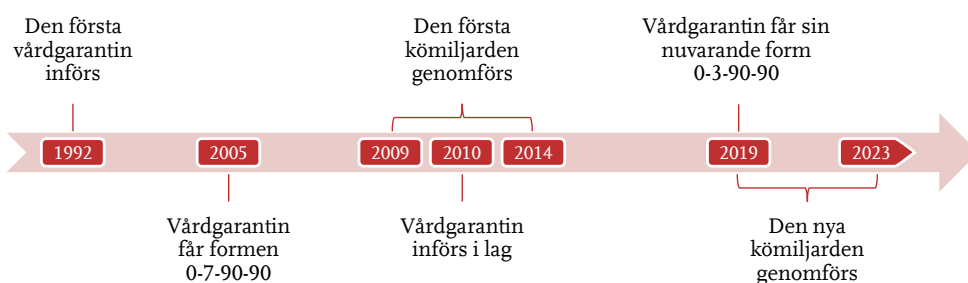
⁶² Prop. 2009/10:67 s. 38 f.

⁶³ 9 kap. 3 § hälso- och sjukvårdslagen; Regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting, *Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om en nationell satsning för en fungerande vårdgaranti* 2009, 2008.

År 2019 fick vårdgarantin sin nuvarande form som kan sammanfattas med 0-3-90-90.⁶⁴ Läkarpbesök inom sju dagar ändrades till medicinsk bedömning inom tre dagar. Den medicinska bedömningen blev också professionsneutral, vilket innebär att den kan göras av annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal än läkare. Den enskilda patientens vårdbehov ska styra vilken kompetens som nyttjas.⁶⁵ Regeringen kallade förändringen för en *förstärkt vårdgaranti*.

Regeringen och SKR har sedan 2019 slutit årliga överenskommelser om en ny kömiljard, med en delvis annan utformning, som 2023 fortsatt pågår.⁶⁶

Figur 1 Tidslinje över vårdgarantin och kömiljarden



2.1.2 Vårdgarantin anger tidsgränser för vård

Vårdgarantin anges i 9 kap. 1 § i hälso- och sjukvårdslagen och syftar till att korta väntetider till vård. Vårdgarantin anger den yttersta tidsgränsen för vård i fyra delar av vårdkedjan. Den medicinska prioriteringen ska ske inom ramen för tidsgränserna. Väntetiden kan alltså vara kortare om den medicinska prioriteringen så kräver, men alla ska få vård inom tidsgränsen.⁶⁷ Regionerna kan själva införa garantier om kortare tidsgränser än vad som gäller enligt den nationella vårdgarantin, men de får inte vara längre.⁶⁸

⁶⁴ Prop. 2017/18:83, bet. 2017/18:SoU22, rskr. 2017/18:294, protokoll 2017/18:117.

⁶⁵ Prop. 2017/18:83, bet. 2017/18:SoU22, rskr. 2017/18:294, protokoll 2017/18:117, s. 31f.

⁶⁶ Regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting, *En ny, uppdaterad kömiljard 2019. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting*, 2019.

⁶⁷ Prop. 2009/10:67, s. 40–41; SOU 2022:22, s. 56.

⁶⁸ Exempel på regioner med kortare tidsgränser är Region Stockholm som har en regional vårdgaranti på 0-3-30-90 dagar och Region Halland som har 0-3-60-60 dagar.

Vårdgarantins tidsgränser 0-3-90-90⁶⁹

0 – Kontakt med primärvården samma dag (tillgänglighetsgaranti)

Kontakten kan ske via telefon, videosamtal, ett fysiskt besök eller online, till exempel genom meddelande i 1177⁷⁰.

3 – Medicinsk bedömning i primärvården inom tre dagar (bedömningsgaranti)

Den medicinska bedömningen kan göras av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Endast nya hälsoproblem eller oväntade eller kraftiga försämringar av tidigare kända hälsoproblem omfattas.⁷¹

90 – Besök i specialistvården inom 90 dagar (besöksgaranti)

Besöket ska ske inom 90 dagar efter att en remiss har utfärdats eller, om någon remiss inte är nödvändig, från det att patienten har kontaktat den specialiserade vården.

90 – Planerad vård eller behandling i specialistvården inom 90 dagar (behandlingsgaranti)

Vården (exempelvis en operation eller annan behandling) ska påbörjas inom 90 dagar efter att vårdgivaren inom specialistvården har beslutat om planerad vård.

Om en region inte uppfyller vårdgarantin ska regionen se till att patienten får vård hos en annan vårdgivare inom regionen eller i en annan region, utan extra kostnad för patienten.⁷²

Väntetider till akutsjukvård, diagnostisering, utredning, undersökning och återbesök är exempel på delar av vårdkedjan som inte ingår i vårdgarantin.

Vårdgarantin ställer heller inga krav på vilken vård som ges, vilken kvalitet vården ska hålla eller hur vårdprocessen upplevs för patienten.⁷³

⁶⁹ 6 kap. 1 § hälso- och sjukvårdsförordningen.

⁷⁰ Vårdgarantin mäts utifrån kontakt via telefon men gäller även för andra kontaktvägar, exempelvis via digitala kanaler eller drop in-besök. Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), "Ordlista A till Ö", hämtad 2023-03-14.

⁷¹ SOU 2022:22, s. 136.

⁷² 9 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen.

⁷³ Det finns omständigheter som kan göra att vårdgarantin inte träder i kraft, som att det saknas en medicinskt effektiv behandling att erbjuda patienten, att patienten har utnyttjat sin möjlighet till fritt vårdval i annan region eller att patienten frivilligt avstår från vård. 6 kap. 1 § hälso- och sjukvårdsförordningen.

2.1.3 Kömiljarden – prestationsbaserad ersättning till regionerna

För att ytterligare stärka regionernas incitament att upprätthålla vårdgarantin i den specialiserade vården infördes *kömiljarden*⁷⁴ genom överenskommelser mellan regeringen och SKR (dåvarande SKL) 2009–2014. Under perioden 2010–2014 betalade staten ut cirka 6 miljarder kronor till regionerna.⁷⁵

Satsningen innebar att regeringen årligen tillförde 1 miljard kronor till regionerna i form av prestationsbaserade ersättningar. Medlen fördelades baserat på hur väl regionerna uppfyllde krav som var kopplade till vårdgarantins tidsgränser inom specialistvården – väntetid för första besök och väntetid för behandling. Att medlen i kömiljarden fördelades efter prestation skiljde sig från statens tidigare ekonomiska satsningar för att minska väntetider, då medel i stället fördelades genom generella anslag.⁷⁶

Utöver prestationskraven innehöll överenskommelserna krav på att regionerna skulle registrera väntetidsstatistik i väntetidsdatabasen och uppnå en viss täckningsgrad. Regionerna skulle under 2009 också skicka in handlingsplaner där planerade åtgärder för att uppnå prestationskraven skulle presenteras, och i slutet av 2009 och 2010 redovisningar över hur de arbetat i enlighet med handlingsplanen. Dessutom genomfördes så kallade landstingsbesök då företrädare för Socialdepartementet besökte regionerna, i syfte att starta dialog och väcka uppmärksamhet för väntetidsfrågan.⁷⁷

Prestationskraven varierade mellan åren och skärptes också över tid. Under de första två åren, 2009–2010, fanns exempelvis två krav, med olika prestationsersättning:

- 80 procent av patienterna skulle ha väntat i högst 90 dagar på besök eller behandling i specialistvården (900 miljoner kronor).
- 90 procent av patienterna skulle ha väntat i högst 90 dagar på besök eller behandling i specialistvården (100 miljoner kronor).

⁷⁴ 9 kap. 3 § hälso- och sjukvårdslagen; Regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting, *Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om en nationell satsning för en fungerande vårdgaranti 2009, 2008*.

⁷⁵ Riksrevisionen, *Riksrevisionens summering av utbetalningar inom ramen för överenskommelser om kömiljarder mellan regeringen och SKR 2009–2014*.

⁷⁶ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Låt den rätte komma in – Hur har tillgängligheten påverkats av apoteksomregleringen, vårdvalet samt vårdgarantin och Kömiljarden?*, 2014, s. 36, 173 f.

⁷⁷ Socialstyrelsen, *Uppföljning av den nationella vårdgarantin och "kömiljarden". Årsrapport 2010, 2010*.

Under 2011–2014 skärptes antalet dagar från 90 till 60 dagar, vilket alltså var ett högre satt mål än vårdgarantins 90 dagar. Procentsatserna sänktes samtidigt till 70 respektive 80 procent. I bilaga 2 beskrivs prestationskraven för respektive år.

Prestationsersättningen var en fast summa per månad⁷⁸ som alla regioner som uppnådde målet delade på, med hänsyn tagen till befolkningsstorlek.⁷⁹ Hela ersättningen betalades ut, vilket gjorde att summan per region blev större när färre regioner uppnådde målet. De regioner som inte klarade av prestationskraven fick inga medel.⁸⁰

Från och med 2019 har regeringen och SKR slutit årliga överenskommelser om en ny kömiljard, som också den är kopplad till vårdgarantins tidsgränser.⁸¹ Den har en delvis annan utformning än den tidigare kömiljarden. Bland annat är prestationskraven satta i relation till hur regionen presterat tidigare år⁸² och 2020 omfattades för första gången även väntetider i primärvården.⁸³

2.1.4 Den nationella väntetidsdatabasen förvaltas av SKR

För att möjliggöra uppföljning av vårdgarantin har en nationell väntetidsdatabas utvecklats. Databasen förvaltas av SKR, som också sammanställer statistik löpande på webbplatsen *Väntetider i vården*. Staten bidrar till finansieringen av databasen genom årliga överenskommelser mellan regeringen och SKR.⁸⁴ Regionerna är enligt hälso- och sjukvårdslagen skyldiga att rapportera in uppgifter i enlighet med vårdgarantins gränser, vilket görs månadsvis.⁸⁵

⁷⁸ Månadsvisa beräkningar påbörjades först 2011. Under 2009 och 2010 skedde utbetalningen vid ett respektive två mättillfällen. Regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting, *Överenskommelserna om kömiljarder mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2009–2014*.

⁷⁹ Socialstyrelsen, *Vårdgaranti och kömiljard – uppföljning 2009–2011*, 2012, s. 37.

⁸⁰ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Låt den rätte komma in – Hur har tillgängligheten påverkats av apoteksomregleringen, vårdvalet samt vårdgarantin och Kömiljarden?*, 2014, s. 174.

⁸¹ Regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting, *En ny, uppdaterad kömiljard 2019. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting*, 2019.

⁸² Utöver prestationskrav kopplade till vårdgarantins tidsgränser (block 1) innehåller den nya kömiljarden prestationskrav för utvecklad uppföljning och förbättrad inrapportering till väntetidsdatabasen (block 2).

⁸³ Regeringen och Sveriges Kommuner och Regioner, *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2020. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner*, 2019.

⁸⁴ Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), *Fakta om väntetider i vården*, 2022, s. 11.

⁸⁵ 9 kap. 3 § hälso- och sjukvårdslagen.

2.2 Vårdgarantin och kömiljarden har inte haft någon tydlig, långvarig effekt på väntetiderna

I det här avsnittet beskriver vi de, enligt vår bedömning, viktigaste effekterna av vårdgarantin och kömiljarden.

2.2.1 Bristfällig statistik har försvårat den kvantitativa analysen

På grund av brister i statistiken är det svårt att kvantitativt undersöka effekterna av kömiljarden och införandet av vårdgarantin i lag. Kvaliteten i väntetidsdatabasen bedöms ha varit otillfredsställande fram till 2012⁸⁶, och databasen har fortfarande brister i innehåll som gör den svår att använda för analys (se avsnitt 2.3.5). Tidigare uppföljningar som rör perioden före 2012 har därmed gjort sina bedömningar baserat på bristfällig statistik. Det finns heller ingen annan datakälla som övergripande och med god tillförlitlighet kan beskriva utvecklingen av väntetiderna för alla patienter under tidsperioden för kömiljarden.

Det enda enskilda kvalitetsregister som enligt vår sondering mätt relevanta väntetider tillräckligt långt bak i tiden, alltså från tidsperioden före 2009, är MS-registret. Vår kvantitativa analys är därför begränsad till MS-patienter.⁸⁷ Vår analys visar ingen tydlig förändring vad gäller kortare väntetider för MS-patienter under åren med kömiljarden.⁸⁸ Väntetidsmättet vi använder har dock flera problem, vilket gör att vi bedömer att det inte är möjligt att dra några slutsatser om effekten på väntetider.⁸⁹

2.2.2 Vårdgarantin sätter en norm, men väntetiderna har ökat

Våra intervjuer i regionerna visar att vårdgarantin är etablerad inom vården – den är något som man på alla nivåer i regionerna känner till och har som utgångspunkt i arbetet. På så sätt verkar vårdgarantin normerande och sätter ramar för väntetiderna. Vårdgarantins tidsgränser ses dock som målsättningar att sträva mot snarare än lagreglerade yttersta tidsgränser, något som också konstaterats av Tillgänglighetsdelegationen.⁹⁰ En yttersta tidsgräns innebär att alla patienter ska få

⁸⁶ Intervju med f.d. företrädare för SKR, 2021-09-29.

⁸⁷ Nationella kataraktregistret är ett annat kvalitetsregister som mätt väntetider i många år, men eftersom de inte registrerat personnummer tillräckligt länge har vi inte kunnat använda det.

⁸⁸ Analysen utgår från väntetiden mellan första besök och första behandling (alternativt beslut om ingen behandling).

⁸⁹ Exempelvis går det inte att veta om det första registrerade besöket i MS-registret verkligen är patientens första besök. Se bilaga 4 avsnitt 1.3 för mer information om analysen av väntetiden mellan första besök och första behandling.

⁹⁰ SOU 2022:22, s. 56.

vård inom vårdgarantin, även de med litet medicinskt behov.

Verksamhetsföreträdare som vi intervjuat anser att det sänder otydliga signaler med en lagreglerad vårdgaranti som man kan låta bli att följa utan konsekvenser.

Både staten och regionerna tycks genom åren ha accepterat att vårdgarantin inte följs, trots att det innebär att regionerna bryter mot lagreglerade bestämmelser. Väntetiderna har kontinuerligt försämrats under de senaste tio åren, vilket diagram 1 visar. Pandemin har förvärrat situationen, men den nedåtgående trenden var tydlig även innan dess. Jämförelser över tid försvåras delvis av att statistikinsamlingen förändrats över tid⁹¹ och att medicinsk utveckling påverkar vårdens förutsättningar. Från 2020 och 2021 syns också en svagt uppåtgående trend för tre av vårdgarantins tidsgränser. Men sammantaget är trenden av ökande väntetider tydlig.

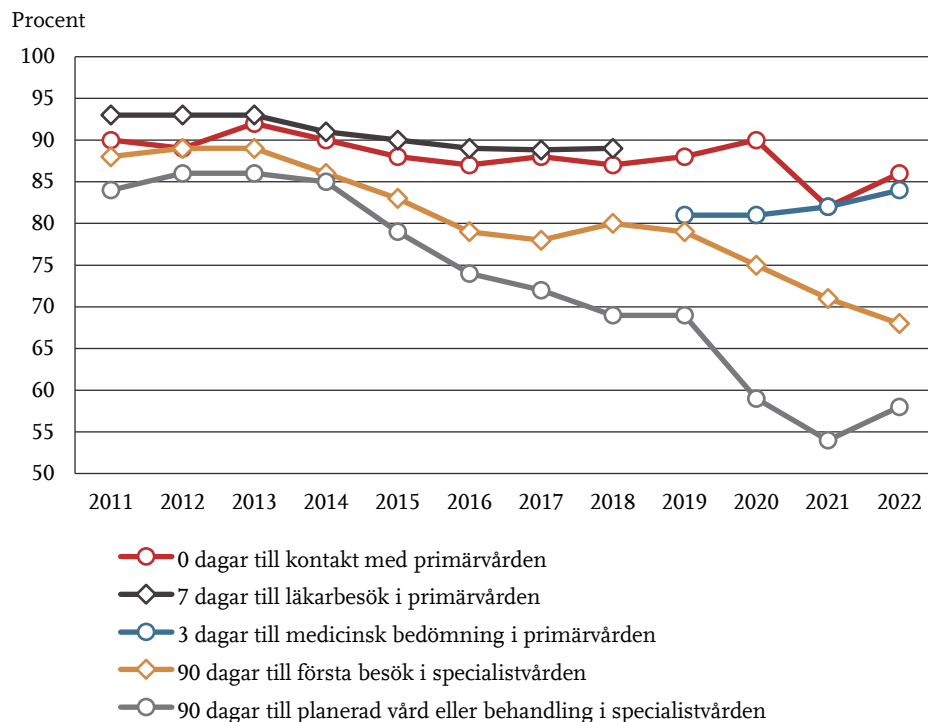
Det finns också stora variationer i väntetider mellan regionerna. År 2022 var till exempel andelen patienter som opererat höftled och lår inom 90 dagar 64,7 procent i Region Sörmland och 20,1 procent i Region Dalarna (47 procent i riket). Många väntar i flera år på en operation eller åtgärd. Av samtliga som genomgick operation eller annan åtgärd 2022 hade 14,9 procent väntat i mer än 180 dagar.⁹² Gruppen som väntat länge på vård har också växt över tid.⁹³

⁹¹ Från 2014 är statistiken mer jämförbar. År 2019 ändrades vårdgarantin i primärvården till tre dagar och uppföljningen började gälla alla kontakttypen och all legitimerad vårdpersonal. År 2021 förändrades modellen för uppföljning av specialiserad vård till att innefatta fler vårdområden, all legitimerad personal och alla former av kontakttypen.

⁹² Statistiken täcker framför allt den offentliga vården, men bara ett mindre antal privata enheter. Svenskt perioperativt register (SPOR), "Publika rapporter. Väntetider", hämtad 2023-04-17.

⁹³ Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), *Fakta om väntetider i vården*, 2022, s. 71.

Diagram 1 Årsgenomsnitt för regionernas uppfyllelse av vårdgarantin 2011–2022



Källa: SKR.

Vårdproduktionen av besök och operationer behöver öka för att uppnå balans mellan inflöde och utflöde. Enligt Tillgänglighetsdelegationens beräkningar skulle det krävas en produktion som är 5 procent högre för första besök och 3,5 procent högre för operation eller annan åtgärd.⁹⁴

2.2.3 Kömiljarden ledde till mer uppmärksamhet och kortare väntetider, men effekten avtog

Kömiljarden ledde till ökad uppmärksamhet och större fokus på väntetidsfrågan, enligt både våra intervjuer i regionerna och tidigare uppföljningar.⁹⁵ Just att uppmärksamma frågan var också en viktig avsikt med satsningen.⁹⁶ Socialstyrelsen har i sin uppföljning av satsningen pekat ut tre viktiga faktorer som bidrog till

⁹⁴ SOU 2022:22, s. 25.

⁹⁵ Socialstyrelsen, *Uppföljning av den nationella vårdgarantin och "kömiljarden"*. Årsrapport 2010, 2010.

⁹⁶ Intervju med företrädare för Socialdepartementet, 2022-03-09; Intervju med företrädare för Socialdepartementet, 2022-06-08.

uppmärksamheten: öppna redovisningar och jämförelser av resultat, de ekonomiska incitamenten och regeringens landstingsbesök. Under landstingsbesöken besökte företrädare för Socialdepartementet regionerna, vilket ledde till att regionledningarna kände ett ökat tryck att visa upp bra resultat.⁹⁷

Väntetiderna inom både primärvård och specialistvård kortades under kömiljardens första år (fram till 2010) men låg därefter stabilt. Den slutsatsen har tidigare utvärderingar dragit⁹⁸, dock utifrån bristfällig statistik. Det fanns även stora skillnader i väntetider mellan regionerna. Det är också svårt att bedöma om effekten berott på en reell produktionsökning av vård eller på administrativa åtgärder, som rensade väntelistor.⁹⁹ Den avtagande effekten är i linje med Riksrevisionens tidigare iakttagelse om riktade statsbidrag i hälso- och sjukvården: effekten är inledningsvis ofta positiv men oklar i ett längre perspektiv.¹⁰⁰

Regionerna blev genom kömiljarden mer medvetna om att de behövde jobba med väntetider och de stimulerades att arbeta för att korta väntetiderna, bland annat genom att se och jämföra resultaten. Tidigare utvärderingar har dock lyft att kömiljarden riskerade att stimulera kortsiktiga insatser snarare än strukturell förändring.¹⁰¹

2.3 Flera aspekter av vårdgarantin och kömiljarden försvagar effekten

I det här avsnittet beskriver vi aspekter som försvagat effekten av vårdgarantin och kömiljarden.

2.3.1 Statens styrning har inte varit anpassad till regionernas olikheter

Effekten av vårdgarantin och kömiljarden har begränsats av att statens styrning inte anpassats till regionernas olikheter när det gäller organisation, inre styrning och strukturella förutsättningar. Styrningen får därför olika utfall i olika regioner.

⁹⁷ Socialstyrelsen, *Uppföljning av den nationella vårdgarantin och "kömiljarden". Årsrapport 2010*, 2010.

⁹⁸ Socialstyrelsen, *Vårdgaranti och kömiljard. Uppföljning 2013, 2014*; Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Låt den rätte komma in – Hur har tillgängligheten påverkats av apoteksomregleringen, vårdvalet samt vårdgarantin och Kömiljarden?*, 2014.

⁹⁹ Socialstyrelsen, *Vårdgaranti och kömiljard – uppföljning 2009–2011, 2012*.

¹⁰⁰ Riksrevisionen, *Statens styrning genom riktade statsbidrag inom hälso- och sjukvården*, 2016.

¹⁰¹ Socialstyrelsen, *Uppföljning av den nationella vårdgarantin och "kömiljarden". Årsrapport 2011*, 2011; Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Varierande väntan på vård. Analys och uppföljning av den nationella vårdgarantin*, 2015.

Förutom att regionerna har olika grundförutsättningar, gör de olika prioriteringar och arbetar med väntetider med olika tillvägagångssätt och ambitionsnivå. För vissa regioner är problemen med väntetider särskilt stora, medan andra har ett mer välfungerande väntetidsarbete. Socialstyrelsen har också konstaterat att kömiljardens effekt varierat, på grund av att vissa regioner redan från början haft en drivkraft att arbeta med tillgänglighet.¹⁰² I de regioner som har ett väl upparbetat väntetidsarbete påverkar statens styrning mindre. I bilaga 3 avsnitt 1.1.1 beskriver vi närmare hur Region Jönköping och Region Uppsala har olika förutsättningar och arbetar med väntetider på olika sätt.

Vi ser ingen tydlig standardlösning i regionerna som fungerar bättre än andra, vilket innebär att det inte finns någon given så kallad *best practice* för tillgänglighetsarbetet. Två regioner som brukar framhållas som goda exempel när det gäller väntetidsarbete är Region Jönköping och Region Halland. De två regionerna är organiserade och arbetar på olika sätt: Region Halland har ett centralt väntetidskansli och använder sig i hög grad av så kallad *lotsning*¹⁰³ av patienter, medan Region Jönköping har en decentraliserad ansvarsmodell och använder lotsning i låg grad. Lotsning innebär att regionen ser till att patienter, vars vårdgivare inte kan erbjuda vård inom vårdgarantins tidsgränser, får vård hos någon annan vårdgivare, till exempel genom att regionen köper vård av privata aktörer eller av en annan region. Ett styrmedel som båda regionerna använder sig av är dock måltalet 60 dagar till besök och behandling inom den specialiserade vården i stället för vårdgarantins 90.¹⁰⁴ I Region Halland omfattas även utredning av 60-dagarsgaranti.¹⁰⁵ Två andra gemensamma faktorer är att den politiska ledningen tydligt prioriterar väntetidsfrågan och att den regionala styrningen präglats av kontinuitet och få omorganiseringar. De är också geografiskt mindre regioner, med god ekonomi.

Strukturella och ekonomiska förutsättningar har sannolikt en viss betydelse, men förklarar inte all variation mellan regionerna. Vård- och omsorgsanalys har visat att skillnader i skattekraft¹⁰⁶, ekonomiska resurser eller befolkningsstruktur och vårdbehov¹⁰⁷ inte har några tydliga samband med uppfyllelse av vårdgarantin.

¹⁰² Socialstyrelsen, *Uppföljning av den nationella vårdgarantin och "kömiljarden". Årsrapport 2010*, 2010.

¹⁰³ Lotsning är en av flera benämningar, till exempel kan det också kallas vårdförmedling.

¹⁰⁴ I Region Jönköping är 60 dagar dock inget som kommuniceras till befolkningen, utan främst ett internt verksamhetsmål.

¹⁰⁵ SOU 2022:22, s. 123 f.

¹⁰⁶ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Låt den rätte komma in – Hur har tillgängligheten påverkats av apoteksomregleringen, vårdvalet samt vårdgarantin och Kömiljarden?*, 2014.

¹⁰⁷ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Varierande väntan på vård. Analys och uppföljning av den nationella vårdgarantin*, 2015.

2.3.2 Kömiljardens avtagande effekt kan också förklaras av ersättningsmodellens incitamentsstruktur

Kömiljarden skulle ge regionerna ytterligare incitament att hålla vårdgarantins tidsgränser, men den gav regionerna olika starka incitament beroende på hur långt ifrån målen de befann sig. Prestationskraven tog inte hänsyn till relativ förbättring, vilket gjorde att regioner som redan låg bra till belönades. Incitamenten beskrivs av våra intervjupersoner i regionerna som bristande, både för regioner som redan i princip uppnått målen och för regioner som var långt ifrån målen. Ett exempel på en region som låg bra till är Region Jönköping, där kömiljarden enligt våra intervjuer inte påverkade arbetet särskilt mycket, just eftersom regionen redan låg bra till. För de regioner som låg långt ifrån målen var det osannolikt att lyckas, vilket dämpade motivationen. Med tiden koncentrerades utbetalningarna av prestationsersättningen till några få mindre regioner som var de enda som klarade prestationskraven. För dessa små regioner kunde det bli relativt betydande ekonomiska tillskott.¹⁰⁸

Den ursprungliga ambitionen var att kömiljarden skulle vara så enkelt utformad som möjligt. Med tiden ökade dock komplexiteten. En miljard kronor årligen är också en liten summa sett till regionernas totala hälso- och sjukvårdsbudget. Regionernas samlade kostnader för all hälso- och sjukvård var 2009 ungefär 226 miljarder kronor.¹⁰⁹

2.3.3 Lotsning används i begränsad utsträckning, bland annat för att många patienter inte vill eller kan ta emot vård någon annanstans

Regionen ska enligt vårdgarantin se till att patienten får vård hos någon annan vårdgivare inom regionen eller i en annan region om en vårdgivare inte kan ge vård inom vårdgarantins tidsgränser¹¹⁰, vilket alltså bland annat kallas för lotsning. Tillgänglighetsdelegationen har dock visat att patienten i en majoritet av regionerna själv förväntas ta kontakt och efterfråga vård när vårdgarantin inte kan hållas. Det förekommer att verksamheterna själva kontaktar patienter och frågar om de vill välja en annan vårdgivare, men de flesta regionerna saknar enhetliga rutiner för att

¹⁰⁸ Socialstyrelsen, *Vårdgaranti och kömiljard – uppföljning 2009–2011, 2012*; Socialstyrelsen, *Vårdgaranti och kömiljard – uppföljning 2012, 2013*.

¹⁰⁹ Socialstyrelsen, *Ekonomiska analyser. Bilaga lägesrapport 2012, 2012*.

¹¹⁰ 9 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen.

ta kontakt med patienter. Många regioner väntar också tills tidsgränsen för vårdgarantin går ut innan de vidtar åtgärder.¹¹¹

Socialstyrelsen har tidigare konstaterat att lotsningen kan ha ökat till följd av kömiljarden, eftersom planerad utomlänsvård, det vill säga vård i en annan region, ökade under perioden.¹¹² Men det är en liten andel av utomlänsvården som utgörs av vårdgarantipatienter som vårdas i andra regioner just för att den andra regionen har ledig kapacitet.¹¹³

Det finns flera tänkbara skäl till att lotsning av vårdgarantipatienter till andra regioner sker i låg grad. Ersättningssystemen gör i dagsläget att det ofta blir kostsamt för regionerna att köpa utomlänsvård, det anses vara svårt att hitta ledig kapacitet¹¹⁴ och det finns administrativa hinder, som att journalsystem inte kommunicerar med varandra. Inom många vårdområden är det dessutom långa väntetider i hela landet. Regionerna har även, beroende på geografiskt läge, olika förutsättningar för att hitta ledig kapacitet i närliggande regioner eller hos privata vårdgivare. Utbudet av privata alternativ skiljer sig åt över landet och är större i storstäderna. Vård- och omsorgsanalys har visat att utomlänsvårdskonsumtion är vanligast i små regioner som ligger nära en stor region.¹¹⁵ I bilaga 3 avsnitt 1.1.2 beskriver vi närmare hur Region Jönköping och Region Uppsala använder lotsning i olika grad.

Det är dessutom vanligt att patienter inte kan eller vill ta emot vård hos en annan vårdgivare eller region även om det kortar väntetiden. Enligt våra intervjuer i regionerna prioriterar många patienter närhet, kontinuitet och en välkänd vårdgivare framför snabbare vård. Många kan inte heller ta emot vård någon annanstans även om de skulle vilja, exempelvis för att de är äldre och sjuka och har svårt att förflytta sig. Vård- och omsorgsanalys har visat att äldre och personer med kortare utbildning nyttjar utomlänsvård i lägre utsträckning än andra.¹¹⁶

¹¹¹ SOU 2021:59, s. 149, 169.

¹¹² Socialstyrelsen, *Patientströmmar över landstingsgränsen*, 2018.

¹¹³ Över tid har andelen utomlänsvård inom den specialiserade öppenvården varierat runt 4–5 procent och inom den specialiserade slutenvården runt 6 procent. Statistiken omfattar utöver vårdgarantipatienter även oplanerad vård, patienter som remitterats på grund av att insatsen inte erbjuds i hemregionen och patienter som aktivt valt att söka vård i en annan region. Statistik för 2003–2016: Socialstyrelsen, *Patientströmmar över landstingsgränsen*, 2018. Statistik för 2019: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *En lag som kräver omtag*, 2021.

¹¹⁴ SOU 2021:59, s. 170.

¹¹⁵ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *En lag som kräver omtag*, 2021.

¹¹⁶ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *En lag som kräver omtag*, 2021.

2.3.4 Det är ovanligt att IVO utövar tillsyn utifrån bristande tillgänglighet

IVO bedriver normalt inte tillsyn med vårdgarantin som utgångspunkt, utan snarare utifrån patientsäkerhet och kvalitet.¹¹⁷ Ett skäl är att vårdgarantins krav på 90 dagar till besök för samtliga diagnoser inom specialistvården uppfattas som stelbent.¹¹⁸ I dagsläget arbetar IVO inte heller övergripande och systematiserat med tillsyn kopplat till långa väntetider generellt, utan framför allt utifrån enskilda ärenden. Flertalet ärenden som rör väntetider är klagomål eller anmälningar enligt lex Maria. Långa väntetider som medför eller riskerar att medföra vårdskador omfattas av lex Maria.^{119, 120} De tillsynsärenden inom ramen för lex Maria som rör väntetider har inte lett till några förelägganden, utan avslutats efter en bedömning av vårdgivarens utredning och föreslagna åtgärder. Enligt IVO är fördröjd vård och behandling en vanlig grund för kritik i tillsynen av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal och ibland även för anmälningar till Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd.¹²¹ IVO har också vid några tillfällen utfört egeninitierad tillsyn baserat på signaler om långa väntetider, till exempel via klagomål. Ett exempel är en pågående nationell tillsyn av den svenska sjukhusvården, där IVO menar att väntetider i akutsjukvården och brist på vårdplatser leder till att patientsäkerheten inte kan garanteras. Väntetider i akutsjukvården omfattas dock inte av vårdgarantin.

Det finns flera utmaningar för tillsynen av långa väntetider. IVO uppger själva att tillsynen riskerar att styra fel om den har ett snävt fokus på enstaka problem snarare än helheten. Det kan också vara svårt för IVO att precisat beskriva vilka åtgärder som skulle krävas för att komma tillrätta med långa väntetider som uppkommit i en komplex situation.¹²²

IVO bedömer själva att de har rättsliga möjligheter att utveckla och utöka omfattningen av tillsynen som är kopplad till bristande tillgänglighet. IVO ser utökad datadriven tillsyn som en möjlighet att i framtiden i högre grad kontinuerligt kunna övervaka väntetider och risker. Men IVO har i dagsläget inte

¹¹⁷ E-post från IVO, 2023-03-22.

¹¹⁸ Intervju med företrädare för IVO, 2021-11-25 och 2021-12-02.

¹¹⁹ Enligt lex Maria ska vårdgivare vidta de åtgärder som behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador. Allvarliga vårdskador och risker för allvarliga vårdskador ska anmälas till IVO. IVO ska säkerställa att anmälda händelser utretts tillräckligt och att vårdgivaren vidtagit åtgärder. 3 kap. 2 och 5 § och 7 kap. 8 § patientsäkerhetslagen.

¹²⁰ E-post från IVO, 2023-03-22.

¹²¹ E-post från IVO, 2023-05-08.

¹²² Intervju med företrädare för IVO, 2021-11-25 och 2021-12-02.

tillgång till de data som skulle krävas, och skulle i så fall även behöva utveckla mer automatiserad inhämtning och bearbetning av olika datakällor.¹²³

2.3.5 Väntetidsregistreringen har kommit igång, men omgärdas fortfarande av kvalitetsproblem

Vårdgarantin och kömiljarden har varit viktiga för att på bred front få igång arbetet med väntetidsregistreringen. I dag finns det IT-system och det går att övergripande följa upp väntetiderna, vilket inte gick tidigare. Överenskommelserna mellan regeringen och SKR inom ramen för kömiljarden ställde bland annat krav på att regionerna skulle rapportera in statistik till väntetidsdatabasen och uppnå en viss svarsfrekvens.¹²⁴ Det har bidragit till att regionerna utvecklat IT-system och kommit igång med registrering och inrapportering.

Väntetidsmätningarna har dock under lång tid omgärdats av problem med tillförlitlighet. Framför allt under kömiljardens tidiga år var IT-systemen utvecklade och statistiken av bristande kvalitet.¹²⁵ Utbetalningen av prestationsersättning baserades alltså på statistik av bristande kvalitet. Företrädare för Socialdepartementet beskriver att det var en utmaning att veta om man kunde lita på statistiken.¹²⁶

Sedan kömiljarden lanserades har överföringen i högre grad automatiserats i regionerna, vilket förbättrat tillförlitligheten och minskat administrationen. Arbetet handlar nu mer om att säkerställa korrekt registrering och fungerande kvalitetssäkring. Enligt våra intervjuer i regionerna är ett problem att kompetensen ofta brister hos dem som rapporterar. Att registrera rätt och rensa väntelistorna kräver mycket jobb och utgör en administrativ belastning, vilket framkommer av intervjuerna. Utbildning av personalen i registrering kräver mycket arbete och försvåras av den ofta stora personalomsättningen. Vissa delar av vårdgarantin upplevs också som svåra att tolka och registrera rätt. Det handlar särskilt om två delar av vårdgarantin som rör primärvården. Den ena är att avgöra vad som är *nya* hälsoproblem och därmed ska räknas som ett vårdgarantibesök (eftersom mindre förändringar i hälsa som är relaterade till tidigare hälsoproblem inte ingår i

¹²³ Inspektionen för vård och omsorg, *Tillsyn av tillgänglighet i hälso- och sjukvården. Slutredovisning av regeringsuppdrag att beskriva risker med bristande tillgänglighet och lämna förslag på hur tillsynen kan utvecklas*, 2021.

¹²⁴ Överenskommelserna om kömiljarden mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2009–2014.

¹²⁵ Socialstyrelsen, *Uppföljning av den nationella vårdgarantin och "kömiljarden". Årsrapport 2010, 2010*; Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), *Fakta om väntetider i vården, 2022*, s. 28; Intervju med f.d. företrädare för SKR, 2021-09-29.

¹²⁶ Intervju med företrädare för Socialdepartementet, 2022-03-09.

vårdgarantin).¹²⁷ Den andra delen är uppdelningen i noll dagar till första kontakt och tre dagar till medicinsk bedömning.¹²⁸

Problemen tycks leda till att regionernas data inte blir jämförbar, vilket Socialstyrelsen visat. Enligt Socialstyrelsen finns det flera skillnader i regionernas inrapporterade väntetidsstatistik som är svåra att förklara. Till exempel finns en stor variation mellan regionerna vad gäller antalet vårdkontakter per 1 000 invånare, andelen besök som klassificeras som vårdgarantibesök och andelen besök som registreras som patientvald väntan. Problemen med inrapportering leder i sin tur till ett stort behov av kvalitetssäkring. Enligt Socialstyrelsen sker kvalitetssäkring i begränsad omfattning i många regioner.¹²⁹

Väntetidsdatabasen har även brister i täckningsgrad och innehållet är inte ändamålsenligt. Det är inte möjligt att fastställa databasens täckningsgrad, alltså hur stor andel av vårdkontakterna som rapporteras in, men antagligen varierar täckningsgraden mellan regioner.¹³⁰ Enligt Vård- och omsorgsanalys innehåller väntetidsdatabasen 17 miljoner färre fysiska primärvårdsbesök än SKR:s verksamhetsstatistik för 2020.¹³¹ Brister i innehållet gör statistiken svår att använda för övergripande analys; exempelvis registreras inte personnummer, och förändrade måttal försvårar jämförelser över tid. Personnummer är nödvändigt för att kunna koppla samman individdata med andra register och de underlättar dessutom kvalitetssäkring. Myndigheter som Socialstyrelsen, Vård- och omsorgsanalys och IVO uppger sig ha behov av väntetidsstatistik som är kopplad till personnummer.¹³² Enligt våra intervjuer använder regionerna sina egna system för uppföljning och analys, snarare än väntetidsdatabasen.

¹²⁷ Enligt våra intervjuer är det svårt att dra gränsen mellan *nya hälsoproblem* och *oväntade eller kraftiga förändringar av tidigare kända hälsoproblem* (som ingår i vårdgarantin), och *mindre förändringar i hälsan som bedöms vara relaterade till tidigare hälsoproblem* (som inte ingår i vårdgarantin). Uppdelningen uppges inte heller ge något mervärde för verksamheten, eftersom primärvårdens uppdrag och arbetssätt på många sätt går ut på att ha en kontinuerlig kontakt med patienterna.

¹²⁸ Våra intervjupersoner beskriver att uppdelningen varken är intuitiv eller är i linje med hur man praktiskt arbetar på många vårdcentraler, då många vårdcentraler vill kunna erbjuda en kvalificerad medicinsk bedömning (motsvarande medicinsk bedömning efter tre dagar) direkt vid första kontakt, till exempel via videosamtal.

¹²⁹ Socialstyrelsen, *Uppföljning och analys av överenskommelsen om ökad tillgänglighet 2020. Delrapport december 2020*, 2020, s. 26 ff, 34, 39.

¹³⁰ Socialstyrelsen, *Uppföljning och analys av överenskommelsen om ökad tillgänglighet 2020. Delrapport juni 2021*, 2021.

¹³¹ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *I skuggan av covid-19. Förändringar i befolkningens vårdkonsumtion till följd av pandemin under 2020*, 2021.

¹³² Socialstyrelsen, *Regeringsuppdrag om att utveckla förutsättningar för insamling av väntetidsdata* Delrapport, mars 2022, 2022.

Socialstyrelsen har inom ramen för ett regeringsuppdrag föreslagit att man ska utveckla möjligheten att följa väntetidsstatistik i Patientregistret, men uppger att utvecklingen kan ta lång tid.¹³³ Socialstyrelsen har pekat ut ett antal problem som hindrar utvecklingen av enhetliga informationsstrukturer inom hälso- och sjukvården: stor variation i hälso-och sjukvårdsverksamheternas organisation, olika sätt att registrera och lagra rådata i regionerna och tekniska utvecklingsbehov hos uppgiftslämnare och registerägare.¹³⁴

2.4 Vårdgarantin och kömiljarden riskerar att leda till undanträngning

I det här avsnittet beskriver vi vår kvantitativa analys av om vårdgarantin och kömiljarden lett till undanträngning av patienter med större vårdbehov bland MS-patienter samt de övriga risker som vi ser kopplat till undanträngning.

2.4.1 Vårdgarantin och kömiljarden riskerar att leda till undanträngning – men det är svårt att bedöma omfattningen

Vår kvantitativa analys är alltså på grund av bristande tillgång till data begränsad till MS-registret. Det gör att vi inte kan dra några generella slutsatser om undanträngning, annat än i MS-vården. Se bilaga 4 avsnitt 1 för mer information om den kvantitativa analysen.

Vi ser inga tydliga tecken på undanträngning av patienter med större vårdbehov i analysen av MS-registret. MS-patienterna tycks visserligen ha fått vänta något längre på sina återbesök under åren med kömiljarden¹³⁵, men de längre väntetiderna har framför allt drabbat MS-patienter som har mindre vårdbehov än andra MS-patienter.¹³⁶ Det är därför möjligt att de MS-patienter som fått något längre väntan på återbesök fått det på grund av rimliga prioriteringar, till exempel för att onödiga återbesök rationaliserats bort. Det gör att vi inte kan tolka den längre väntetiden som att den är i strid med en jämlik vård efter behov. Motsvarande analys av Patientregistret (på samma patienter som i MS-registret) tyder inte på någon längre väntan på återbesök alls för MS-patienterna, vilket ger ytterligare skäl till en försiktig tolkning.

¹³³ Socialstyrelsen, *Regeringsuppdrag om att utveckla förutsättningar för insamling av väntetidsdata. Slutrapport, november 2022*, 2022.

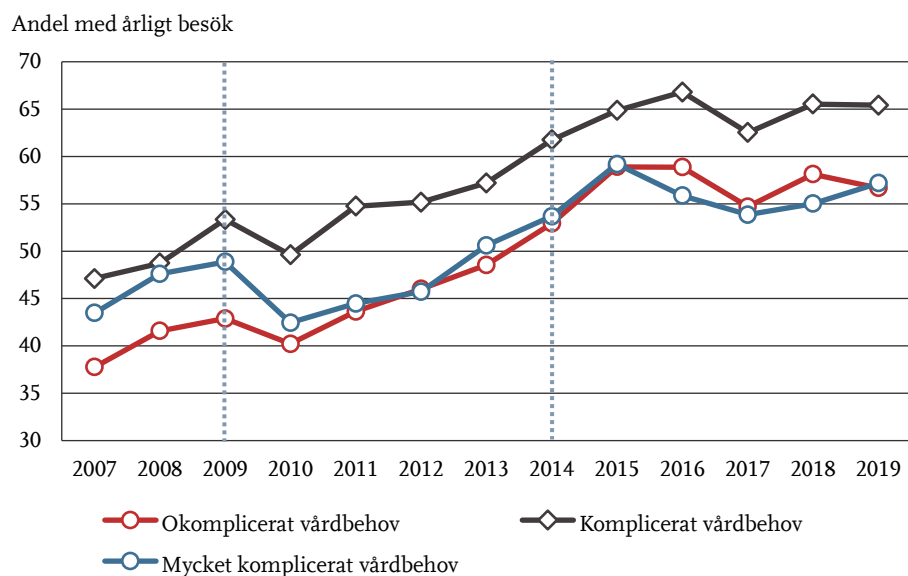
¹³⁴ Socialstyrelsen, *Kartläggning av datamängder av nationellt intresse på hälsodataområdet – slutrapport*, 2022.

¹³⁵ Se diagram 3 i bilaga 4.

¹³⁶ Se bilaga 4 avsnitt 1.2.1.

Ett möjligt tecken på undanträngning av MS-patienters återbesök ser vi dock när vi använder ett alternativt mått på patienternas vårdbehov, baserat på patienternas generella sjukdomshistorik.¹³⁷ Diagram 2 visar andelen MS-patienter som haft ett besök hos neurolog under det senaste året¹³⁸ uppdelat på de som behövt okomplicerad, komplicerad eller mycket komplicerad vård under året. Andelen med återbesök ökar generellt över tid för alla tre grupperna, men under åren med kömiljarden syns dock en nedgång som skulle kunna tyda på undanträngning. Nedgången är extra stor för gruppen som behövt komplicerad vård. Skillnaden är dock inte statistiskt signifikant.

Diagram 2 Andelen MS-patienter med årligt besök uppdelat på vårdbehov



Kommentar: Uppdelningen på okomplicerat, komplicerat och mycket komplicerat vårdbehov är baserad på en variant av DRG (diagnosrelaterade grupper).

Källor: MS-registret, Socialstyrelsen (Patientregistret) och LISA.

¹³⁷ Uppdelningen efter vårdbehov är gjord enligt en specialanpassad variant av det så kallade DRG-måttet (diagnosrelaterade grupper), som Socialstyrelsen tagit fram på uppdrag av Riksrevisionen. Se bilaga 4 faktarutan på sida 38 för en närmare beskrivning av DRG-måttet.

¹³⁸ Årligt besök är en av indikatorerna som följs upp enligt nationella riktlinjer för MS-vården. Socialstyrelsen, *Nationella riktlinjer – Indikatorer för vård vid multipel skleros och Parkinsons sjukdom*, 2022.

Tidigare uppföljningar har framfört risken för undanträngning inom vården i stort, men inte kunnat dra några säkra slutsatser.¹³⁹ Det har framför allt berott på bristande statistik. Även om vissa studier visat på tecken på undanträngning¹⁴⁰, har det inte gått att utesluta att effekten kan ha berott på andra faktorer än kömiljarden och att vårdgarantin skrevs in i lagen.

2.4.2 Tre dagar till medicinsk bedömning riskerar att leda till undanträngning

Tre dagar till medicinsk bedömning är för kort tid och riskerar att leda till undanträngning av patienter med större vårdbehov, enligt våra intervjuer med företrädare för primärvården. Flera professionsorganisationer som vi pratat med är också kritiska till "treaan".¹⁴¹ Tiderna hinner snabbt bokas upp och kan vara slut när en patient med mer akuta besvär tar kontakt. En patient som ringer in en fredag behöver få en tid för medicinsk bedömning samma dag eller senast på måndagen för att en helgstängd vårdcentral ska klara målet, även om patienten har lätta besvär. Sju dagar (som vårdgarantin angav fram till 2019) var en rimligare tidsgräns och möjliggjorde en bättre balans i prioriteringen mellan akuta patienter och övriga vårdgarantipatienter som också ska få vård i rimlig tid, enligt våra intervjuer i regionerna. Däremot är de flesta positivt inställda till att den medicinska bedömningen nu kan göras av fler legitimerade yrkesgrupper än läkare.

2.4.3 Individundanträngning uppges vara vanligt förekommande

Det är vanligt att patienter med relativt litet vårdbehov använder vårdgarantin som påtrycksmedel för att få vård snabbare, så kallad *individundanträngning*, enligt våra intervjuer i Region Jönköping och Region Uppsala. Det kan då vara svårt för vårdpersonalen att upprätthålla den medicinska prioriteringen. Dessa patienter upplevs i många fall vara resursstarkare och friskare än andra. Det riskerar att leda till att de prioriteras före patienter med större vårdbehov. En ambition med vårdgarantin är att stärka patientens ställning¹⁴², men det kan strida mot en jämlik vård efter behov om vissa personer på detta sätt får vård före personer med större vårdbehov.

¹³⁹ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Varierande väntan på vård. Analys och uppföljning av den nationella vårdgarantin*, 2015.

¹⁴⁰ Studierna rör undanträngning av återbesök och patienter med grå starr. Landstingsrevisorerna Stockholms Läns landsting, *Vårdgaranti och vårdval – Hur följs effekter för patienter med störst behov*, 2012; Socialstyrelsen, *Vårdgaranti och kömiljard – uppföljning 2012, 2013*.

¹⁴¹ Intervju med företrädare för Svensk förening för allmänmedicin, 2022-04-29; Intervju med företrädare för Svenska läkaresällskapet, 2022-05-31; Intervju med företrädare för Fysioterapeuterna, 2022-06-03.

¹⁴² Prop. 2009/10:67, s. 1.

3 SVF har bidragit till kortare väntetider för flera cancerdiagnoser men det finns tecken på undanträngning

Kapitlet inleds med ett bakgrundsavsnitt (3.1) som beskriver SVF inom cancervården som styrmedel. I avsnitt 3.2–3.4 besvaras delfrågan ”Bidrar SVF till kortare väntetider på ett sätt som är förenligt med en jämlik vård efter behov?”. Där redogör vi för de effekter som vi sett och för de iakttagelser vi gjort som kan förklara effekten, med utgångspunkt i våra bedömningsgrunder.

Våra iakttagelser i korthet

SVF ledde vid införandet till kortare väntetider för flera cancerdiagnoser, men de regionala skillnaderna kvarstår.

- SVF har stimulerat till verksamhetsutveckling, men implementeringen har i många fall inte kommit så långt. Vårdens samverkansproblem har varit svåra att överbrygga.
- RCC har varit en viktig och drivande aktör vid införandet, men har en otydlig roll. För att SVF ska få genomslag är det viktigt att regionledningen prioriterar SVF.
- SVF-statistiken har lett till ökad administration och har brister i kvalitet. SVF-koordinatorerna har dock varit en framgångsfaktor för registreringen.

SVF riskerar att leda till undanträngning och en resursineffektiv cancerutredning.

- Det finns tecken på att SVF lett till undanträngning, till exempel av patienter med godartad prostataförstoring och njursten.
- SVF:s ambitiösa ledtidsmål riskerar att leda till undanträngning, om de inte tas fram med hänsyn till övergripande prioriteringar i vården som helhet.
- Allt för breda kriterier för välgrundad misstanke om cancer inom vissa SVF riskerar att leda till resursineffektiv cancerutredning om onödigt många patienter utreds.

3.1 Om SVF

SVF inom cancervården infördes med början 2015 genom överenskommelser mellan staten och SKR. Vårdförloppen beskriver för respektive cancerdiagnos vilka utredningar och första behandlingar som ska göras samt tidsgränser för de olika åtgärderna. Målet är bland annat att förbättra tillgängligheten inom cancer.¹⁴³ I dagsläget finns det SVF för 32 diagnoser, vilket omfattar över 95 procent av samtliga cancerdiagnoser.¹⁴⁴

3.1.1 Bakgrunden till SVF

Den nationella cancerstrategin¹⁴⁵ från 2009 ligger till grund för arbetet med att utveckla cancervården i Sverige.¹⁴⁶ Utredningen lämnade förslag om bland annat arbetet med tidig upptäckt, diagnostik, behandling och kunskapsbildning inom cancervården.¹⁴⁷

Genom cancerstrategin etablerades 2010 sex så kallade *regionala cancercentrum* (RCC), ett för varje sjukvårdsregion.¹⁴⁸ Syftet med bildandet av RCC var att nå en ökad vårdkvalitet, förbättrade vårdresultat och ett mer effektivt utnyttjande av hälso- och sjukvårdens resurser.¹⁴⁹ RCC:s arbete har som övergripande mål att bidra till en mer jämlik, tillgänglig och patientfokuserad cancervård.¹⁵⁰

I RCC:s uppdrag ingår att samverka nationellt, vilket sker genom *regionala cancercentrum i samverkan* (RCC i samverkan) – regionernas nationella samverkansgrupp inom cancervården. RCC i samverkan består av de sex RCC-cheferna och SKR:s cancersamordnare som leder arbetet.¹⁵¹

En av RCC i samverkans viktigaste uppgifter är att arbeta med kunskapsstöd och kunskapsimplementering i cancervården.¹⁵² *Nationella vårdprogram* utgör grunden i

¹⁴³ Regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting, *Kortare väntetider i cancervården. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting*, 2015.

¹⁴⁴ Regionala cancercentrum i samverkan, "Standardiserade vårdförlopp (SVF)", hämtad 2023-01-16.

¹⁴⁵ SOU 2009:11.

¹⁴⁶ Regeringen och Sveriges Kommuner och Regioner, *Jämlik och effektiv cancervård med kortare väntetider 2022. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner*, 2021, s. 10.

¹⁴⁷ Regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting, *Kortare väntetider i cancervården. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting*, 2015, s. 4.

¹⁴⁸ Socialdepartementet, *Kriterier som ska utmärka ett regionalt cancercentrum (RCC)*, 2011, s. 4.
¹⁴⁹ SOU 2009:11, s. 226.

¹⁵⁰ Regionala cancercentrum i samverkan, "Våra uppdrag", hämtad 2022-11-23.

¹⁵¹ Regionala cancercentrum i samverkan, "Om Regionala cancercentrum i samverkan", hämtad 2022-11-23.

¹⁵² Regeringen och Sveriges Kommuner och Regioner, *Jämlik och effektiv cancervård med kortare väntetider 2022. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner*, 2021, s. 21.

detta kunskapsarbete och tas fram i diagnosspecifika *nationella vårdprogramgrupper*.¹⁵³ Vårdprogramgrupperna utses och leds av RCC i samverkan och utgörs av nationell expertis inom vårdområdet. I vårdprogramgrupperna ingår patient- och närståenderepresentanter och representanter för vården, till exempel primärvården och patologin. Nationella vårdprogram utgår från medicinsk evidens och anger hur och varför en viss typ av vård ska ges.¹⁵⁴ I vårdprogrammen finns bland annat rekommendationer om utredning, behandling, omvårdnad, rehabilitering och uppföljning av patienter med cancer.¹⁵⁵

SVF infördes huvudsakligen 2015–2018¹⁵⁶ genom överenskommelser mellan staten och SKR. Syftet med införandet av SVF var att korta väntetiderna i cancervården, men också att bidra till en mer jämlik vård över landet och nöjdare patienter. SVF tas fram och revideras av de nationella vårdprogramgrupperna. Inspirationen kommer från Danmark som haft standardiserade vårdförlopp sedan 2007.¹⁵⁷

3.1.2 SVF anger vad som ska göras och inom vilken tid

SVF kan betraktas som en sammanfattning av de nationella vårdprogrammen och talar om *vad* som ska göras och *inom vilken tid* för respektive cancerdiagnos.¹⁵⁸ För varje SVF finns en beskrivning av vilka utredningar och första behandlingar som ska göras inom den specifika cancerdiagnosen, och vilka leddidsgränser som gäller för de olika momenten.¹⁵⁹

Ett SVF startar vid en *välgrundad misstanke om cancer* och avslutas vid påbörjad behandling. Välgrundad misstanke bygger på ett antal kriterier (olika symptom) för respektive cancerdiagnos. Kriterierna för välgrundad misstanke för varje diagnos

¹⁵³ Regionala cancercentrum i samverkan, "Om Regionala cancercentrum i samverkan", hämtad 2022-11-23.

¹⁵⁴ Regionala cancercentrum i samverkan, *Styrdokument. Riktlinjer för arbetet med att ta fram nationella vårdprogram inom cancersjukvården*, 2022, s. 6f, 10.

¹⁵⁵ Regionala cancercentrum i samverkan, "Om nationella vårdprogram", hämtad 2022-11-24.

¹⁵⁶ År 2015 infördes de första 5 och 2016–2018 infördes ytterligare 26 SVF. År 2022 infördes ett nytt SVF för myeloproliferativ neoplasmi (MPN) som redovisas från 1 januari 2023. Regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting, *Kortare väntetider i cancervården 2019. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting*, 2019, s. 8; Regionala cancercentrum i samverkan, *Kortare väntetider i cancervården – status för inklusions- och leddidsmål i SVF. En analys av SVF-data ur SKRs väntetidsdatabas 2020-2021*, 2022.

¹⁵⁷ Regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting, *Kortare väntetider i cancervården. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting*, 2015, s. 5, 6 f.

¹⁵⁸ Regionala cancercentrum i samverkan, *Styrdokument. Riktlinjer för arbetet med att ta fram nationella vårdprogram inom cancersjukvården*, 2022, s. 6.

¹⁵⁹ Regionala cancercentrum i samverkan, *Styrdokument. Riktlinjer för framtagande av standardiserade vårdförlopp inom cancersjukvården*, 2020, s. 4.

framgår av respektive nationellt vårdprogram.¹⁶⁰ Påbörjad behandling kan till exempel innebära kirurgi, strålbehandling eller läkemedelsbehandling.

Ledtiderna i SVF utgår enbart från värdeskapande tid ur patientens perspektiv.¹⁶¹ Det innebär att patienternas ovissa väntetid ska minimeras, oavsett om det finns evidens för att väntetiden får medicinska konsekvenser för patientens vårdutfall eller inte.¹⁶² Därför sätts ledtiderna utifrån hur många dagar det *optimalt* borde ta att genomföra utredning fram till första behandling, utan hänsyn till nuvarande organisation och arbetssätt.¹⁶³ SVF kan därför i vissa fall komma att kräva omorganisering eller resurstillskott. Varje SVF anger det optimala förloppet för den aktuella diagnosen utan hänsyn till hur diagnosen bör prioriteras i relation till annan vård.¹⁶⁴

Ledtiderna bygger på det nationella vårdprogrammet för respektive cancerdiagnos. Vårdprogrammen är evidensbaserade. Vårdförloppen ska därför ses över varje gång det nationella vårdprogrammet uppdateras eller revideras.¹⁶⁵ Till skillnad från vårdgarantin är ledtiderna inom SVF inte författningsreglerade.

SVF involverar både primärvården och den specialiserade vården, som var för sig eller tillsammans ansvarar för olika delar av förloppet. Inom ramen för SVF ska hänsyn tas till patientens önskemål och individuella situation, till exempel ålder, eventuell samsjuklighet och individuella komplikationer.¹⁶⁶

Regionerna ska liksom för vårdgarantin rapportera in SVF:s väntetider inom cancervården till SKR:s väntetidsdatabas (se avsnitt 2.1.4).¹⁶⁷

¹⁶⁰ Regionala cancercentrum i samverkan, "Standardiserade vårdförlopp (SVF)", hämtad 2022-11-23.

¹⁶¹ Regionala cancercentrum i samverkan, *Styrdokument. Riktlinjer för framtagande av standardiserade vårdförlopp inom cancersjukvården*, 2020, s. 4.

¹⁶² Regionala cancercentrum i samverkan, "Så tas ett standardiserat vårdförlopp fram", hämtad 2023-02-02.

¹⁶³ Regionala cancercentrum i samverkan, *Styrdokument. Riktlinjer för framtagande av standardiserade vårdförlopp inom cancersjukvården*, 2020, s. 5.

¹⁶⁴ Regionala cancercentrum i samverkan, "Så tas ett standardiserat vårdförlopp fram", hämtad 2023-03-27.

¹⁶⁵ Regionala cancercentrum i samverkan, *Styrdokument. Riktlinjer för framtagande av standardiserade vårdförlopp inom cancersjukvården*, 2020, s. 6.

¹⁶⁶ Regionala cancercentrum i samverkan, *Styrdokument. Riktlinjer för framtagande av standardiserade vårdförlopp inom cancersjukvården*, 2020, s. 4.

¹⁶⁷ Socialstyrelsen, *Standardiserade vårdförlopp i cancervården. Lägesrapport 2015*, 2015; Regionala cancercentrum i samverkan, "Väntetider i standardiserade vårdförlopp (SVF)", hämtad 2023-01-04.

3.1.3 Inklusionsmålet och ledtidsmålet

Två mål är centrala i arbetet med SVF:

- *Inklusionsmålet* – 70 procent av alla patienter som insjuknar i cancer inom aktuella diagnoser ska utredas i ett SVF.
- *Ledtidsmålet* – 80 procent av de patienter som utreds i ett SVF ska utredas inom den ledtid som anges.¹⁶⁸

Inklusionsmålet är 70 procent eftersom vissa patienter inte ska inkluderas i SVF. Det gäller till exempel patienter som inte vill utredas enligt SVF och patienter som av medicinska skäl inte klarar av en snabb utredning.¹⁶⁹ Det är med andra ord inte önskvärt med en inklusion på 100 procent. Inklusionsmålet beräknas utifrån den förväntade mängden patienter som insjuknar i cancerdiagnosen varje år.¹⁷⁰

Ledtidsmålet avser ledtiden från välgrundad misstanke till start av första behandling och varierar mellan olika diagnoser och behandlingar. Exempelvis är målet för kirurgisk behandling av prostatacancer 68 dagar och för kirurgisk behandling av urinblåsecancer 37 dagar.¹⁷¹ Ledtiderna bryts ned i delledtider för att göra processen överblickbar, men det är endast den övergripande ledtiden från misstanke till behandling som regionerna måste följa upp och rapportera.¹⁷²

3.1.4 Staten har styrt genom överenskommelser

SVF har implementerats genom överenskommelser mellan staten och SKR som innehåller krav för att ta emot statsbidrag. Varje region ansvarar för att implementera SVF och att anpassa dem till sina organisatoriska strukturer.¹⁷³ Staten har inom ramen för överenskommelserna om cancervården avsatt ungefär 3,6 miljarder kronor för SVF 2015–2023. Huvuddelen av pengarna har gått till

¹⁶⁸ Regeringen och Sveriges Kommuner och Regioner, *Jämlik och effektiv cancervård med kortare väntetider 2022. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner*, 2021, s. 16.

¹⁶⁹ Regionala cancercentrum i samverkan, "Antal patienter i standardiserade vårdförlopp (SVF)", hämtad 2023-01-16.

¹⁷⁰ Detta beräknas utifrån det faktiska antalet fall inom cancerdiagnosen under de senaste tre åren. Regionala cancercentrum i samverkan, "Antal patienter i standardiserade vårdförlopp (SVF)", hämtad 2023-01-16.

¹⁷¹ Regionala cancercentrum i samverkan, "Standardiserat vårdförlopp prostatacancer", hämtad 2023-04-28; "Standardiserat vårdförlopp för cancer i urinblåsan och övre urinvägarna", hämtad 2022-11-29.

¹⁷² Regionala cancercentrum i samverkan, *Styrdokument. Riktlinjer för framtagande av standardiserade vårdförlopp inom cancersjukvården*, 2020, s. 5.

¹⁷³ Regionala cancercentrum i samverkan, *Styrdokument. Riktlinjer för framtagande av standardiserade vårdförlopp inom cancersjukvården*, 2020, s. 4.

regionerna och en mindre del till SKR och RCC.¹⁷⁴ Regionerna lämnade i början på året in en handlingsplan som beskriver planerade insatser och senare på året en redovisning av hur arbetet gått.

3.2 SVF har lett till kortare väntetider för flera cancerdiagnoser, men de regionala skillnaderna kvarstår

I det här avsnittet beskriver vi de, enligt vår bedömning, viktigaste effekterna av SVF i cancervården.

Det finns flera brister med den nationella SVF-statistiken i SKR:s väntetidsdatabas som gör den svår att använda för analys.¹⁷⁵ Det finns dock bättre statistik i kvalitetsregister och i enskilda regioner. Det är de datakällorna som vi utgått från i våra kvantitativa analyser av effekterna av SVF för prostatacancer, bröstcancer, tjock- och ändtarmscancer, urinblåsecancer och njurcancer.

Det huvudsakliga fokuset för vår kvantitativa studie sträcker sig fram till 2019, eftersom det är svårt att dra några generella slutsatser utifrån de extraordinära omständigheterna som rådde under pandemiåren 2020–2021. Cancervården tycks ha prioriterats under pandemin, medan annan vård fick stå tillbaka.¹⁷⁶ Efter pandemin finns en risk för högre belastning på cancervården, eftersom färre sökt vård och därmed kunnat diagnostiseras med cancer under pandemin.¹⁷⁷

¹⁷⁴ Cirka 3,2 miljarder har gått till regionerna, 83 miljoner till SKR och RCC i samverkan och 314,5 miljoner kronor till RCC. Pengarna till regionerna fördelas efter befolkningsmängd. Riksrevisionen, *Riksrevisionens summering av utbetalningar inom ramen för överenskommelser som rör SVF mellan regeringen och SKR 2015–2023*.

¹⁷⁵ Mätningen påbörjades först vid SVF:s införande och det finns alltså inget att jämföra med före satsningen. Statistiken från satsningens första år har problem med täckningsgrad och kvalitet (enligt e-post från företrädare för SKR, 2022-12-13). Databasen innehåller bara information om de som har SVF, inte om de patienter med samma cancerdiagnos som utreds utan ett SVF. Andelen av dem som utreds enligt SVF (inklusionsgraden) har ökat över tid, vilket försvårar jämförelser.

¹⁷⁶ Regionala cancercentrum i samverkan, "Cancervården prioriterad under pandemin", hämtad 2023-03-21.

¹⁷⁷ Socialstyrelsen, *Uppdämda vårdbehov. Analys och förslag till insatser – slutredovisning, 2021*.

3.2.1 SVF ledde vid införandet till kortare väntetider för flera cancerdiagnoser

Enligt vår kvantitativa analys har SVF lett till kortare väntetider för fyra av de sex cancerdiagnoser som vi studerat. Vi har jämfört ledtiderna före och efter SVF-införandet för prostatacancer, urinblåsecancer, bröstcancer, tjocktarmscancer, ändtarmscancer och njurcancer. Ledtiderna kortades vid SVF:s införande för prostatacancer, urinblåsecancer, ändtarmscancer och njurcancer, vilket diagram 3 visar. Att väntetiderna kortades för urinblåsecancer vid SVF:s införande stärks också av en tidigare studie.¹⁷⁸

Ledtidsminskningarna skedde antingen under införandeåret eller året efter. Skillnaden i medianledtid mellan året före och året efter SVF-införandet är 21 dagar för prostatacancer, 5 dagar för urinblåsecancer och 6 dagar ändtarmscancer. Förändringarna är statistiskt signifikanta, och avser skillnaden i utveckling för cancerdiagnoser där ett SVF införs jämfört med de diagnoser vi studerar som ännu inte har något SVF.¹⁷⁹ För njurcancer, som var sist med att omfattas av ett SVF av de cancerdiagnoser som vi studerar, jämförs i stället utvecklingen med övriga cancerdiagnoser som redan har ett SVF. Där ser vi en statistiskt signifikant minskning på 9 dagar över ettårsperioden mellan införandeåret och året efter. Sett över tvåårsperioden från året före införandeåret är minskningen däremot inte statistiskt signifikant.

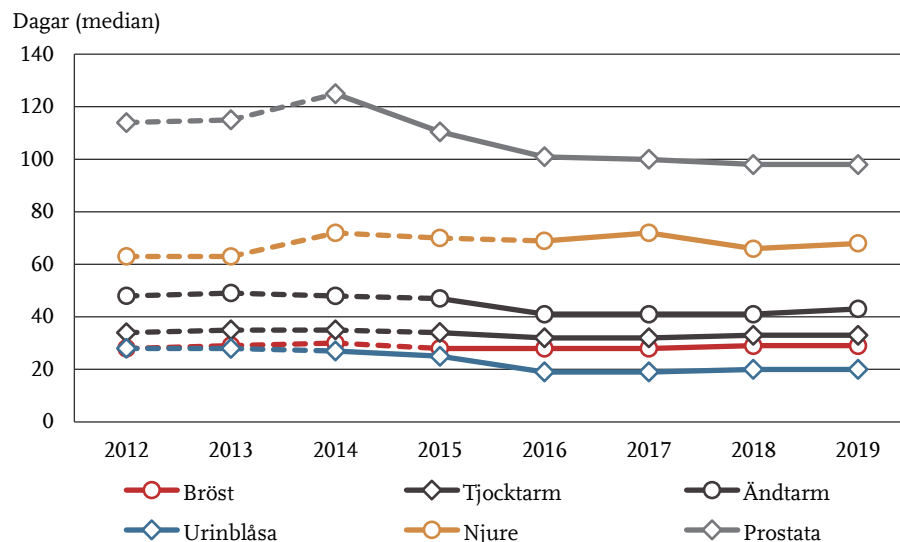
För prostatacancer och njurcancer syns en signifikant försämring av ledtiden 2013–2014 som vi inte vet vad den beror på. Det visar att även andra faktorer än SVF kan påverka ledtiderna. Företrädare för Nationella prostatacancerregistret menar dock att ledtidseffekten 2014–2016 för prostatacancer sannolikt kan härledas till förändrade arbetssätt till följd av SVF.¹⁸⁰

¹⁷⁸ Abuhasanein *m.fl.*, "Standardized care pathways for patients with suspected urinary bladder cancer: the Swedish experience", 2022.

¹⁷⁹ Enligt medianregressioner som kontrollerar för diagnosmånad och hemregion. De skattade effekterna kvarstår om vi också kontrollerar för kön, ålder, socioekonomiska faktorer och generell sjukdomshistorik. Se bilaga 4 avsnitt 2.3.4 (tabell 3–10).

¹⁸⁰ E-post och analysunderlag från företrädare för Nationella prostatacancerregistret, 2023-04-27.

Diagram 3 Ledtid mellan diagnos och start av behandling



Kommentar: Streckad linje mellan år utan SVF, heldragen linje mellan år med SVF.

Källa: Riksrevisionens bearbetning av data från kvalitetsregistren för prostatacancer, bröstcancer, tjock- och ändtarmscancer, urinblåsecancer och njurcancer.

Vi ser ingen effekt på väntetiderna för bröstcancer eller tjocktarmscancer. Inom bröstcancer hade arbetet med att korta ledtider kommit långt redan före SVF:s införande, så en förklaring kan vara att utrymmet för förbättring därför var mindre.¹⁸¹ Tjock- och ändtarmscancer har ett gemensamt SVF, men vi ser alltså enbart effekt för ändtarmscancer, som är den mindre av de två diagnoserna.¹⁸²

I huvudsak har vi studerat ledtiden mellan diagnos och start av behandling, men i bilaga 4 avsnitt 2 redovisas även andra ledtidsmått. Ledtiden från *diagnos* till start av behandling skiljer sig från SVF-ledtiden, som startar vid *välgrundad misstanke om cancer*. Vi har valt diagnos som mått eftersom det till skillnad från välgrundad misstanke om cancer använts konsekvent över tid, både före och efter SVF:s införande.¹⁸³

¹⁸¹ E-post från företrädare för Nationellt kvalitetsregister för bröstcancer, 2023-03-30; Regionala cancercentrum i samverkan, *Kortare väntetider i cancervården – status för inklusions- och ledtidsmål i SVF. En analys av SVF-data ur SKRs väntetidsdatabas 2017–2019, 2021.*

¹⁸² 4 700 personer får årligen tjocktarmscancer och omkring 2 100 ändtarmscancer. Regionala cancercentrum i samverkan, "Tjock- och ändtarmscancer samt analcancer", hämtad 2023-04-28.

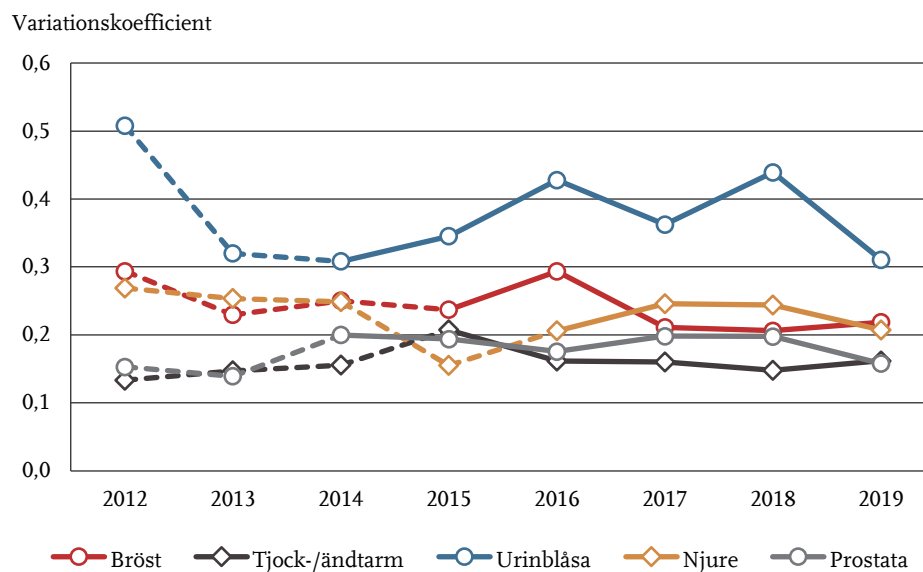
¹⁸³ Välgrundad misstanke mättes inte före SVF-införandet. Vissa kvalitetsregister mäter fortfarande inte välgrundad misstanke. I bilaga 4 avsnitt 2 redovisar vi resultat där vi använder två alternativa ledtidsstarter: ett rekonstruerat datum för välgrundad misstanke och datum för första besök hos specialist.

3.2.2 De regionala skillnaderna i ledtider kvarstår

Ett av målen med SVF var att bidra till en mer jämlik cancervård över landet, men de regionala skillnaderna kvarstår. Våra analyser visar en svag eller obefintlig nedgång i spridningen i regionernas medianledtider, vilket diagram 4 visar. För bröstcancer och prostatacancer syns en viss minskning i spridningen under eller efter SVF-införandet. Nedgången är dock liten, speciellt sett till hur mycket spridningen förändras mellan övriga år under perioden. Måttet som används är den så kallade variationskoefficienten, alltså standardavvikelsens andel av medelvärdet. Standardavvikelsen är ett mått på hur mycket värdena varierar från medelvärdet. Diagram 4 visar variationskoefficienten för varje diagnos per år.

Vi ser också att SVF:s effekt på ledtiderna är olika stark i regionerna. Exempelvis driver framför allt Region Stockholm minskningen på 21 dagar i medianledtid mellan diagnos och start av behandling för prostatacancer. I resterande regioner är motsvarande effekt 9 dagar.

Diagram 4 Spridning mellan regionerna i medianledtid från diagnos till start av behandling



Kommentar: Streckad linje mellan år utan SVF, heldragen linje mellan år med SVF. Regioner med färre än 20 personer med en given cancerdiagnos något av åren exkluderas. Källa: Riksrevisionens bearbetning av data från kvalitetsregistren för prostatacancer, bröstcancer, tjock- och ändtarmscancer, urinblåsecancer och njurcancer.

För våra två fallregioner, Region Stockholm och Region Östergötland, sticker Region Östergötland ut som en av de regioner som i genomsnitt haft sämst måluppfyllelse inom SVF.¹⁸⁴ Otydlig övergripande ansvarsfördelning återkommer i våra intervjuer i regionen som en förklaring till den lägre måluppfyllelsen. I Region Östergötland har det inte funnits någon på regional nivå med övergripande ansvar för SVF, som till exempel driver på frågan, skapar nätverk och håller i samverkan.¹⁸⁵ Region Östergötland har till skillnad från Region Stockholm inte heller utsett en ansvarig person för varje SVF, vilket vi beskriver närmare i avsnitt 3.3.1.¹⁸⁶ Ett ytterligare skäl till bristande genomslag är enligt våra intervjuer bristande intresse och efterfrågan från både politisk ledning och förvaltningsledning.

3.2.3 Måluppfyllelsen varierar och målen redovisas opedagogiskt

Tidigt i satsningen med SVF satte regeringen upp två mål – inklusionsmålet och ledtidsmålet – med ambitionen att de skulle nås 2020 (se avsnitt 3.1.3).¹⁸⁷ Inklusionsmålet (alltså att minst 70 procent av de som insjuknar i cancer ska vara utredda enligt SVF) uppnåddes 2018 på nationell nivå, men inte i alla regioner.¹⁸⁸ År 2022 uppnåddes inklusionsmålet för första gången i alla regioner. Uppdelat per cancerdiagnos var det dock samma år fem diagnoser som på nationell nivå inte uppnådde inklusionsmålet.¹⁸⁹

Ledtidsmålet (alltså att minst 80 procent av patienterna som genomgår SVF ska göra det inom angiven tidsgräns) har hittills inte uppnåtts nationellt eller i någon enskild region. År 2022 uppvisar den lägsta måluppfyllelsen (42 procent) sedan registreringen startade, vilket enligt RCC i samverkan är oroväckande. Det hänger sannolikt ihop med uppdämda vårdbehov efter pandemin.¹⁹⁰ Nationellt har

¹⁸⁴ Regionala cancercentrum i samverkan, "Väntetider i standardiserade vårdförlopp (SVF)", hämtad 2022-11-29.

¹⁸⁵ Pwc, *Granskning av standardiserade vårdförlopp för cancervården*, 2021.

¹⁸⁶ Region Östergötland, *Redovisning av arbetet med standardiserade vårdförlopp enligt överenskommelsen Jämlik och effektiv cancervård med kortare väntetider 2022*, 2022.

¹⁸⁷ Regeringen och Sveriges Kommuner och Regioner, *Jämlik och effektiv cancervård med kortare väntetider 2022. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner*, 2021, s. 16.

¹⁸⁸ Regeringen och Sveriges Kommuner och Regioner, *Överenskommelse om sammanhållen, jämlik och säker vård 2021. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner*, 2021, s. 15.

¹⁸⁹ Regionala cancercentrum i samverkan, *Kortare väntetider i cancervården – status för inklusions- och ledtidsmål i SVF. En analys av SVF-data ur SKR:s väntetidsdatabas 2021–2022*, 2023.

¹⁹⁰ Regionala cancercentrum i samverkan, *Kortare väntetider i cancervården – status för inklusions- och ledtidsmål i SVF. En analys av SVF-data ur SKR:s väntetidsdatabas 2021–2022*, 2023.

måluppfyllelsen av ledtidsmålet varierat mellan 42–51 procent under 2018–2022.¹⁹¹ Akut leukemi var den enda cancerdiagnosen som uppnådde ledtidsmålet 2022.¹⁹² En större andel av patienterna uppnår ledtidsmålen för de mer allvarliga cancerformerna.¹⁹³ Enligt RCC i samverkan är det inte överraskande att de flesta diagnoserna har långt till ledtidsmålet, eftersom tiderna är satta ur ett optimalt perspektiv.¹⁹⁴

Redovisningen av inklusionsmålet och ledtidsmålet är utformad dikotomt, och visar alltså om målet uppfyllts eller inte snarare än hur långt man är ifrån måluppfyllelse. Särskilt för ledtidsmålet innebär det att det blir svårare att analysera utvecklingen och pedagogiskt svårt att kommunicera resultaten. Det går heller inte att se om det skett någon relativ förbättring. Måluppfyllelsen kan därmed uppfattas som sämre än vad den är, särskilt som många ledtider är ambitiöst satta (se avsnitt 3.4.2). Det framgår inte heller hur länge patienterna väntat i antal dagar. Enligt våra intervjuer i regionerna upplevs det försvåra kommunikationen och kan dessutom minska motivationen bland vårdpersonalen.

Det förekommer att ledtidutvecklingen visualiseras på fler sätt för att bättre visa hur långt ifrån målen man befinner sig, till exempel på RCC:s hemsida och i regionernas interna system. Men generellt i uppföljningen av SVF är det den dikotoma måluppfyllelsen som är i fokus, på både nationell och regional nivå.

3.2.4 Det är oklart hur SVF påverkar patienternas vårdutfall

För att det ska finnas ett värde för patienten med att inkluderas i SVF och vårdas inom de uppsatta ledtiderna behöver vården leda till ett bra vårdutfall för patienten och vara av god kvalitet. Verksamheterna som vi intervjuat efterfrågar kunskap om i vilken grad måluppfyllelsen inom SVF faktiskt leder till ett bättre vårdutfall och om den speglar vårdkvalitet. När det gäller SVF:s effekter på patienternas vårdutfall har få studier gjorts hittills. Två studier tyder på att SVF förvisso lett till kortare väntetid från välgrundad misstanke till diagnos vid införandet för urinblåsecancer och tjock- och ändtarmscancer, men att det ändå inte gjort någon skillnad för tumörstadiet. Det indikerar att SVF inte gjorde någon skillnad för patienternas

¹⁹¹ Regionala cancercentrum i samverkan, "Väntetider i standardiserade vårdförlopp (SVF)", hämtad 2023-04-05.

¹⁹² Regionala cancercentrum i samverkan, *Kortare väntetider i cancervården – status för inklusions- och ledtidsmål i SVF*, 2023.

¹⁹³ Socialstyrelsen, *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och tandvård. Lägesrapport 2023*, 2023, s. 61.

¹⁹⁴ Regionala cancercentrum i samverkan, *Kortare väntetider i cancervården – status för inklusions- och ledtidsmål i SVF. En analys av SVF-data ur SKRs väntetidsdatabas 2017–2019*, 2021.

prognos. Studien om urinblåsecancer omfattade patienter med urinblåsecancer i hela Sverige¹⁹⁵, men studien om tjock- och ändtarmscancer omfattade enbart en region.¹⁹⁶ Det finns inte heller ett entydigt samband mellan väntetid till behandling av cancer och överlevnad. Vissa studier har visat ett samband mellan längre väntetid och sämre överlevnad för vissa cancerdiagnoser¹⁹⁷, medan andra inte funnit något samband¹⁹⁸.

Det finns vissa kvalitetsindikatorer i kvalitetsregistren inom cancer, exempelvis tillgång till multidisciplinär konferens och tillgång till kontaktsjuksköterska. Patienter som utretts enligt SVF deltar också i en enkät om sina upplevelser.¹⁹⁹ Men i utvärderingen av SVF saknas en sammantagen beskrivning av hur SVF påverkat kvaliteten i vården.

3.2.5 SVF stimulerar till verksamhetsutveckling, men är inte fullt implementerat

SVF stimulerar regionerna till att arbeta med att förbättra vårdprocesser och korta väntetiderna i cancervården. Många verksamheter som vi intervjuat beskriver hur SVF förbättrat förutsättningarna för samverkan och enhetsövergripande arbete med vårdprocessen (processarbete). Socialstyrelsen har också i sina uppföljningar konstaterat att SVF lett till ökat processarbete och samarbete i vården samt att SVF har ett brett stöd i verksamheterna.²⁰⁰ SVF sätter en standard och tydliggör vårdprocessen, och statistiken synliggör ledtiderna och ger överblick över vårdprocessen. Statistik över ledtider möjliggör jämförelse med och inspiration från andra och sporrar till "tävlan". Vi har sett goda exempel i både Region Stockholm och Region Östergötland på hur SVF stimulerat till arbete med

¹⁹⁵ Abuhasanein m.fl., "Standardized care pathways for patients with suspected urinary bladder cancer: the Swedish experience", 2022.

¹⁹⁶ Andersson, Nyhlin och Nieuwenhoven, "The effectiveness of the colorectal cancer referral pathway – identification of colorectal cancer in a Swedish region colorectal cancer in a Swedish region", 2021.

¹⁹⁷ Yun m.fl., "The influence of hospital volume and surgical treatment delay on long-term survival after cancer surgery", 2012; Neal m.fl., "Is increased time to diagnosis and treatment in symptomatic cancer associated with poorer outcomes? Systematic review", 2015; Hanna m.fl., "Mortality due to cancer treatment delay: systematic review and Meta-analysis", 2020.

¹⁹⁸ Umezu m.fl., "Prognostic factors in stage IA-IIA cervical cancer patients treated surgically: does the waiting time to the operation affect survival?", 2012; Marcickiewicz m.fl., "The wait time to primary surgery in endometrial cancer – impact on survival and predictive factors: a population-based SweGCG study", 2022.

¹⁹⁹ Regionala cancercentrum i samverkan, "Patienternas upplevelser av standardiserade vårdförlopp (SVF)", hämtad 2023-05-09.

²⁰⁰ Socialstyrelsen, *Om lärande, prioriteringar och ekonomiska aspekter. Effekter av satsningen på standardiserade vårdförlopp i cancervården. Slutrapport del 2*, 2019, 2019.

processer i samarbete mellan olika delar av vården. Se bilaga 3 avsnitt 1.2.1 för mer information om hur Region Stockholm och Region Östergötland använt statsbidragen och arbetat med SVF.

SVF uppges av verksamhetsföreträdare som vi intervjuat också leda till ökad trygghet och förbättrat omhändertagande för patienten genom en mer sammanhållen vårdprocess. Patientenkäter visar att patienter som genomgår SVF har ett gott helhetsintryck av SVF och att intrycket kontinuerligt förbättrats sedan 2018. Patienter som mottagit ett cancerbesked är mer nöjda med SVF än patienter vars utredning visat att cancermisstanken kunnat avskrivas. Det är dock oklart hur just SVF påverkat patienternas upplevelser, eftersom motsvarande enkät varken gjordes innan SVF infördes eller ges till cancerpatienter som utreds utanför SVF.²⁰¹

Men implementeringen av SVF har i många fall inte kommit så långt. Hur långt man kommit skiljer sig åt stort, både mellan och inom regioner. I många verksamheter har förändringsarbetet först nu börjat komma igång. En del verksamheter har förvisso genom SVF noterat att de har dålig måluppfyllelse, men det har ändå inte lett till något utvecklingsarbete. Det kan till exempel bero på att personalens förtroende för SVF-statistiken är lågt (se avsnitt 3.3.5) eller att man upplever att det saknas tid och resurser för utvecklingsarbete. SVF utgör också en stor organisationsförändring i vården och sådana tar ofta lång tid.

3.3 Det finns både kvarstående hinder och vissa framgångsfaktorer i styrningen av SVF

I det här avsnittet beskriver vi olika faktorer som påverkar SVF:s genomslag.

3.3.1 Vårdens samverkansproblem är svåra att överbrygga, men att göra någon ansvarig är en framgångsfaktor

SVF ska förbättra förutsättningarna för processarbete, men våra intervjupersoner i regionerna beskriver det som fortsatt svårt att få till samverkan mellan olika delar av vården. Verksamheternas vanligast angivna skäl till att det är svårt att korta SVF-ledtiderna är just att de inte har kontroll över hela vårdkedjan. De upplever sig varken ha insyn i eller möjlighet att påverka andra vårdområden. En intern revisionsrapport i Region Östergötland beskriver att det finns behov av fler forum för samverkan, exempelvis för primärvården och specialistvårdens arbete med SVF och cancervård.²⁰²

²⁰¹ Regionala cancercentrum i samverkan, "Patienternas upplevelser av standardiserade vårdförlopp (SVF)", hämtad 2023-05-09.

²⁰² Pwc, *Granskning av standardiserade vårdförlopp för cancervården*, 2021.

Att göra någon ansvarig och ge mandat beskrivs i våra intervjuer i regionerna som en framgångsfaktor för styrningen av SVF, både övergripande och på verksamhetsnivå. Ett sätt att tilldela ansvar på verksamhetsnivå är att utse en *processledare*, vilket många lyfter som en framgångsfaktor. En processledare är ofta en sjuksköterska eller läkare som kartlägger vårdprocesser och tar fram underlag för förbättringsarbete.²⁰³ Samtidigt har processledaren ett svagt formellt mandat och många i verksamheterna upplever rollen som oklar. Det är därför viktigt att processledaren har verksamhetsledningen i ryggen. Arbetet med processledare är en framgångsfaktor i Region Stockholm. Region Stockholm har en tydligare strategi för och arbetar mer aktivt med processledare, i jämförelse med Region Östergötland. Region Östergötland har inte utsett en ansvarig person för varje SVF.²⁰⁴ Det försvårar samverkan och innebär att ingen tar ansvar för hela vårdförloppet, enligt våra intervjuer i regionerna.

3.3.2 RCC har varit en viktig aktör, men med en otydlig roll

Att regeringen styrt genom RCC har varit positivt, enligt våra intervjuer i regionerna. RCC har i både Region Stockholm och Region Östergötland drivit på införandet av SVF, genom att stötta, stimulera och samordna arbetet i verksamheterna, till exempel när det gäller registrering. Socialstyrelsen menar att RCC genom sitt stöd fungerat som en motor i arbetet, men att behovet av RCC:s stöd minskat med tiden.²⁰⁵

Men RCC:s roll är oklar och deras mandat är i praktiken svagt, enligt intervjupersonerna i regionerna. RCC kan inte styra, utan påverkar genom att förmedla kunskap. Det formella mandatet ligger hos regionernas politiska ledning och förvaltningsledning, och det uppges vara viktigt för genomslaget att de prioriterar SVF och efterfrågar resultat. Det anses ske i lägre grad i Region Östergötland, som har lägre måluppfyllelse inom SVF. Socialstyrelsen har också beskrivit att det varierar i vilken grad ledningarna är engagerade i utvecklingen av RCC.²⁰⁶ Regionerna och RCC har ibland haft olika syn på vad som behöver göras. Det har i regionerna också uppfattats som otydligt vem som fattar beslut om SVF.²⁰⁷

²⁰³ Regionala cancercentrum i samverkan, "Vårdprocesser inom cancervården", hämtad 2022-11-29.

²⁰⁴ Region Östergötland, *Redovisning av arbetet med standardiserade vårdförlopp enligt överenskommelsen Jämlik och effektiv cancervård med kortare väntetider 2022, 2022*.

²⁰⁵ Socialstyrelsen, *Om lärande, prioriteringar och ekonomiska aspekter. Effekter av satsningen på standardiserade vårdförlopp i cancervården. Slutrapport del 2, 2019, 2019*.

²⁰⁶ Socialstyrelsen, *Uppbyggnaden av regionala cancercentrum, 2016*.

²⁰⁷ Socialstyrelsen, *Om lärande, prioriteringar och ekonomiska aspekter. Effekter av satsningen på standardiserade vårdförlopp i cancervården. Slutrapport del 2, 2019, 2019*.

RCC har också en viktig funktion i arbetet med SVF genom att ge regeringen återkoppling från regionerna. RCC i samverkan beskrivs av våra intervjupersoner i regionerna som ett viktigt forum för erfarenhetsutbyte och samverkan. Den nationella cancersamordnaren, som lett arbetet i RCC i samverkan, beskrivs ha spelat en viktig roll.

3.3.3 Statsbidragen är svåra för regionerna att hantera, men regionerna uppskattar SVF:s förutsägbarhet

Statsbidragen inom ramen för SVF kännetecknas av liknande brister som de som Riksrevisionen i tidigare granskningar uppmärksammat om statsbidrag inom hälso- och sjukvården.²⁰⁸ Utformningen skapar inte förutsättningar för långsiktig planering och det finns risk för att det av ekonomiska skäl blir svårt för regionerna att fortsätta med en initierad satsning efter att bidraget upphört. Pengarna betalas ut för innevarande år och ofta sent på året.

Trots problemen har de ekonomiska medlen inom SVF varit ett välkommet tillskott som underlättat införandet genom att stödja regionerna i deras uppstartskostnader, arbetet med måluppfyllelse och det nationella och regionala samverkansarbetet, enligt våra intervjuer i regionerna. Socialstyrelsen har också konstaterat att de ekonomiska medlen underlättat införandet av SVF och att kombinationen av grundkrav och prestationskrav bidragit till ett långsiktigt fokus på processens uppbyggnad.²⁰⁹ SVF som statsbidrag beskrivs som bättre än många andra riktade statsbidrag, eftersom det i överenskommelserna framställts som en långsiktig satsning med återkommande pengar och därmed varit mer förutsägbart, både i våra intervjuer i regionerna och i en utvärdering från Region Stockholm.²¹⁰

Staten har inte detaljstyr användningen av statsbidragen, utan det har varit upp till regionerna hur de disponerat pengarna. Regionerna har valt olika strategier och tillvägagångssätt för att implementera SVF och använt de statliga pengarna på olika sätt, vilket också inneburit att implementeringen varit olika effektiv. I bilaga 3 avsnitt 1.2.1 beskriver vi hur Region Stockholm och Region Östergötland valt att implementera SVF och fördela pengarna.

²⁰⁸ Riksrevisionen, *Statens styrning genom riktade statsbidrag inom hälso- och sjukvården*, 2016.

²⁰⁹ Socialstyrelsen, *Om lärande, prioriteringar och ekonomiska aspekter. Effekter av satsningen på standardiserade vårdförlopp i cancervården. Slutrapport del 2*, 2019, 2019.

²¹⁰ Region Stockholm, *Slutrapport. Införande av Standardiserade vårdförlopp i cancervården. 2015–2018*, 2019, s. 11.

3.3.4 IVO utövar inte tillsyn med SVF som utgångspunkt

En förutsättning för att tillsyn ska bli aktuellt är att området är författningsreglerat. Eftersom SVF inte är författningsreglerat kan IVO inte utöva tillsyn över SVF i sig.²¹¹ IVO:s tillsyn utgår från att vårdgivare ska arbeta enligt senaste vetenskap och beprövad erfarenhet samt att vårdgivarens systematiska kvalitetsarbete ska efterlevas. SVF:s ledtider lämpar sig sämre som utgångspunkt för tillsyn eftersom de inte enbart utgår från evidens för om väntetiden får medicinska konsekvenser för patientens vårdutfall eller inte, utan även faktorer som minimerad oviss väntetid för patienten. IVO beskriver att ett SVF kan vara till god hjälp för hur vården ska genomföras på ett effektivt sätt och med god kvalitet, men att det inte är tillsynens roll att ange en specifik behandling. Oftast finns det heller inte endast en åtgärd som är i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet; till exempel kan vården behöva individanpassas till en patient med flera olika diagnoser.²¹²

3.3.5 SVF-statistiken har lett till ökad administration och har brister i kvalitet

SVF har lett till att man nu tagit fram IT-system för att mäta ledtiden mellan välgrundad misstanke och start av första behandling. Det är viktigt för att kunna följa utvecklingen och utgör ett verktyg för utvecklingsarbetet genom att synliggöra vårdprocessen och möjliggöra jämförelser. Men registreringen har inneburit en administrativ belastning för vårdpersonalen, vilket medfört frustration och fortgående diskussioner samt försvårat införandet, enligt våra intervjuer i regionerna och en utvärdering från Region Stockholm.²¹³ Det beskrivs ta onödigt lång tid att registrera samt vara svårt att göra rätt. Att i efterhand behöva rensa statistiken när det blivit fel tar tid.

SVF lanserades utan att det fanns en fungerande IT-struktur på plats och många som vi intervjuat i regionerna tycker att staten varit oförstående inför regionernas bristande IT-förutsättningar. Regionerna har med tiden valt olika IT-system, till exempel använder Region Östergötland och Region Stockholm olika system. Framför allt i Region Stockholm har det varit svårt att få till ett fungerande system. I dag uppges systemen fungera relativt bra i båda regioner, men det finns problem med att få systemen i olika regioner att kommunicera med varandra.

²¹¹ E-post från IVO, 2023-05-08.

²¹² E-post från IVO, 2023-03-22.

²¹³ Region Stockholm, *Slutrapport. Införande av Standardiserade vårdförlopp i cancervården. 2015–2018, 2019*, s. 11.

SVF-statistiken har brister i kvalitet, täckningsgrad och innehåll

Statistikens tillförlitlighet och täckningsgrad varierar både mellan regioner och mellan diagnoser.²¹⁴ Många intervjupersoner i regionerna ifrågasätter jämförbarheten mellan vårdområden och regioner. Liksom för vårdgarantin (se avsnitt 2.3.5) finns det många användare som registrerar och kompetensen är ofta bristande. Utbildningen av de som registrerar brister ofta och rutinerna upplevs inte ge tillräckligt stöd. Regionerna betonar i Socialstyrelsens senaste uppföljning att det fortfarande finns brister och utvecklingsbehov när det gäller registreringen och kvalitetssäkringen för att säkerställa enhetlig kodning.²¹⁵

Registreringen försvåras av att vissa moment inom SVF upplevs ha otydliga definitioner. Sju av regionerna uppgav i sin redovisning till Socialstyrelsen 2022 att det finns problem med att SVF tolkas och tillämpas på olika sätt.²¹⁶

Verksamhetsföreträdare som vi intervjuat anser till exempel att det är svårt att veta hur man ska registrera start²¹⁷ och avslut för ett SVF, hur en patient som vårdas över regiongränser ska kodas, och hur man ska tolka kriterierna för att undanta någon från SVF (inklusionsmålet är 70 procent, se avsnitt 3.1.3). Om kriterierna för vem som ska inkluderas i SVF tolkas på olika sätt kan det leda till ojämlig vård. En studie har visat att många patienter med tjock- och ändtarmscancer inte utreddes inom ramen för SVF, trots att de uppfyllde kriterierna för välgrundad misstanke. Antagligen berodde det på att läkarna tolkade kriterierna för välgrundad misstanke om cancer på olika sätt.²¹⁸

En företrädare för det nationella SVF-arbetet menar att definitionerna och kriterierna är ganska tydliga, men att det svåra är att lokalt anpassa metodstöden. Det går inte att nationellt beskriva till exempel till vilken instans en SVF-remiss ska skickas, eftersom vården är olika organiserad i regionerna. Det är regionernas ansvar att lokalt anpassa metodstöden, vilket de gör i varierande grad. Det är också ett problem att verksamheterna saknar kännedom om de metodstöd som finns.²¹⁹

²¹⁴ Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), *Fakta om väntetider i vården*, 2022, s. 12.

²¹⁵ Socialstyrelsen, *Nationellt och regionalt arbete med standardiserade vårdförlopp 2022*, 2022, s. 9, s. 12.

²¹⁶ Riksrevisionens sammanställning av regionernas redovisningar till Socialstyrelsen av arbetet med standardiserade vårdförlopp enligt överenskommelsen Jämlik och effektiv cancervård med kortare väntetider 2022.

²¹⁷ Också Socialstyrelsen har konstaterat att vissa kriterier för start av ett SVF kan förtydligas och bli mer verksamhetsnära. Socialstyrelsen, *Om lärande, prioriteringar och ekonomiska aspekter. Effekter av satsningen på standardiserade vårdförlopp i cancervården. Slutrapport del 2*, 2019, 2019.

²¹⁸ Andersson, Nyhlin och Nieuwenhoven, "The effectiveness of the colorectal cancer referral pathway – identification of colorectal cancer in a Swedish region colorectal cancer in a Swedish region", 2021.

²¹⁹ Intervju med företrädare för SKR, 2023-04-04.

Väntetidsdatabasens brister i innehåll och användningsmöjligheter för uppföljning och analys (se avsnitt 2.3.5) gäller även SVF-statistik. Att SVF-statistiken saknar personnummer försvårar regionernas kvalitetssäkring och minskar spårbarheten av patienter som vårdas över regiongränser i mottagande region.²²⁰ Det är ett tidskrävande manuellt arbete att följa upp patientens hela vårdprocess.²²¹ Väntetidsdatabasen omfattar bara patienter som inkluderas i SVF, inte patienter med samma cancerdiagnos som inte utreds enligt ett SVF.

SVF-koordinatorer var en framgångsfaktor

Verksamheterna har huvudsakligen positiva erfarenheter av SVF-koordinatorer, enligt våra intervjuer i regionerna och utvärderingar från Region Stockholm.²²² Vid införandet av SVF ställde regeringen krav på att införa en koordinatorfunktion i syfte att säkra kontinuiteten i vårdförloppet och undvika onödig väntetid. En koordinator är ett administrativt stöd som ska bidra till att hålla ledtiderna, till exempel genom att boka undersökningar och vara patientens första kontakt.²²³ Koordinatorer i vården är inte något nytt arbetssätt, utan finns även inom andra vårdområden, till exempel rehabiliteringskoordinatorer som stödjer personer som är sjukskrivna.²²⁴

Våra intervjuer i regionerna visar att koordinatorerna varit en framgångsfaktor och de beskrivs i många verksamheter som en förutsättning för en fungerande SVF-registrering, vilket också Socialstyrelsen beskrivit.²²⁵ Till exempel har koordinatorer bidragit till en smidigare och snabbare vårdprocess på patologen genom att de förberett remisser och sett till att alla nödvändiga undersökningar är på plats. Det varierar både mellan och inom regionerna i vilken grad man använt koordinatorer vid implementeringen av SVF. Vi har sett att det fungerat bättre i Region Stockholm som i högre grad arbetat med att brett införa koordinatorer, jämfört

²²⁰ Detta påpekas av 12 regioner i regionernas redovisning till Socialstyrelsen av arbetet med standardiserade vårdförlopp enligt överenskommelsen Jämlik och effektiv cancervård med kortare väntetider 2022; Socialstyrelsen, *Nationellt och regionalt arbete med standardiserade vårdförlopp 2022*, 2022.

²²¹ Socialstyrelsen, *Nationellt och regionalt arbete med standardiserade vårdförlopp 2022*, 2022.

²²² Region Stockholm, *Slutrapport. Införande av Standardiserade vårdförlopp i cancervården. 2015–2018*, 2019, s. 11; Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, *Styrkor och utmaningar med standardiserade vårdförlopp som arbetssätt i Region Stockholm Gotland. Röster från cancervården*, 2020, s. 43.

²²³ Regionala cancercentrum i samverkan, *Nationell funktionsbeskrivning för koordinator inom standardiserade vårdförlopp (SVF)*, 2017.

²²⁴ Socialstyrelsen, *Standardiserade vårdförlopp i cancervården. Lägesrapport 2017*, 2017.

²²⁵ Socialstyrelsen, *Om lärande, prioriteringar och ekonomiska aspekter. Effekter av satsningen på standardiserade vårdförlopp i cancervården. Slutrapport del 2*, 2019, 2019.

med Region Östergötland som haft färre, centralt placerade koordinators med övergripande ansvar. Se bilaga 3 avsnitt 1.2.2 för en närmare beskrivning.

3.4 SVF riskerar att leda till undanträngning och en resursineffektiv cancerutredning

Det finns tecken på att SVF lett till undanträngning av patienter med större vårdbehov och till en resursineffektiv cancerutredning.

3.4.1 Det finns tecken på att SVF lett till undanträngning

Vi ser tecken på att SVF lett till undanträngning av patienter med vissa godartade tillstånd. Många verksamhetsföreträdare som vi intervjuat upplever att SVF lett till förlängda väntetider för patienter med vissa godartade tillstånd, som därmed får vänta orimligt länge och utstå lidande. Samma problematik har lyfts i tidigare utvärderingar.²²⁶ Den förlängda väntetiden kan innebära stora negativa konsekvenser för patienten, som nedsatt livskvalitet, oro och sjukskrivning. Dessutom kan väntetiden medföra komplikationer och behov av ytterligare åtgärder som innebär ökade kostnader för hälso- och sjukvården. Även om cancer är en allvarlig sjukdom, kan olika cancerfall vara olika medicinskt brådskande. Därför kan nedprioritering av patienter med godartade tillstånd utgöra undanträngning i strid med vård efter behov och leda till ett ineffektivt användande av resurser.

Våra analyser visar tecken på undanträngning av patienter med godartad prostataförstoring och njursten i samband med införandet av SVF för prostatacancer och urinblåsecancer år 2015 i Region Jönköping och Region Östergötland. Det är två godartade tillstånd som konkurrerar om urologiska resurser med bland annat prostatacancer, som är en cancerform som ofta växer långsamt.²²⁷ Diagram 5 visar för prostataförstoring en tydlig ökning av ledtiden mellan diagnos och operation 2014–2019, från 200 dagar i båda regioner till över 600 dagar i Östergötland och 800 dagar i Jönköping. Även för njursten syns en viss ökning i samband med införandet av SVF (diagram 6). I Östergötland minskar dock ledtiderna för njursten igen efter två år. Det kan vara ett tecken på att undanträngningen minskar eller försvinner med tiden och att verksamheterna efter själva införandefasen bättre lär sig att hantera helheten.

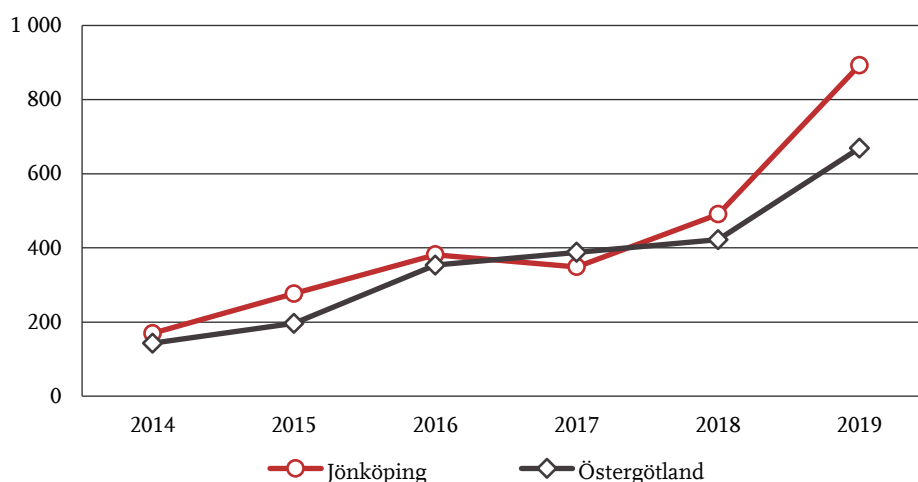
²²⁶ Regionala cancercentrum i samverkan. *Nationell genomlysning av urologin. Nuläge och åtgärder för förbättrad tillgänglighet och kvalitet*, 2023, s. 20 f; Socialstyrelsen, *Om lärande, prioriteringar och ekonomiska aspekter. Effekter av satsningen på standardiserade vårdförlopp i cancervården. Slutrapport del 2*, 2019, s. 48 f.

²²⁷ Folkhälsomyndigheten, "Prostatacancer, död", hämtad 2022-11-29.

Den stora ökningen i väntetid för godartad prostataförstoring bör tolkas med viss försiktighet. Medianledtiderna är långa, och vårt ledtidsmått fångar inte riktigt långa ledtider i början av analysperioden. Mycket talar dock för att ledtiden faktiskt gått upp, vilket vi utvecklar i avsnitt 2.4 i bilaga 4. Iakttagelsen stärks dessutom av våra intervjuer i regionerna. En tidigare studie har också visat på undanträngning av patienter med godartad prostataförstoring i Region Stockholm, men däremot inte av patienter med njursten.²²⁸

Diagram 5 Ledtid mellan diagnos och operation av godartad prostataförstoring

Dagar (median)



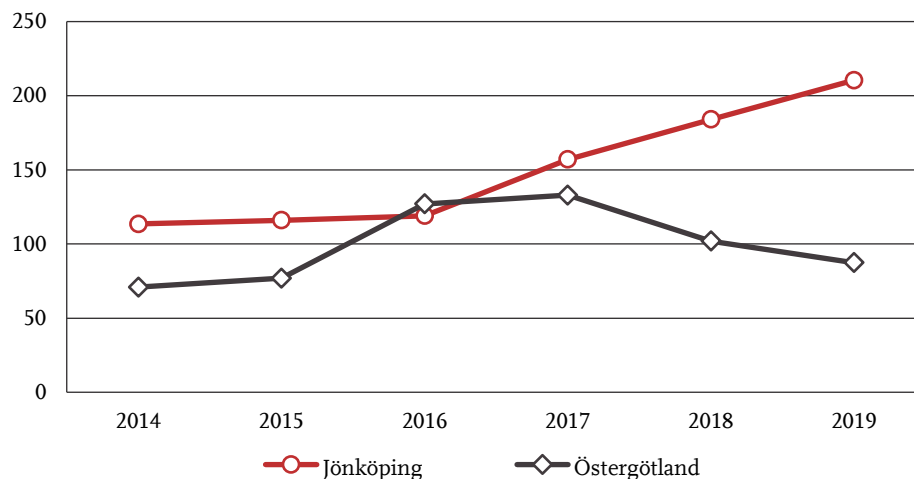
Kommentar: Ledtiden är en proxyvariabel där diagnos avser första gången då diagnosen registreras för patienten, och operation avser datum för inskrivning (Region Jönköping) respektive datum för vårdtillfälle (Region Östergötland) i specialistvården. År avser år för diagnos.

Källa: Riksrevisionens bearbetning av data från Region Jönköping och Region Östergötland.

²²⁸ Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, *Standardiserade vårdförlopp inom cancervården – analys av undanträngningseffekter*, 2020.

Diagram 6 Ledtid mellan diagnos och operation av njursten

Dagar (median)



Kommentar: Ledtiden är en proxyvariabel där diagnos avser första gången då diagnosen registreras för patienten, och operation avser datum för inskrivning (Region Jönköping) respektive datum för vårdtillfälle (Region Östergötland) i specialistvården. År avser år för diagnos.

Källa: Riksrevisionens bearbetning av data från Region Jönköping och Region Östergötland.

Vi har undersökt men inte sett några tydliga tecken på följande typer av undanträngning²²⁹:

- *Undanträngning av patienter med större vårdbehov inom cancerdiagnoserna.* Vi ser inga tecken på att SVF kortat ledtiderna för patienter med mindre utbredda tumörer på bekostnad av patienter med mer utbredda tumörer, utom möjligen inom urinblåsecancer. Vi ser inte heller undanträngning av cancerpatienter med större vårdbehov, baserat på deras sjukdomshistorik.²³⁰
- *Undanträngning av andra cancerdiagnoser som ännu inte fått SVF.* Vi ser exempelvis inte ökade ledtider inom njurcancer vid införandet av SVF för urinblåsecancer och prostatacancer, trots att diagnoserna konkurrerar om urologiska resurser.
- *Undanträngning av patienter beroende på socioekonomi.* Vi ser inte några tydliga skillnader i ledtidseffekt mellan grupper, utifrån varken ålder, kön, utrikes bakgrund, inkomst eller utbildning.

²²⁹ För en närmare beskrivning, se bilaga 4 avsnitt 2.3.3.

²³⁰ På motsvarande sätt som för MS-patienterna (se avsnitt 2.4.1), har vi delat in cancerpatienterna efter vårdbehov enligt den specialanpassade variant av DRG-måttet, som Socialstyrelsen tagit fram på vårt uppdrag. Se bilaga 4 faktarutan på sida 38.

- *Undanträngning av patienter med samma cancerdiagnos som inte inkluderats i ett SVF.* Vi ser ingen tydlig skillnad i ledtidseffekt mellan de som inkluderats i SVF kontra de som inte inkluderats i SVF. Visserligen är ledtiderna längre för dem utan SVF, men det skulle kunna förklaras av att de utgörs av en annan, mer komplicerad patientgrupp.

När vi i våra intervjuer i regionerna frågat om undanträngning, menar många att vårdpersonalen har en stark etisk kompass, som gör att vård efter behov styr i det enskilda fallet. Men några lyfter risken för undanträngning av till exempel återfall, återbesök och kontroller och för personer som har en cancerdiagnos men som utreds utanför SVF. Socialstyrelsen har tidigare gjort bedömningen att störst risk för undanträngning gäller patienter som får återfall i cancer och patienter som har fler sjukdomar och stort vårdbehov. Socialstyrelsen landade ändå i att införandet av SVF inte lett till omfattande undanträngning.²³¹

3.4.2 Ambitiösa ledtidsmål riskerar att leda till undanträngning

De angivna ledtiderna (tiden mellan välgrundad misstanke om cancer och behandling) inom SVF är ambitiösa. Allt för ambitiösa ledtider kan, givet vårdens begränsade resurser, leda till undanträngning av patienter med större vårdbehov. Ledtiderna utgår från hur många dagar det optimalt borde ta, utan hänsyn till nuvarande organisation och arbetssätt. De baseras alltså inte enbart på evidens för om väntetiden får medicinska konsekvenser för patienten eller inte. Det varierar mellan olika SVF i vilken grad ledtiden motiveras av att det är medicinskt brådskande. Prostatacancer, som alltså ofta växer långsamt, är ett exempel på ett SVF som har kortare ledtidsmål än vad som är medicinskt motiverat ur ett överlevnadsperspektiv. Andelen med prostatacancer som utreds inom ledtiden i SVF var mellan 30 och 46 procent 2018–2022.²³²

Att vissa ledtider inte enbart bygger på evidens som är kopplad till patientens vårdutfall har lett till ett motstånd i professionen. De flesta som vi intervjuat i verksamheterna tycker att vissa av ledtiderna är för korta. Ledtiderna upplevs som omöjliga att uppnå, vilket leder till stress och lägre motivation. Ledtiderna tar exempelvis inte hänsyn till att verksamheterna är helgstängda, och många upplever att de inte uppdateras tillräckligt när medicinsk utveckling utökar behovet av diagnostik eller behandling.²³³

²³¹ Socialstyrelsen, *Om lärande, prioriteringar och ekonomiska aspekter. Effekter av satsningen på standardiserade vårdförlopp i cancervården. Slutrapport del 2, 2019, 2019.*

²³² Regionala cancercentrum i samverkan, "Väntetider i standardiserade vårdförlopp (SVF)", hämtad 2023-04-10.

²³³ Socialstyrelsen, *Nationellt och regionalt arbete med standardiserade vårdförlopp 2022, 2022, s. 10.*

Vårdprogramgrupperna som sätter ledtiderna har kompetens inom sina respektive områden, men ett ensidigt fokus på sin diagnos. De har varken uppdraget eller förutsättningarna för att ta hänsyn till övergripande prioriteringar mellan vårdområden eller vården som helhet.²³⁴

3.4.3 Breda kriterier för välgrundad misstanke riskerar att leda till resursineffektiv cancerutredning

Kriterierna för start av välgrundad misstanke (alltså vilka symptom som föranleder start av SVF) för vissa SVF ifrågasätts av många som vi intervjuat i regionerna. Alltför breda kriterier kan leda till att patienter med låg risk för cancer felaktigt får en hög medicinsk prioritering och genomgår överflödiga undersökningar som andra patienter borde ha prioriterats för. Det skulle innebära onödig vårdkonsumtion, och därmed både ett ineffektivt användande av resurser och undanträngning av patienter med större vårdbehov. Dessutom oroas patienter i onödan. Ett exempel på att SVF kan leda till felaktiga prioriteringar är att ett SVF startas på grund av ömhet eller knöl i bröstet hos unga kvinnor, fastän risken är liten för att de skulle ha bröstcancer. En tänkbar positiv följd av att fler utreds för cancer är att fler cancerfall hittas tidigare och att vårdutfallet därför blir bättre, men vi har inte hittat några studier som undersökt om så är fallet.

Socialstyrelsen beskriver att SVF lett till ett ökat inflöde av patienter och ett ökat antal undersökningar samt till att fler eller mer avancerade undersökningar görs tidigare än förut.²³⁵ I våra fallregioner uppges SVF ha lett till fler felaktiga remisser och därmed ökade patientvolymen.²³⁶ Andelen patienter, av dem som utreds enligt SVF, som faktiskt har cancer och påbörjar behandling minskade 2019–2022²³⁷ och varierar mellan olika diagnoser. Andelen var högst för akut lymfatisk leukemi (89 procent) och lägst för urinblåse- och urinrörcancer (11 procent) under 2015–2019.²³⁸ Inklusionskriterierna för urinblåse- och urinrörcancer är också omstridda. I en enkät till urologisk personal ansåg 83 procent att det är viktigt att se över SVF:s inklusionskriterier.²³⁹

²³⁴ Intervju med företrädare för SKR, 2023-04-04.

²³⁵ Socialstyrelsen, *Om lärande, prioriteringar och ekonomiska aspekter. Effekter av satsningen på standardiserade vårdförlopp i cancervården. Slutrapport del 2*, 2019, 2019.

²³⁶ Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, *Styrkor och utmaningar med standardiserade vårdförlopp som arbetssätt i Region Stockholm Gotland. Röster från cancervården*, 2020.

²³⁷ Andelen var 33 procent 2022. Regionala cancercentrum i samverkan, *Kortare väntetider i cancervården – status för inklusions- och ledtidsmål i SVF. En analys av SVF-data ur SKR:s väntetidsdatabas 2021–2022*, 2023.

²³⁸ Gäller tidsperioden augusti 2015–februari 2019. Socialstyrelsen, *Väntetider, patientperspektiv och strävan mot en jämlik cancervård. Effekter av satsningen på standardiserade vårdförlopp i cancervården. Slutrapport del 1*, 2019, 2019.

²³⁹ Regionala cancercentrum i samverkan. *Nationell genomlysning av urologin. Nuläge och åtgärder för förbättrad tillgänglighet och kvalitet*, 2023, s. 35 f, s. 58.

En svårighet är att många SVF-utredningar startar i primärvården (44 procent 2015–2018²⁴⁰), som utgörs av många verksamheter och mycket vårdpersonal. Cancer är något som den enskilde allmänläkaren sällan möter. En studie i två regioner har visat att kunskapen om SVF var låg bland allmänläkare.²⁴¹ Samtidigt är SVF ofta uppskattat i primärvården, eftersom det förtydligar processen och gör det enklare att få gehör för cancermisstanke.²⁴² Primärvården har dock ett stort uppdrag, utsätts för mycket styrning och kan inte prioritera allt samtidigt. Kriterierna för välgrundad misstanke överlappar ofta både mellan olika SVF och med andra diagnoser.²⁴³ Primärvården har också kompetens- och resursbrist.

Ett riskområde för undanträngning är den utredande vården, till exempel radiologi och patologi.²⁴⁴ De behöver samverka med många olika vårdområden med många olika SVF och har ofta bristande personella och materiella resurser. Situationen ansträngs ytterligare av att den medicinska utvecklingen leder till ett ökat behov av avancerade undersökningar, för att nya behandlingar ska individanpassas. Den största utmaningen inom SVF är enligt regionerna den multiprofessionella specialistkompetensbristen för diagnostik och behandling.²⁴⁵ Dessutom är utrustning som magnetkameror mycket dyr.

I bilaga 3 avsnitt 1.2.3 beskriver vi närmare hur SVF riskerar att leda till undanträngning inom den utredande vården i Region Östergötland och Region Stockholm, och i avsnitt 1.2.4 beskriver vi hur regionerna med varierande framgång inkluderat primärvården i SVF-arbetet.

²⁴⁰ Socialstyrelsen, *Om lärande, prioriteringar och ekonomiska aspekter. Effekter av satsningen på standardiserade vårdförlopp i cancervården. Slutrapport del 2, 2019, 2019.*

²⁴¹ Backman, Johansson och Hellgren, "Knowledge of and support for cancer patient pathways among general practitioners and other physicians – a study from Sweden", 2021.

²⁴² Wells m.fl., "Primary care physicians' views of standardised care pathways in cancer care: A Swedish qualitative study on implementation experiences", 2021; Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, *Styrkor och utmaningar med standardiserade vårdförlopp inom cancervården – primärvårdens röster, 2019.*

²⁴³ Akademiskt primärvårdscentrum, *Kunskapsteam CaPrim. Verksamhetsområden relaterade till SVF 2017–2018, 2019, s. 31.*

²⁴⁴ Enligt en studie i Kalmar finns tecken på att SVF lett till undanträngning inom patologi, radiologi och kirurgi. Väntetiderna kortades för SVF-remisserna, men blev längre för prioritetskategorin direkt under SVF-prioriteringen. Också bland de lägre prioriterade remisserna görs fynd som kan visa sig vara mer medicinskt brådskande än vad man inledningsvis trodde, till exempel cancer, och som kan få vänta under lång tid. Olsson, "Are cancer care pathways associated with longer waiting times. Analysing crowding out effects in radiology, pathology, and surgery", 2020.; Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, *Styrkor och utmaningar med standardiserade vårdförlopp som arbetssätt i Region Stockholm Gotland. Röster från cancervården, 2020.*

²⁴⁵ Socialstyrelsen, *Nationellt och regionalt arbete med standardiserade vårdförlopp 2022, 2022.*

4 Slutsatser och rekommendationer

Riksrevisionens övergripande slutsats är att statens styrning genom vårdgarantin, kömiljarden och SVF på många sätt inte är effektiv för att korta väntetiderna. För SVF har dock vissa delar av styrningen fungerat bättre.

- *Vårdgarantin* är visserligen etablerad som norm, men de kontinuerligt försämrade väntetiderna tyder på att vårdgarantin inte är ett effektivt styrmedel för att korta väntetider till vård.
- *Kömiljarden* skapade genom prestationsersättningen uppmärksamhet och hade sannolikt en kortvarig effekt på väntetiderna vid införandet. Det är dock oklart om prestationsersättning har effekt på sikt. Effekterna av den nya kömiljarden bör följas upp.
- *SVF* har lett till kortare väntetider för flera cancerdiagnoser. SVF stimulerar till verksamhetsutveckling, vilket i längden kan leda till kortare väntetider. De regionala skillnaderna kvarstår dock. För att SVF ska få större genomslag är det viktigt att regionernas ledning prioriterar SVF.

Granskningen visar också att styrmedlen riskerar att leda till undanträngning av patienter med större vårdbehov och till resursineffektiv cancerutredning.

- Vårdgarantins tre dagar till medicinsk bedömning inom primärvården och de ambitiöst satta ledtidsmålen inom SVF riskerar att leda till undanträngning.
- SVF:s kriterier för välgrundad misstanke kan, om de är för breda, leda till onödig och därmed resursineffektiv cancerutredning.

Slutligen bedömer Riksrevisionen att uppföljningen av väntetidsinsatserna bör stärkas. Till exempel har den nationella väntetidsstatistiken fortfarande brister i kvalitet och innehåll. Det saknas också kunskap om flera aspekter av väntetidsarbetets resultat, exempelvis SVF:s effekter på patienternas vårdutfall.

4.1 Statens styrning för att korta väntetiderna är på många sätt inte effektiv

Granskningen visar att vårdgarantin, kömiljarden och SVF har flera brister som försvagar styrningens effekt på väntetiderna. Av vårdgarantin, kömiljarden och SVF är SVF det styrmedel som granskningen kunnat visa haft en viss effekt på väntetiderna. Vårdgarantin påverkar däremot i lägre grad regionernas och verksamheternas arbete och prioriteringar, trots att vårdgarantins tidsgränser till

skillnad från SVF:s ledtider står i lagen. Framgången med SVF beror bland annat på att SVF är bättre förankrat i regionerna och inom professionen. RCC, SVF-koordinatorerna och processledarna fungerar som ambassadörer som driver på införandet i verksamheterna. Vårdgarantin skapar inte motsvarande drivkraft på verksamhetsnivå.

Vården är en komplex verksamhet som är präglad av svåra prioriteringar. Statens styrning syftar till kortare väntetider i vården, men kortare väntetider behöver inte alltid vara en rimlig prioritering ur ett systemperspektiv. Kortare väntetider som inte leder till större patientnytta och bättre vårdutfall behöver inte göra systemet mer effektivt, jämnt eller i linje med principen om vård efter behov. Tvärtom kan det i ett läge med begränsade resurser leda till undanträngning av patienter med större vårdbehov. Granskningens resultat tyder på en möjlig motsättning mellan en stark och effektiv styrning för kortare väntetider och risken för undanträngning. SVF, som haft effekt på väntetiderna, har också visat tydligast risk för undanträngning.

4.1.1 Vårdgarantin fyller en funktion som norm, men utgör en svag styrning

Vårdgarantin är väl etablerad och verkar normerande inom vården genom att sätta ramar för väntetiderna. På så sätt fyller vårdgarantin en funktion och bör vara kvar. Men de kontinuerligt försämrade väntetiderna tyder på att vårdgarantin inte är ett effektivt styrmedel för att korta väntetider till vård. Vårdgarantin behandlas som en målsättning, inte som en lagreglerad yttre tidsgräns. Regionerna lever heller inte upp till sin skyldighet att se till att patienten får vård hos någon annan vårdgivare inom regionen eller i en annan region om vårdgarantin inte kan hållas för patienten. Diskrepansen mellan lagtext och verklighet fortsätter att öka. Om vårdgarantin är omöjlig att leva upp till bör dess ställning som lagstadgad skyldighet ses över.

Regeringens ambition var från början att vårdgarantin i framtiden skulle omfatta patientens hela vårdkedja.²⁴⁶ I ett läge då nuvarande tidsgränser inte uppnås bedömer Riksrevisionen det dock som olämpligt att ytterligare utvidga vårdgarantin eller att skärpa tidsgränserna.

²⁴⁶ Prop. 2009/10:67, s. 39, 43.

4.1.2 Kömiljarden ledde till uppmärksamhet, men den långsiktiga effekten av prestationsersättning är oklar

Det finns vissa belägg för att kömiljarden hade en effekt i början som sedan avtog, men det behövs fler studier om den långsiktiga effekten av prestationsersättning på vårdköer, vilket beskrivs närmare i avsnitt 4.3.2.

Kömiljarden levde upp till ambitionen om att uppmärksamma väntetidsfrågan, huvudsakligen genom öppna redovisningar och jämförelser av resultat, de ekonomiska incitamenten och regeringens landstingsbesök.²⁴⁷ Som Riksrevisionen tidigare konstaterat, kan prestationsersättning passa bra just för att uppmärksamma en ny satsning, exempelvis för att stimulera registrering och implementeringen av en ny IT-struktur.²⁴⁸ Det kan dock tänkas ligga i sakens natur att uppmärksamhetseffekten dämpas med tiden.

Det är svårt att utforma prestationsbaserad ersättning som skapar önskade incitament. Systemet måste vara tillräckligt enkelt för att mottagarna ska förstå det, men samtidigt riggat för att undvika oönskade bieffekter som fusk eller undanträngning. Möjliga förklaringar till kömiljardens begränsade styreffekt är att prestationskraven inte tog hänsyn till relativ förbättring, att ersättningsmodellen blev mer komplicerad med tiden och att summan var liten sett till regionernas totala budget. Att prestationskraven inte tog hänsyn till relativ förbättring gjorde att både regioner som låg långt ifrån målen och de som redan uppnått målen hade svaga incitament till förbättring. Den nya kömiljarden är bättre utformad, genom att ta hänsyn till relativ förbättring.

4.1.3 SVF kan bidra till kortare väntetider, men har inte minskat de regionala skillnaderna

Granskningen har visat att SVF vid införandet ledde till kortare väntetider för flera cancerdiagnoser. SVF stimulerar till verksamhetsutveckling, vilket i längden kan leda till kortare väntetider. En framgångsfaktor har varit organisationen med RCC. RCC har genom att styra med kunskap och evidens skapat legitimitet och fått med sig den kliniska verksamheten samt möjliggjort regional anpassning av den nationella styrningen.

²⁴⁷ Socialstyrelsen, *Uppföljning av den nationella vårdgarantin och "kömiljarden". Årsrapport 2010*, 2010.

²⁴⁸ Enligt granskningen av Äldresatsningen var prestationsbaserad ersättning avgörande för att få igång kommunernas registrering och få upp täckningsgraden i kvalitetsregister. Riksrevisionen, *Äldresatsningen – effektiviteten i statens satsning på kvalitetsregister i äldreomsorgen*, 2020.

Samtidigt är det oroande att uppfyllelsen av ledtidsmålet 2022 var den lägsta hittills. Dessutom kvarstår de regionala skillnaderna i ledtider, och det varierar stort mellan regioner och verksamheter hur långt implementeringen kommit. Ett skäl är att intresse och efterfrågan från regionledning varierar i regionerna. För att få genomslag är det viktigt att regionernas politiska ledning och förvaltningsledning i sin styrning prioriterar SVF och efterfrågar resultat.

Även om svensk cancervård har internationellt sett goda resultat, finns tecken på att den ligger efter i ett nordiskt perspektiv.²⁴⁹ En utvärdering har visat att väntetiderna till strålbehandling är längre i Sverige än i Danmark och Norge. Sverige uppges även sticka ut från grannländerna genom bland annat mindre statlig involvering i hälso- och sjukvården, mindre forskning, långsammare spridning av ny teknik och nya behandlingsmetoder och sämre tillgång till strålningsutrustning.²⁵⁰ Under Danmarks lansering av SVF öronmärktes 850 miljoner danska kronor för medicintekniska investeringar²⁵¹, men i den svenska satsningen har ingen motsvarande öronmärkning gjorts. Utvärderingen lyfter även Sveriges problem med kompetensförsörjning. Enligt regionerna är brist på personal den främsta orsaken till att ledtidsmålet inte nås.²⁵²

Sammantaget tyder detta på ett behov av fortsatta insatser för att behålla fokus på arbetet med SVF och minska de regionala skillnaderna, vilket också konstaterats av Socialstyrelsen.²⁵³ Det är dock viktigt att ha med sig att det saknas kunskap om hur SVF påverkar patienternas vårdutfall och vårdens kvalitet, vilket beskrivs närmare i avsnitt 4.3.2.

4.1.4 IVO och Socialstyrelsen har otydliga roller i väntetidsarbetet

Det har under granskningens gång framkommit att IVO och Socialstyrelsen under perioden som vi granskat haft en begränsad betydelse för väntetidsarbetet.

IVO har en begränsad och otydlig roll inom tillgänglighet. Viss tillsyn av långa väntetider sker i dag, men den sker inte systematiserat och strategiskt, utan framför allt utifrån enskilda ärenden. Den statliga tillsynen är viktig för att se till att vården upprätthåller sina skyldigheter gentemot patienterna. En utökad tillsyn är en möjlig

²⁴⁹ Socialstyrelsen, *Om lärande, prioriteringar och ekonomiska aspekter. Effekter av satsningen på standardiserade vårdförlopp i cancervården. Slutrapport del 2, 2019*, 2019, s. 51.

²⁵⁰ Regionala cancercentrum i samverkan, *Nordisk strålbehandling. En benchmarkingstudie*, 2022.

²⁵¹ Probst, Hussain och Andersen, "Cancer patient pathways in Denmark as a joint effort between bureaucrats, health professionals and politicians – A national Danish project", 2012.

²⁵² Socialstyrelsen, *Nationellt och regionalt arbete med standardiserade vårdförlopp 2022*, 2022.

²⁵³ Socialstyrelsen, *Om lärande, prioriteringar och ekonomiska aspekter. Effekter av satsningen på standardiserade vårdförlopp i cancervården. Slutrapport del 2, 2019*, 2019.

väg framåt för att öka efterlevnaden av vårdgarantin. Det finns dock i nuläget flera hinder för en utökad tillsyn av väntetider, som att IVO i dag inte har tillgång till de data som krävs för en mer strategisk och datadriven tillsyn.

Samtidigt bedömer Riksrevisionen att enbart utökad tillsyn sannolikt inte löser väntetidsproblemen i vården. IVO har i dag ett stort tillsynsansvar och bedriver ett utvecklingsarbete för att den riskbaserade tillsynen ska få ett större genomslag.²⁵⁴ Riskbaserad egeninitierad tillsyn är enligt IVO mer effektiv än tillsynen av enskilda ärenden.²⁵⁵

Riksrevisionen bedömer att tillsyn bör kombineras med ett förebyggande och stödjande arbete gentemot regionerna. Därför är det positivt att Socialstyrelsens stödjande roll gentemot regionerna fått en mer framträdande roll i styrningen. Till exempel fick Socialstyrelsen under 2022 i regeringsuppdrag att stödja och stärka regionernas produktions- och kapacitetsplanering och att utveckla en samlad uppföljning av hälso- och sjukvårdens tillgänglighet som ska ligga till grund för årliga dialoger med regionerna.²⁵⁶ Genom dialog har Socialstyrelsen bättre möjlighet att ta hänsyn till regionernas olikheter (se avsnitt 4.4.2).

4.1.5 Riktade statsbidrag styr inte mot långsiktig förändring

Riksrevisionen har tidigare konstaterat att riktade statsbidrag inom hälso- och sjukvården kan vara kraftfulla styrinstrument, trots att det ofta relativt sett handlar om små summor. Riktade statsbidrag kan vara särskilt lämpade för att få igång en ny satsning, vilket både SVF och kömiljarden är exempel på. Statsbidragen inom ramen för kömiljarden och SVF kännetecknas dock av liknande brister som Riksrevisionen tidigare uppmärksammat med riktade statsbidrag inom hälso- och sjukvården: de försvårar långsiktig planering och riskerar att stimulera framför allt kortsiktiga insatser.²⁵⁷ Kortsiktiga insatser kan ta fokus från nödvändiga, långsiktiga insatser för strukturell förändring. Dessutom finns gränser för vad personalen mår med.

SVF som statsbidrag har dock varit mer förutsägbart och gett bättre förutsättningar för långsiktigt arbete än många andra statsbidrag inom vården, eftersom det i överenskommelserna framställts som en långsiktig satsning med återkommande pengar.

²⁵⁴ Utvecklingsarbetet redovisas bland annat i följande rapporter: Inspektionen för vård och omsorg, *Mot ett datadrivet arbetssätt*, 2022; *Förebyggande tillsyn*, 2020.

²⁵⁵ Riksrevisionen, *Lex Maria och lex Sarah och omsorg av äldre*, 2023.

²⁵⁶ Regeringsbeslut S2022/01373; Regeringsbeslut S2022/01664.

²⁵⁷ Riksrevisionen, *Statens styrning genom riktade statsbidrag inom hälso- och sjukvården*, 2016.

4.2 Statens styrning riskerar att leda till undanträngning och ineffektiv vård

Granskningen har visat att det finns tecken på undanträngning, vilket understryker vikten av att i både utformningen och uppföljningen av styrmedlen ta hänsyn till undanträngning av patienter med större vårdbehov. Det gäller särskilt som Riksrevisionen alltså ser en möjlig motsättning mellan en effektiv styrning för kortare väntetider och undanträngning.

4.2.1 Vårdgarantin riskerar att leda till undanträngning

Riksrevisionen bedömer att vårdgarantins tre dagar till bedömning i primärvården bör förlängas till sju dagar, vilket också Tillgänglighetsdelegationen föreslagit.²⁵⁸ Tre dagar är en så pass kort tid att risken för undanträngning ökar. Sju dagar till medicinsk bedömning ger mer utrymme för medicinska prioriteringar. Förlängningen till sju dagar bör genomföras i kombination med Tillgänglighetsdelegationens förslag om att bredda bedömningsgarantin till att omfatta även *tidigare kända* hälsoproblem, för att undvika gränsdragningsproblematik (se avsnitt 4.3.1). Det är också positivt att balansera upp den försämrade tillgänglighet som förlängningen till sju dagar kan innebära för den enskilde, med att det genom breddningen blir en ambitionshöjning sett till att betydligt fler besök omfattas.²⁵⁹

Vårdgarantin syftar till att stärka patientens ställning, men resurssvaga, sjuka patienter har sämre förutsättningar än andra att känna till och åberopa vårdgarantin. Om resursstarka och friskare patienter därför prioriteras framför patienter med större vårdbehov kan vårdgarantin leda till individundanträngning. I dag är det i praktiken ofta upp till patienten själv att ta kontakt och efterfråga vård när vårdgarantin inte kan hållas, eftersom regionerna inte lever upp till sin skyldighet att erbjuda patienten vård hos någon annan vårdgivare inom regionen eller i en annan region, så kallad lotsning. Genom att i högre grad aktivt söka upp patienter för lotsning, skulle regionerna bättre kunna fånga upp resurssvaga grupper som har svårt att själva ta sig fram i systemet. Lotsning kan också i sig tänkas avlasta den befintliga kön, vilket potentiellt kan leda till att de med större vårdbehov får vård snabbare. Men det förutsätter att den lotsade patienten inte går före patienter med större vårdbehov hos den mottagande regionen eller aktören, till exempel för att utomlänspatienter genom utomlänssersättningen är mer lönsamma.

²⁵⁸ SOU 2022:22.

²⁵⁹ Drygt två tredjedelar av besöken i primärvården omfattas inte av vårdgarantin i dag, eftersom de flesta besöken inte bedöms vara relaterade till nya hälsoproblem eller oväntade eller kraftiga förändringar. SOU 2022:22, s. 140.

4.2.2 SVF riskerar att leda till undanträngning och onödig cancerutredning

Granskningen har visat att det finns tecken på att SVF lett till undanträngning, till exempel av patienter med godartad prostataförstoring och njursten. Regeringen behöver i styrningen av SVF minska risken för undanträngning.

Regeringen bör säkerställa att SVF:s ledtidsmål utformas med hänsyn till övergripande prioriteringar i vården som helhet. Givet vårdens begränsade resurser kan alltför ambitiösa ledtider innebära risk för sänkt vårdkvalitet och undanträngning av patienter med större vårdbehov. Ledtiderna bör också revideras i linje med medicinsk utveckling, exempelvis när ytterligare diagnostik krävs för att sätta in rätt behandling. Nationella vårdprogram och vårdprogramgrupperna (som beslutar om SVF-ledtiderna) är ett bra sätt att styra vården utifrån befintlig kunskap och medicinsk evidens, men de har ett ensidigt fokus på sitt område och tar inte tillräcklig hänsyn till övergripande prioriteringar.

Regeringen bör även säkerställa att SVF:s kriterier för start av välgrundad misstanke inte är så breda att de leder till onödig cancerutredning. Risken med att för många patienter utreds är att det blir resursineffektivt, att det tränger undan annan vård och att patienter oroas i onödan. Om onödigt många utreds, tyder det på att SVF:s kriterier för välgrundad misstanke behöver revideras och att primärvården behöver bättre bedömningsstöd.

4.2.3 Det kan finnas gränser för standardiseringen av vårdens processer

Det är positivt att SVF standardiserar processer för vård av en livshotande sjukdom som cancer, som drabbar många. Samtidigt kan det finnas gränser för standardiseringen av vårdens processer. I dag går styrningen av vården mot att standardisera allt fler vårdprocesser. Utöver SVF finns det vårdförlopp för andra sjukdomar än cancer, så kallade *personcentrerade standardiserade vårdförlopp*. Regeringen bör i implementeringen av personcentrerade sammanhållna vårdförlopp dra lärdom av införandet av SVF, men också vara medveten om att ett stort antal standardiserade processer kan bli svårt för vårdpersonalen att navigera i. Det blir tydligt inte minst i primärvården, som med sitt breda uppdrag är föremål för många olika typer av styrning från många håll. Av standardiseringen framgår inte hur olika vårdförlopp ska prioriteras gentemot varandra.

En annan risk med standardisering kan vara att professionella och etiska övervägningar i det individuella fallet sätts ur spel, något som en av våra intervjupersoner har uttryckt som "en risk att förlora den kritiska blicken". Det finns också en inneboende motsättning mellan personcentrering och en standardisering utifrån diagnoser. Patienter som inte passar in i en tydlig diagnos, till exempel för att de har diffusa symptom eller fler sjukdomar, riskerar att falla mellan stolarna när de inte tydligt passar in under ett ansvarsområde. För att vara personcentrerad behöver vården kunna hantera komplexitet.

4.3 Uppföljningen av väntetidsarbetet har brister

Regeringen bör stärka uppföljningen av väntetidsarbetet, till exempel vad gäller kvalitet och innehåll i väntetidsstatistiken. Dessutom finns flera aspekter av statens väntetidsarbete som det i dag saknas kunskap om, som behöver följas upp.

4.3.1 Väntetidsstatistiken brister i kvalitet och går inte att använda för analys

Samtliga granskade styrmedel – vårdgarantin, kömiljarden och SVF – har varit viktiga för att få i gång väntetidsregistreringen. De har bidragit både till att IT-system tagits fram och till att man nu på alla nivåer är medveten om vikten av tillförlitlig statistik. Ett problem för både kömiljarden och SVF har dock varit att det tagit tid att få fungerande system för uppföljning på plats. Det har lett till att regionerna på olika håll tagit fram egna IT-system, med varierande framgång. För en effektiv uppföljning bör utvecklingen i regionerna gå mot automatiserade och enhetliga IT-system som kommunicerar sinsemellan och som kan förenkla införandet av nya insatser. Specifika system för specifika ändamål bör undvikas.

Administrationen bör inte vara oproportionerlig till den nytta som statistiken ger. Men idag är användningsmöjligheterna för den nationella statistiken begränsade, både för staten och för regionerna, trots den omfattande administration som vårdens verksamheter ägnar sig åt. Väntetidsdatabasen har många brister, bland annat när det gäller tillförlitlighet, täckningsgrad, innehåll och juridik.

Väntetidsdata bör vara tillförlitliga och ha ett ändamålsenligt innehåll (till exempel gå att koppla till personnummer), och nyckeltal bör gå att följa över tid även när definitionerna ändras. Syftet med detta är att statistiken ska kunna användas för analys, uppföljning över tid och kvalitetssäkring samt för att hitta ledig vårdkapacitet.

Flera pågående initiativ syftar till att förbättra situationen. Regeringen har under våren 2023 tillsatt en utredning för att bland annat föreslå regler för behandling av

uppgifter om väntetider och vårdköer.²⁶⁰ Socialstyrelsens har också lämnat förslag om att utveckla möjligheten att följa väntetidsdata i Patientregistret.²⁶¹ Socialstyrelsen bör som statistikansvarig myndighet, sett till exempelvis kapacitet och juridik, ha gynnsamma förutsättningar för att hantera väntetidsstatistik.

Staten bör verka för enhetliga och tydliga definitioner, för att minska administrationen och öka statistikens tillförlitlighet. Definitioner bör inte utformas med en inbyggd gränsdragningsproblematik. För vårdgarantin gäller det till exempel tolkningen av vad som är *nya* hälsoproblem enligt bedömningsgarantin i primärvården, och för SVF gäller definitionen av start och avslut för ett vårdförlopp. Riksrevisionen bedömer att en lämplig lösning på vårdgarantins gränsdragningsproblem, när det gäller vad som är nya hälsoproblem, är att likt Tillgänglighetsdelegationens förslag bredda den medicinska bedömningen så att den också omfattar besvär som har samband med tidigare känt hälsoproblem. Granskningen har också visat att regeringens krav på införandet av SVF-koordinatorer varit en framgångsfaktor som underlättat fungerande och korrekt registrering och avlastat den medicinska vårdpersonalen.

4.3.2 Det är viktigt att följa upp den nya kömiljarden och SVF:s effekter på patienternas vårdutfall

Användningen av prestationsersättning fortsätter genom den nya kömiljarden som infördes 2019, men effekten av prestationsersättning på vårdköer är alltså oklar. Bristfällig statistik under tidsperioden för den första kömiljarden har begränsat analysmöjligheterna, men det finns bättre statistik tillgänglig för den nya kömiljarden. Det är därför viktigt att kvantitativt följa upp effekterna av den nya kömiljarden, på både väntetiderna och eventuell undanträngning. Även om väntetidsdatabasen är svår att använda för en nationell analys, finns det numera bra statistik i många regioners egna IT-system.

Studier behövs också om SVF:s effekter på patienternas vårdutfall och vårdens kvalitet. Också eventuella undanträngningseffekter behöver fortsatt följas upp och helst studeras i relation till patienternas vårdutfall; om undanträngningen inte lett till försämrat vårdutfall för dem med större vårdbehov är den inte i strid med vård efter behov. I takt med att mer tid passerat sedan införandet av SVF kommer det att bli möjligt att studera patienternas vårdutfall på längre sikt. Även Statens

²⁶⁰ Dir. 2023:48.

²⁶¹ Socialstyrelsen, *Regeringsuppdrag om att utveckla förutsättningar för insamling av väntetidsdata. Slutrapport, november 2022, 2022.*

haverikommission har konstaterat att SVF:s effekter på överlevnad och färre canceråterfall borde utvärderas.²⁶²

4.3.3 En nationell översiktlig vy är önskvärd, men hinder kvarstår

Riksrevisionen bedömer att det är bra att regeringen avser att verka för en översiktlig nationell vy över ledig kapacitet, bland annat genom uppdraget till E-hälsomyndigheten att genomföra en förstudie om ett nationellt vårdsöksystem.²⁶³ Ambitionen om en nationell vy har funnits länge. Många av de hinder som gjort att det ännu inte blivit verklighet kvarstår dock, exempelvis brister i väntetidsstatistiken och ersättningssystemen för utomlänsvård samt administrativa hinder som olika IT-system.

Riksrevisionen bedömer att en nationell översiktlig vy är önskvärd, men att den inte i sig kommer att lösa grundproblemen. Inom många vårdområden är köerna långa i hela landet, och många patienter vill eller kan inte resa för att få vård. Det är viktigt att ta hänsyn till jämlikhetsaspekten i att resurssvaga och sjuka patienter har svårare att ta emot vård någon annanstans.

4.3.4 Måluppfyllelsen inom SVF behöver visualiseras mer nyanserat

Redovisningen av måluppfyllelsen för SVF behöver visualiseras mer nyanserat. Det gäller framför allt för ledtidsmålet. Den dikotoma utformningen gör det svårare att analysera resultatet, och rent pedagogiskt kan det se sämre ut än vad det kanske är, vilket riskerar att dämpa motivationen i verksamheterna. Det är viktigt att i uppföljningen av SVF visualisera måluppfyllelse på fler sätt, exempelvis ledtiden i median, så att det blir tydligt om någon förbättring skett, hur stor förbättring är i antal dagar och hur långt ifrån måluppfyllelse man befinner sig.

²⁶² Statens haverikommission, *Slutrapport SHK 2023:02. Tillbud till allvarlig olycka – fördröjning av vård vid en oklar förändring i bukspottkörteln för vilken behandling inleddes den 23 mars 2021*, 2023.

²⁶³ Regeringsbeslut S2022/01372. Regeringen och SKR har också tecknat en tilläggsöverenskommelse som syftar till att regionerna ska använda ledig kapacitet till väntande patienter, oavsett i vilken region kapaciteten finns. Tilläggsöverenskommelsen kompletterar överenskommelsen om ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2022 och omfattar 36 miljoner kronor. Regeringen och Sveriges Kommuner och Regioner, *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2022. Tilläggsöverenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner*, 2022.

4.4 Andra faktorer hindrar styrningen för kortare väntetider

För att statens styrning ska ha en reell och långsiktig effekt, behöver också andra faktorer som hindrar styrningen för kortare väntetider hanteras, som kompetensbristen och regionernas olikheter i organisation, inre styrning och strukturella förutsättningar.

4.4.1 För att effektivt kunna korta väntetiderna behöver kompetensbristen i vården hanteras

Styrmedel som vårdgarantin, kömiljarden och SVF riskerar att bli utan effekt om det samtidigt finns en grundläggande brist på personal att anställa. Riksrevisionen bedömer att vårdköerna har ett tydligt samband med den rådande (och växande²⁶⁴) kompetensbristen, men att det ändå finns utrymme för att med befintliga resurser effektivisera vårdorganisationerna och arbetssätten i regionerna. Effektivisering är också en förutsättning för att möta framtida utmaningar med att bemanna och finansiera vården. Det finns många goda exempel på framgångsrikt arbete med att effektivisera processer och korta väntetider i olika regioner och verksamheter. Men det är självklart viktigt att samtidigt arbeta för att komma till rätta med kompetensförsörjningsproblemen.

4.4.2 Statens styrning för kortare väntetider bör ta större hänsyn till regionernas olikheter

Ytterligare en utmaning för statens styrning är att regionernas skilda organisation, inre styrning och strukturella förutsättningar gör att styrningen får olika effekt och utfall i olika regioner. Som beskrivits i avsnitt 4.1.4, är Riksrevisionen positivt inställd till en utökad stödjande roll för Socialstyrelsen gentemot regionernas väntetidsarbete. Samtidigt finns risken för att ett utökat stöd framför allt är till nytta i regioner med problem, men överflödigt i mer välfungerande regioner. Riksrevisionen bedömer därför att Socialstyrelsen bör differentiera stödet till regionernas väntetidsarbete så att det anpassas efter regionernas olikheter.

Att regionerna ofta hanterar satsningarna på olika sätt leder till ett brett spektrum av tillvägagångssätt, med olika resultat. Det möjliggör lärande om vilka tillvägagångssätt som varit mest framgångsrika. Det bör vara en viktig utgångspunkt i Socialstyrelsens pågående arbete med att utveckla uppföljningen av

²⁶⁴ Socialstyrelsen, *Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård*, 2022.

hälso- och sjukvårdens tillgänglighet och i den fortsatta uppföljningen av SVF. Det är viktigt att Socialstyrelsen i uppföljningen av statsbidrag på ett tydligt sätt redovisar regionernas skilda tillvägagångssätt vid implementeringen av satsningarna, och resonerar om deras effektivitetsgrad.

4.5 Rekommendationer

Riksrevisionen lämnar följande rekommendationer.

Till regeringen

Följande rekommendationer gäller vårdgarantin och den nya kömiljarden:

- Ge en lämplig myndighet i uppdrag att kvantitativt undersöka *den nya kömiljardens* effekt på vårdköer samt eventuella undanträngningseffekter.
- Förläng vårdgarantins tre dagar till bedömning i primärvården till sju dagar för att minska risken för undanträngning. Förlängningen bör genomföras i kombination med att bedömningsgarantin breddas till att omfatta även tidigare kända hälsoproblem.

Följande rekommendationer gäller SVF:

- Ge en lämplig myndighet i uppdrag att studera SVF:s effekter på patienternas vårdutfall och vårdens kvalitet.
- Säkerställ att SVF:s ledtidsmål tas fram med hänsyn till övergripande prioriteringar i vården som helhet.
- Säkerställ att SVF:s kriterier för välgrundad misstanke inte leder till att onödigt många utreds för cancer. Om onödigt många utreds, bör kriterierna revideras eller primärvården ges bättre stöd i att tolka kriterierna.

Följande rekommendationer gäller regeringens väntetidsarbete i stort:

- Se till att det finns nationell väntetidsstatistik av god kvalitet och täckningsgrad, som går att använda till analys och uppföljning över tid.

Till Socialstyrelsen

- Differentiera stödet till regionernas väntetidsarbete så att det anpassas efter regionernas olika organisationer, arbetssätt och förutsättningar.

Referenslista

Förordningar

Förordningen (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen.

Hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80).

Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

Patientlagen (2014:821).

Patientsäkerhetslagen (2010:659).

Litteratur och artiklar

Abuhasanein, S., Jahnson, S., Aljabery, F., Gårdmark, T., Jerlström, T., Liedberg, F., Sherif, A., Ströck, V. och Kjölhede, H., "Standardized care pathways for patients with suspected urinary bladder cancer: the Swedish experience", *Scandinavian Journal of Urology*, vol. 56, nr 3, 2022.

CONCORD Working Group, "Global surveillance of trends in cancer survival 2000–14 (CONCORD-3): analysis of individual records for 37 513 025 patients diagnosed with one of 18 cancers from 322 population-based registries in 71 countries", *The Lancet*, vol. 391, nr 10125, 2018.

Andersson, E., Nyhlin, N. och van Nieuwenhoven, M.A., "The effectiveness of the colorectal cancer referral pathway – identification of colorectal cancer in a Swedish region colorectal cancer in a Swedish region", *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, vol. 56, nr 5, 2021.

Backman, C., Johansson, U. och Hellgren, M., "Knowledge of and support for cancer patient pathways among general practitioners and other physicians – a study from Sweden", *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, vol. 39, nr 1, 2021.

Hanna, TP., King, WD., Thibodeau, S., Jalink, M., Paulin, GA., Harvey-Jones, E., O'Sullivan, DE., Booth, CM., Sullivan, R. och Aggarwal, A., "Mortality due to cancer treatment delay: systematic review and meta-analysis". *The BMJ*, vol. 371, m4087, 2020.

Heedman, P.A., Lagerfeldt, M., Magnusson, M. och Sjö Dahl, R., "Standardiserade vårdförlopp kan ge svårt cancersjuka bättre stöd", *Läkartidningen*, nr 7, 2019.

Marcickiewicz, J., Åvall-Lundqvist, E., Holmberg, E.C.V., Borgfeldt, C., Bjurberg, M., Dahm-Kähler, P., Flöter-Rådestad, A., Hellman, K., Högberg, T., Rosenberg, P., Stålberg, K. och Kjölhede, P., "The wait time to primary surgery in endometrial cancer – impact on survival and predictive factors: a population-based SweGCG study", *Acta Oncologica*, vol. 61, nr 1, 2022.

Neal, R.D., Tharmanathan, P., France, B., Din, N.U., Cotton, S., Fallon-Ferguson, J., Hamilton, W., Hendry, A., Hendry, M., Lewis, R., Macleod, U., Mitchell, E.D.,

Pickett, M., Rai, T., Shaw, K., Stuart, N., Tørring, M.L., Wilkinson, C., Williams, B., Williams, N. och Emery, J., "Is increased time to diagnosis and treatment in symptomatic cancer associated with poorer outcomes? Systematic review", *British journal of cancer*, vol. 112, nr 1, 2015.

Olsson, O., "Are cancer care pathways associated with longer waiting times. Analysing crowding out effects in radiology, pathology, and surgery", *International Journal of Care Coordination*, vol. 23, nr 4, 2020.

Probst, H.B., Hussain, Z.B. och Andersen, O., "Cancer patient pathways in Denmark as a joint effort between bureaucrats, health professionals and politicians – A national Danish project", *Health Policy*, vol. 105, nr 1, 2012.

Umezu, T., Shibata, K., Kajiyama, H., Yamamoto, E., Mizuno M. och Kikkawa, F., "Prognostic factors in stage IA-IIA cervical cancer patients treated surgically: does the waiting time to the operation affect survival?", *Archives of gynecology and obstetrics*, vol. 285, nr 2, 2012.

Wells, M.B., Delilovic, S., Gunnarsson, M., Dervish, J., von Knorring, M. och Hasson, H., "Primary care physicians' views of standardised care pathways in cancer care: A Swedish qualitative study on implementation experiences", *European Journal of Cancer Care*, vol. 30:e13426, nr June 2020, 2021.

Yun, Y. H., Kim, Y. A., Min, Y. H., Park, S., Won, Y. J., Kim, D. Y., Choi, I. J., Kim, Y. W., Park, S. J., Kim, J. H., Lee, D. H., Yoon, S. J., Jeong, S. Y., Noh, D. Y. och Heo, D. S., "The influence of hospital volume and surgical treatment delay on long-term survival after cancer surgery", *Annals of oncology : official journal of the European Society for Medical Oncology*, vol 23, nr 10, 2012.

Rapporter

Akademiskt primärvårdscentrum, Kunskapsteam CaPrim. Verksamhetsområden relaterade till SVF 2017–2018, rapport 2019, Region Stockholm, 2019.

Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, *Styrkor och utmaningar med standardiserade vårdförlopp inom cancervården – primärvårdens röster*, faktablad 2019:1, Region Stockholm, 2019.

Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, *Styrkor och utmaningar med standardiserade vårdförlopp inom cancervården – utredande enheter berättar*, faktablad 2019:2, Region Stockholm, 2019.

Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, *Standardiserade vårdförlopp inom cancervården – analys av undanträngningseffekter*, faktablad 2020:1, Region Stockholm, 2020.

Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin. *Styrkor och utmaningar med standardiserade vårdförlopp som arbetssätt i Region Stockholm Gotland. Röster från cancervården*, faktablad 2020:4, Region Stockholm, 2020.

Inspektionen för vård och omsorg, *Förebyggande tillsyn*, rapport 2020-1, Inspektionen för vård och omsorg, 2020.

Inspektionen för vård och omsorg, *Tillsyn av tillgänglighet i hälso- och sjukvården. Slutredovisning av regeringsuppdrag att beskriva risker med bristande tillgänglighet och lämna förslag på hur tillsynen kan utvecklas*, rapport 2021-7, Inspektionen för vård och omsorg, 2021.

Inspektionen för vård och omsorg, *Mot ett datadrivet arbetssätt*, rapport 2022-0, Inspektionen för vård och omsorg, 2022.

Landstingsrevisorerna Stockholms Läns landsting, *Vårdgaranti och vårdval – Hur följs effekter för patienter med störst behov*, rapport 10/2012, Stockholms läns landsting, 2012.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Låt den rätte komma in – Hur har tillgängligheten påverkats av apoteksomregleringen, vårdvalet samt vårdgarantin och Kömiljarden?*, rapport 2014:3, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2014.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Varierande väntan på vård. Analys och uppföljning av den nationella vårdgarantin*, rapport 2015:5, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2015.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *En primär angelägenhet. Kunskapsunderlag för en stärkt primärvård*, rapport 2017:3, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2017.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Förnuft och känsla. Befolkningens förtroende för hälso- och sjukvården*, rapport 2018:4, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2018.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *I skuggan av covid-19. Förändringar i befolkningens vårdkonsumtion till följd av pandemin under 2020*, rapport 2021:6, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2021.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *En lag som kräver omtag*, rapport 2021:10, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2021.

OECD, *Sverige: Landprofil hälsa 2021*, OECD Publishing, 2021.

Pwc, *Granskning av standardiserade vårdförlopp för cancervården*, rapport juni 2021, Region Östergötland, 2021.

Region Östergötland, *Redovisning av arbetet med standardiserade vårdförlopp enligt överenskommelsen Jämlik och effektiv cancervård med kortare väntetider 2022*, Regionala cancercentrum Sydöst, 2022.

Region Stockholm, *Slutrapport. Införande av Standardiserade vårdförlopp i cancervården. 2015–2018*, dnr 1503-0370, Region Stockholm, 2019.

Regionala cancercentrum i samverkan, *Nationell funktionsbeskrivning för koordinator inom standardiserade vårdförlopp (SVF)*, Dnr 17/013, Regionala cancercentrum i samverkan, 2017.

Regionala cancercentrum i samverkan, *Styrdokument. Riktlinjer för framtagande av standardiserade vårdförlopp inom cancersjukvården*, rapport 2020-03-25, Regionala cancercentrum i samverkan, 2020.

Regionala cancercentrum i samverkan, *Kortare väntetider i cancervården – status för inklusions- och ledtidsmål i SVF. En analys av SVF-data ur SKR:s väntetidsdatabas 2017–2019*, Version 1.1, Regionala cancercentrum i samverkan, 2021.

Regionala cancercentrum i samverkan, *Kortare väntetider i cancervården – status för inklusions- och ledtidsmål i SVF. En analys av SVF-data ur SKR:s väntetidsdatabas 2020–2021*, Version 1, Regionala cancercentrum i samverkan, 2022.

Regionala cancercentrum i samverkan, *Nordisk strålbehandling. En benchmarkingstudie*, Version 1, Regionala cancercentrum i samverkan, 2022.

Regionala cancercentrum i samverkan, *Nationell genomlysning av urologin. Nuläge och åtgärder för förbättrad tillgänglighet och kvalitet*, rapport 2023-02-13, Regionala cancercentrum i samverkan, 2023.

Regionala cancercentrum i samverkan, *Kortare väntetider i cancervården – status för inklusions- och ledtidsmål i SVF. En analys av SVF-data ur SKR:s väntetidsdatabas 2021–2022*, Version 1.0, Regionala cancercentrum i samverkan, 2023.

Regionala cancercentrum i samverkan, *Styrdokument. Riktlinjer för arbetet med att ta fram nationella vårdprogram inom cancersjukvården*, Version 5, 2022.

Riksrevisionen, *Statens styrning genom riktade statsbidrag inom hälso- och sjukvården*, rapport RiR 2016:2, Riksrevisionen, 2016.

Riksrevisionen, *Äldresatsningen – effektiviteten i statens satsning på kvalitetsregister i äldreomsorgen*, rapport RIR 2020:1, Riksrevisionen, 2020.

Riksrevisionen, *Lex Maria och lex Sarah och omsorg av äldre*, rapport RiR 2023:4, Riksrevisionen, 2023.

Riksrevisionen, *Riksrevisionens summering av utbetalningar inom ramen för överenskommelser om kömiljarder mellan regeringen och SKR 2009–2014*.

Riksrevisionen, *Riksrevisionens summering av utbetalningar inom ramen för överenskommelser som rör SVF mellan regeringen och SKR 2015–2023*.

Riksrevisionen, *Riksrevisionens sammanställning av regionernas redovisningar till Socialstyrelsen av arbetet med standardiserade vårdförlopp enligt överenskommelsen Jämlik och effektiv cancervård med kortare väntetider 2022*.

Socialdepartementet, *Kriterier som ska utmärka ett regionalt cancercentrum (RCC)*, PM 2011-01, 2011.

Socialstyrelsen, *Uppföljning av den nationella vårdgarantin och "kömiljarden". Årsrapport 2010*, rapport 2010-3-13, Socialstyrelsen, 2010.

Socialstyrelsen, *Uppföljning av den nationella vårdgarantin och "kömiljarden". Årsrapport 2011*, rapport 2011-3-46, Socialstyrelsen, 2011.

Socialstyrelsen, *Ekonomiska analyser. Bilaga lägesrapport 2012*, rapport 2012-2-2, Socialstyrelsen, 2012.

Socialstyrelsen, *Vårdgaranti och kömiljard – uppföljning 2009–2011*, rapport 2012-5-16, Socialstyrelsen, 2012.

Socialstyrelsen, *Vårdgaranti och kömiljard – uppföljning 2012*, rapport 2013-5-30, Socialstyrelsen, 2013.

Socialstyrelsen, *Vårdgaranti och kömiljard. Uppföljning 2013*, rapport 2014-5-5, Socialstyrelsen, 2014.

Socialstyrelsen, *Standardiserade vårdförlopp i cancervården. Lägesrapport 2015*, rapport 2015-11-6, Socialstyrelsen, 2015.

Socialstyrelsen, *Väntetider i cancervården*, rapport 2015-12-2, Socialstyrelsen, 2015.

Socialstyrelsen, *Uppbyggnaden av regionala cancercentrum*, rapport 2016-11-3, Socialstyrelsen, 2016.

Socialstyrelsen, *Standardiserade vårdförlopp i cancervården. Lägesrapport 2017*, rapport 2017-11-14, Socialstyrelsen, 2017.

Socialstyrelsen, *Patientströmmar över landstingsgränsen*, rapport 2018-2-12, Socialstyrelsen, 2018.

Socialstyrelsen, *Standardiserade vårdförlopp i cancervården. Lägesrapport 2018*, rapport 2018-11-10, Socialstyrelsen, 2018.

Socialstyrelsen, *Tillgänglighet i hälso- och sjukvården*, rapport 2018-2-16, Socialstyrelsen, 2018.

Socialstyrelsen, *Om lärande, prioriteringar och ekonomiska aspekter. Effekter av satsningen på standardiserade vårdförlopp i cancervården. Slutrapport del 2*, 2019, rapport 2019-4-1, Socialstyrelsen, 2019.

Socialstyrelsen, *Väntetider, patientperspektiv och strävan mot en jämlik cancervård. Effekter av satsningen på standardiserade vårdförlopp i cancervården. Slutrapport del 1*, 2019, rapport 2019-4-7, Socialstyrelsen, 2019.

Socialstyrelsen, *Uppföljning och analys av överenskommelsen om ökad tillgänglighet 2020. Delrapport december 2020*, rapport 2020-12-70, Socialstyrelsen, 2020.

Socialstyrelsen, *Uppföljning och analys av överenskommelsen om ökad tillgänglighet 2020. Regionernas inrapportering av primärvårdsdata till den nationella väntetidsdatabasen. Delrapport december 2020*, rapport 2020-12-70, Socialstyrelsen, 2020.

Socialstyrelsen, *Uppdämda vårdbehov. Analys och förslag till insatser – slutredovisning*, rapport 2022-3-780, Socialstyrelsen, 2021.

Socialstyrelsen, *Uppföljning och analys av överenskommelsen om ökad tillgänglighet 2020. Delrapport juni 2021*, rapport 2021-6-743, Socialstyrelsen, 2021.

Socialstyrelsen, *Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso-*

och sjukvård samt tandvård, rapport 2023-2-835, Socialstyrelsen, 2022.

Socialstyrelsen, *Kartläggning av datamängder av nationellt intresse på hälsodataområdet – slutrapport*, rapport 2022-10-81, Socialstyrelsen, 2022.

Socialstyrelsen, *Nationella riktlinjer för vård vid multipel skleros och Parkinsons sjukdom. Prioriteringsstöd till beslutsfattare och chefer 2022*, rapport 2022-11-82, Socialstyrelsen, 2022.

Socialstyrelsen, *Nationellt och regionalt arbete med standardiserade vårdförlopp 2022. Uppföljning av regionernas arbete med standardiserade vårdförlopp enligt överenskommelsen mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner om jämlik och effektiv cancervård med kortare*, dnr 5.7-18170/2022, Socialstyrelsen, 2022.

Socialstyrelsen, *Regeringsuppdrag om att utveckla förutsättningar för insamling av väntetidsdata. Slutrapport, november 2022*, rapport 2022-12-82, Socialstyrelsen, 2022.

Socialstyrelsen, *Regeringsuppdrag om att utveckla förutsättningar för insamling av väntetidsdata Delrapport, mars 2022*, rapport 2022-3-779, Socialstyrelsen, 2022.

Socialstyrelsen, *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och tandvård. Lägesrapport 2023*, rapport 2023-3-8446, Socialstyrelsen, 2023.

Statens haverikommission, *Slutrapport SHK 2023:02. Tillbud till allvarlig olycka – fördröjning av vård vid en oklar förändring i bukspottkörteln för vilken behandling inleddes den 23 mars 2021*, rapport 2023:02, Statens haverikommission, 2023.

Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), *Fakta om väntetider i vården*, 2022.

Riksdagstryck, regeringsbeslut och utredningar

Dir. 2020:81, *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården*.

Dir. 2023:48. *Bättre förutsättningar för uppföljning av hälso- och sjukvården*.

Regeringsbeslut S2011/5472/FST, S2013/6770/FST, S2013/9047/SAM, *Regleringsbrev för budgetåret 2014 avseende Socialstyrelsen*.

Regeringsbeslut S2015/07980/FS, *Regleringsbrev för budgetåret 2015 avseende Socialstyrelsen*.

Regeringsbeslut S2017/07302/RS, *Regleringsbrev för budgetåret 2018 avseende Socialstyrelsen*.

Regeringsbeslut S2022/01373, *Uppdrag att stödja och stärka regionernas produktions- och kapacitetsplanering samt lämna förslag på målvärden för antalet vårdplatser*.

Regeringsbeslut S2022/01664, *Uppdrag att strategiskt, långsiktigt och kontinuerligt följa upp och föra dialog om hälso- och sjukvårdens tillgänglighet*.

Regeringsbeslut S2022/01372, *Uppdrag att genomföra en förstudie om hur ett nationellt vårdsöksystem kan utvecklas, organiseras och förvaltas*.

SOU 2009:11, *En nationell cancerstrategi för framtiden*.

SOU 2022:22, *Vägen till ökad tillgänglighet – delaktighet, tidiga insatser och inom lagens ram.*

SOU 2021:59, *Vägen till ökad tillgänglighet – långsiktig, strategisk och i samverkan.*

Prop. 2019/20:1, *Budgetpropositionen för 2020.*

Prop. 2020/21:1, *Budgetpropositionen för 2021.*

Prop. 2009/10:67, *Stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontakt och förnyad medicinsk bedömning.*

Prop. 2012/13:20, *Inspektionen för vård och omsorg – en ny tillsynsmyndighet för hälso- och sjukvård och socialtjänst.*

Prop. 2017/18:83, *Styrande principer inom hälso- och sjukvården och en förstärkt vårdgaranti.*

Prop. 1981/82:97, *om hälso- och sjukvårdslag, m.m.*

Prop. 1996/97:60, *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården.*

Webbsidor

Folkhälsomyndigheten, "Prostatacancer, död",
<https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/tolkad-rapportering/folkhalsans-utveckling/resultat/halsa/prostatacancer-dodlighet/>,
hämtad 2022-11-29.

Regionala cancercentrum i samverkan, "Våra uppdrag",
<https://cancercentrum.se/samverkan/vara-uppdrag/>, hämtad 2022-11-23.

Regionala cancercentrum i samverkan, "Om Regionala cancercentrum i samverkan", <https://cancercentrum.se/samverkan/om-oss/>, hämtad 2022-11-23.

Regionala cancercentrum i samverkan, "Om nationella vårdprogram",
<https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/om-kunskapsbanken/om-varldprogram/>, hämtad 2022-11-24 .

Regionala cancercentrum i samverkan, "Vårdprocesser inom cancervården",
<https://cancercentrum.se/samverkan/vara-uppdrag/varldprocesser/>, hämtad 2022-11-29.

Regionala cancercentrum i samverkan, "Väntetider i standardiserade vårdförlopp (SVF)", <https://cancercentrum.se/samverkan/vara-uppdrag/statistik/svf-statistik/vantetider-i-svf/>, hämtad 2022-11-29.

Regionala cancercentrum i samverkan, "Antal patienter i standardiserade vårdförlopp (SVF)", <https://cancercentrum.se/samverkan/vara-uppdrag/statistik/svf-statistik/antal-patienter-i-svf/>, hämtad 2023-01-16.

Regionala cancercentrum i samverkan, "Standardiserade vårdförlopp (SVF)",
<https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/varldforlopp/>, hämtad 2023-01-16 och 2022-11-23.

Regionala cancercentrum i samverkan, "Så tas ett standardiserat vårdförlopp fram", <https://cancercentrum.se/samverkan/vara-uppdrag/kunskapsstyrning/vardforlopp/andringar/sa-tas-ett-vardforlopp-fram/> hämtad 2023-02-02 och 2023-03-27.

Regionala cancercentrum i samverkan, "Cancervården prioriterad under pandemin", <https://cancercentrum.se/samverkan/om-oss/nyheter/2021/mars/cancervarden-prioriterad-under-pandemin/>, hämtad 2023-03-21.

Regionala cancercentrum i samverkan, "Standardiserat vårdförlopp för cancer i urinblåsan och övre urinvägarna", <https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/diagnoser/urinblase-och-urinvagscancer/vardforlopp/>, hämtad 2022-11-29.

Regionala cancercentrum i samverkan, "Standardiserat vårdförlopp prostatacancer", <https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/diagnoser/prostatacancer/vardforlopp/>, hämtad 2023-04-28.

Regionala cancercentrum i samverkan, "Patienternas upplevelser av standardiserade vårdförlopp (SVF)", <https://cancercentrum.se/samverkan/vara-uppdrag/statistik/svf-statistik/patienternas-upplevelser/>, hämtad 2023-05-09.

Svenskt perioperativt register (SPOR), "Publika rapporter. Väntetider", <https://spor.se/spor/registerrapporter/>, hämtad 2023-04-17.

Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), "Ordlista A till Ö", <https://skr.se/vantetiderivarden/omvantetider/ordlistaatillo.43531.html>, hämtad 2023-03-14.

Regionala cancercentrum i samverkan, "Tjock- och ändtarmscancer samt analcancer", <https://cancercentrum.se/samverkan/cancerdiagnoser/tjocktarm-andtarm-och-anal/>, hämtad 2023-04-28.

Överenskommelser

Regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting, *Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om en nationell satsning för en fungerande vårdgaranti* 2009, 2008.

Regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting, *Överenskommelse mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting om fortsatta insatser för att förbättra patienters tillgänglighet till hälso- och sjukvård* 2010, 2009.

Regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting, *2011 års överenskommelse mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting om fortsatta insatser för att förbättra patienters tillgänglighet till hälso- och sjukvård*, 2010.

Regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting, *2012 års överenskommelse mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting om fortsatta insatser för att förbättra patienters tillgänglighet till hälso- och sjukvård*, 2011.

Regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting, *Fortsatta insatser för att förbättra patienters tillgänglighet till hälso- och sjukvård ("kömiljarden")* 2013. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting, 2012.

Regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting, *Fortsatta insatser för att förbättra patienters tillgänglighet till hälso- och sjukvård ("kömiljarden")* 2014, 2013.

Regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting, *Kortare väntetider i cancervården. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting*, 2015.

Regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting, *Kortare väntetider i cancervården 2019. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting*, 2019.

Regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting, *En ny, uppdaterad kömiljard 2019. Överenskommelse mellan staten och Sveriges kommuner och landsting*, 2019.

Regeringen och Sveriges Kommuner och Regioner, *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2020. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner*, 2019.

Regeringen och Sveriges Kommuner och Regioner, *Jämlik och effektiv cancervård med kortare väntetider 2022. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner*, 2021.

Regeringen och Sveriges Kommuner och Regioner, *Överenskommelse om sammanhållen, jämlik och säker vård 2021. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner*, 2021.

Regeringen och Sveriges Kommuner och Regioner, *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2022. Tilläggsöverenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner*, 2022.

Bilaga 1. Intervjuer och skriftliga svar

Intervjuer som rör vårdgarantin och kömiljarden

- Intervju med företrädare för SKR, 2021-08-31.
- Intervju med f.d. företrädare för SKR, 2021-09-29.
- Intervju med företrädare för SKR, 2021-11-11.
- Intervju med företrädare för IVO, 2021-11-25 och 2021-12-02.
- Intervju med företrädare för IVO, 2021-12-02.
- Intervju med företrädare för Socialstyrelsen, 2021-12-07.
- Intervju med två företrädare för SKR 2022-02-09.
- Intervju med företrädare för Socialdepartementet, 2022-03-09.
- Intervju med företrädare för SKR 2022-03-31.
- Intervju med företrädare för SKR, 2022-04-12.
- Intervju med f.d. företrädare för SKR, 2022-05-03.
- Intervju med väntetidssamordnare, Region Jönköping, 2022-05-05.
- Intervju med väntetidssamordnare, Region Uppsala, 2022-05-11 och 2022-08-17.
- Intervju med företrädare för SKR:s nätverk för väntetidssamordnare, 2022-05-11.
- Intervju med väntetidssamordnare, Region Jönköping, 2022-05-12.
- Intervju med företrädare för specialistvården, Region Jönköping, 2022-05-13 och 2022-05-16.
- Intervju med företrädare för specialistvården, Region Jönköping, 2022-05-16.
- Intervju med väntetidssamordnare, Region Halland, 2022-05-18.
- Intervju med två företrädare för primärvården, Region Jönköping, 2022-05-30.
- Intervju med företrädare för specialistvården, Region Jönköping, 2022-06-01.
- Intervju med företrädare för specialistvården, Region Jönköping, 2022-06-03.
- Intervju med företrädare för Kulturum (Region Jönköpings organisation för verksamhetsutveckling), 2022-06-07.
- Intervju med företrädare för Socialdepartementet, 2022-06-08.
- Intervju med företrädare för specialistvården, Region Jönköping, 2022-06-14.
- Intervju med företrädare för specialistvården, Region Jönköping, 2022-06-14.
- Intervju med företrädare för vårdadministrativ service, Region Uppsala, 2022-08-16.
- Intervju med väntetidssamordnare, Region Uppsala, 2022-08-17.
- Intervju med två företrädare för primärvården, Region Jönköping, 2022-08-18.
- Intervju med två företrädare för primärvården, Region Jönköping, 2022-08-23.

- Intervju med företrädare för primärvården, Region Uppsala, 2022-08-23.
- Intervju med företrädare för specialistvården, Region Uppsala, 2022-08-30.
- Intervju med företrädare för vårdsystemstöd, Region Uppsala, 2022-08-31.
- Intervju med företrädare för specialistvården, Region Uppsala, 2022-09-09.
- Intervju med företrädare för vårdgarantienheten, Region Uppsala, 2022-09-12.
- Intervju med företrädare för specialistvården, Region Uppsala, 2022-09-13.
- Intervju med företrädare för sjukhusledning, Region Uppsala, 2022-09-27.
- Intervju med företrädare för primärvården, Region Uppsala, 2022-09-28.
- Intervju med f.d. företrädare för Socialstyrelsen, 2022-10-28.

Intervjuer som rör SVF

- Intervju med företrädare för SKR, 2022-04-06.
- Intervju med företrädare för Nationellt kvalitetsregister för bröstcancer, 2022-04-08.
- Intervju med företrädare för SKR, 2022-04-12.
- Intervju med företrädare för Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Region Stockholm, 2022-05-18.
- Intervju med företrädare för RCC Stockholm Gotland, 2022-05-19.
- Intervju med företrädare för RCC Sydöst, 2022-05-30 och 2022-06-09.
- Intervju med företrädare för RCC Stockholm Gotland, 2022-06-02.
- Intervju med företrädare för Region Stockholm, 2022-06-21.
- Intervju med företrädare för RCC Stockholm Gotland, 2022-06-30.
- Intervju med företrädare för CaPrim, RCC Stockholm Gotland, 2022-07-04.
- Intervju med företrädare för RCC Sydöst, 2022-08-16.
- Intervju med företrädare för RCC Sydöst, 2022-08-22.
- Intervju med företrädare för onkologisk vård, Region Stockholm, 2022-08-24.
- Intervju med företrädare för kirurgisk vård, Region Stockholm, 2022-08-30.
- Intervju med företrädare för urologisk vård, Region Östergötland, 2022-09-06.
- Intervju med företrädare för utredande vård, Region Östergötland, 2022-09-07.
- Intervju med företrädare för RCC Sydöst, 2022-09-08.
- Intervju med företrädare för radiologi, Region Stockholm, 2022-09-12.
- Intervju med företrädare för onkologisk vård, Region Stockholm, 2022-09-14.
- Intervju med företrädare för RCC Sydöst, 2022-09-14.
- Intervju med företrädare för tjock- och ändtarmscancervård, Region Stockholm, 2022-09-15.

- Intervju med företrädare för RCC Stockholm Gotland, 2022-09-15.
- Intervju med företrädare för ekonomiförvaltningen, Region Stockholm, 2022-09-20.
- Intervju med företrädare för urologisk vård, Region Stockholm, 2022-09-20.
- Intervju med företrädare för lungcancervård, Region Stockholm, 2022-09-22.
- Intervju med företrädare för ekonomiförvaltningen, Region Östergötland, 2022-09-23.
- Intervju med företrädare för bröstcancervård, Region Östergötland, 2022-09-30.
- Intervju med företrädare för tjock- och ändtarmscancervård, Region Östergötland, 2022-10-12.
- Intervju med företrädare för primärvården, Region Östergötland, 2022-10-13.
- Intervju med företrädare för patologi, Region Östergötland, 2022-10-24.
- Intervju med företrädare för lungcancervård, Region Östergötland, 2022-10-26.
- Intervju med företrädare för radiologi, Region Östergötland, 2022-10-28.
- Intervju med företrädare för RCC Stockholm Gotland, 2022-11-09.
- Intervju med företrädare för radiologi, Region Stockholm, 2022-11-14.
- Intervju med företrädare för patologi, Region Stockholm, 2022-12-20.
- Intervju med företrädare för SKR, 2023-04-04.

Övriga intervjuer

- Intervju med företrädare för Svensk förening för allmänmedicin, 2022-04-29.
- Intervju med företrädare för Svenska läkaresällskapet, 2022-05-31.
- Intervju med företrädare för Fysioterapeuterna, 2022-06-03.

Skriftliga svar

- E-post från företrädare för SKR, 2022-12-13.
- E-post från väntetidssamordnare, Region Halland, 2023-01-24.
- E-post från IVO, 2023-03-22.
- E-post från företrädare för Nationellt kvalitetsregister för bröstcancer, 2023-03-30.
- E-post och analysunderlag från företrädare för Nationella prostatacancerregistret, 2023-04-27.
- E-post från Socialdepartementet, 2023-05-08.
- E-post från IVO, 2023-05-08.

Bilaga 2. Kömiljardens prestationskrav

Tabell 1 Kömiljardens prestationskrav för respektive år

År	Fördelningskriterier
2009–2010	80 % av patienterna har väntat i högst 90 dagar på besök eller behandling (900 miljoner kr) 90 % av patienterna har väntat i högst 90 dagar på besök eller behandling (100 miljoner kr)
2011–2012	70 % av patienterna har väntat i högst 60 dagar på besök (400 miljoner kr) 70 % av patienterna har väntat i högst 60 dagar på behandling (400 miljoner kr) 80 % av patienterna har väntat i högst 60 dagar på besök (100 miljoner kr) 80 % av patienterna har väntat i högst 60 dagar på behandling (100 miljoner kr)
2013	70 % av patienterna har väntat i högst 60 dagar på besök eller behandling (grundläggande krav) 70 % av patienterna har genomfört besök inom 60 dagar (347 miljoner kr) 70 % av patienterna har genomgått behandling inom 60 dagar (347 miljoner kr) 80 % av patienterna har genomfört besök inom 60 dagar (147 miljoner kr) 80 % av patienterna har genomgått behandling inom 60 dagar (147 miljoner kr)
2014	70 % av patienterna har väntat i högst 60 dagar på besök eller behandling (grundläggande krav) 70 % av patienterna har genomfört besök inom 60 dagar (342 miljoner kr) 70 % av patienterna har genomgått behandling inom 60 dagar (342 miljoner kr) 80 % av patienterna har genomfört besök inom 60 dagar (145 miljoner kr) 80 % av patienterna har genomgått behandling inom 60 dagar (145 miljoner kr)

Kommentar: Prestationskraven summerar till cirka 6 miljarder kronor, vilket motsvarar mängden utbetalade medel enligt Riksrevisionens summering av utbetalningar inom ramen för överenskommelser om kömiljarder mellan regeringen och SKR 2009–2014.

Källa: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, Låt den rätte komma in – Hur har tillgängligheten påverkats av apoteksomregleringen, vårdvalet samt vårdgarantin och Kömiljarden?, 2014, s. 174.

