

NYTTJANDET AV TILLGÄNGLIGHETS- MEDEL I LANDSTINGET DALARNA

**Rapport på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i landstinget
Dalarna**

**2004-10-12
Helseplan Sverige AB**

**Konsulter
Frank Pfeiler
Anna Roland**

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

0.	Sammanfattning och förslag.....	3
1.	Inledning.....	5
2.	Tillgänglighetsöverenskommelsen.....	5
3.	Hanteringen i landstinget Dalarna.....	6
3.1	Tillgängligt belopp.....	6
3.1.1	Diskussion, tillgängligt belopp.....	6
3.2	Fördelningsprinciper.....	6
3.2.1	Diskussion, fördelningsprinciper.....	7
3.3	Medlens användning.....	7
3.3.1	Diskussion, medlens fördelning.....	8
3.4	Effekter.....	9
3.4.1	Diskussion, effekter.....	10

RAPPORT ÖVER GRANSKNING AV NYTTJANDET AV TILLGÄNGLIGHETSMEDEL I LANDSTINGET DALARNA

0. Sammanfattning och förslag

Helseplan Sverige AB har genomfört rubricerad granskning på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i landstinget Dalarna. Speciellt intressanta frågeställningar var följande:

- Hur stor del av satsningen har medfört, eller kommer troligen att medföra, bestående effekter i form av kortare köer?
- Har det förekommit någon systematisk analys vid fördelningen av medlen och vad har denna i så fall grundats på?
- Har kömedlen medverkat till att ”trånga sektorer” i patientflödet kunnat minskas?

Landstinget erhöll 112,5 mkr att fördela över åren 2002-2004. Endast 90 mkr blev fördelade via speciella satsningar. Landstingets motivering till detta är att man i budgeten bibehållit budgeterat utrymme (ca 60 mkr) för kompetensutveckling av befintlig personal, en post som enligt uppgift annars hade utgått ur budgeten. Enligt vår mening kan diskuteras om inte intentionen från staten var att hela det tilldelade beloppet skulle användas för att öka landstingets resurser i syfte att reducera köer.

Vad var principerna för fördelningen av medel mellan olika satsningar? Enligt vår mening skulle det varit värdefullt med en mera systematisk genomgång där olika alternativa sätt att använda medlen diskuterats på ett öppet sätt innan fördelningen beslutades.

Staten betonade att kömedelssatsningarna hade som mål att skapa en varaktigt förbättrad tillgänglighet. Enligt vår mening torde varaktighetskriteriet ha diskuterats i större utsträckning som en parameter vid fördelning av medel.

Det kan i vissa fall diskuteras huruvida kopplingen mellan satsningar på ökad tillgänglighet och minskning av köerna alltid är tydlig. Exempel på detta är en generell löneförhöjning på 5,9 mkr inom OP/AN/IVA, frågan är om detta har någon direkt koppling till kortare köer samt om lönebildningsfrågor inte tillhör landstingets ordinarie drift.

De långsiktiga effekterna på landstingets ekonomi har enligt vad vi erfarit inte diskuterats som en parameter i beslutsprocessen, vissa av satsningarna har te x medfört kostnader för personalförstärkningar som är bestående.

Effekterna av extrasatsningarna på väntetiderna framstår som otydliga under åren 2001 – 2004. Det avtal beträffande tillgänglighet som slöts mellan landstingsdirektören och hälso- och sjukvårdsdirektören kommer sannolikt ej att uppnås vid utgången av år 2004.

Förslag

Våra förslag inför fortsatta tillgänglighetssatsningar är följande.

- Skapa tydliga och transparenta principer för hur prioritering mellan olika angelägna tillgänglighetsåtgärder ska gå till.
- Satsa i huvudsak på insatser som ger varaktig effekt. I detta kan också inkluderas utvecklande av personal och organisation, såsom t ex vårdprocesser inom och mellan olika specialiteter.
- Säkerställ att avgränsade åtgärder i tid inte långsiktigt blir en varaktig kostnad för landstinget.

1. INLEDNING

Genom den sk tillgänglighetsöverenskommelsen mellan Landstingsförbundet och staten tillfördes landstingen extra pengar för att kunna öka tillgängligheten inom hälso- och sjukvården. Överenskommelsen innebar att landstingen tillfördes 1,25 miljarder kronor extra under åren 2002 – 2004.

Landstingets revisorer i Dalarna har givit Helseplan i uppdrag att granska hur landstinget använt de speciella kökortningsmedlen, i fortsättningen kallade kömedlen, ur tillgänglighetsöverenskommelsen. Speciellt intressanta frågeställningar är följande:

- Hur stor del av satsningen har medfört, eller kommer troligen att medföra, bestående effekter i form av kortare köer?
- Har det förekommit någon systematisk analys vid fördelningen av medlen och vad har denna i så fall grundats på?
- Har kömedlen medverkat till att ”trånga sektorer” i patientflödet kunnat minskas?

Metoden i granskningen har varit att penetrera tillgänglig dokumentation, från överenskommelsen mellan staten och Landstingsförbundet till lokal dokumentation i landstinget Dalarna. Vidare har intervjuer genomförts med bl a klinikchefer, kökortningskansliet samt befattningshavare på central nivå i hälso- och sjukvården.

2. TILLGÄNGLIGHETSÖVERENSKOMMELSEN

I hälso- och sjukvårdslagens definition av god vård ingår att vården ska vara lättillgänglig. Vad som är lättillgängligt anges dock inte. I lagens förarbeten står att patienterna ska ges vård inom ”rimlig tid”.

Under 1990 talet började problemen med vårdens tillgänglighet att bli tydliga. Från statsmakterna har olika initiativ kommit för att förbättra vårdens tillgänglighet.

- *Den nationella handlingsplanen* (prop.1999/2000), innebar extra medel till landstingens och kommunernas primärvård, bl a för att effektivisera vårdkedjorna och öka tillgängligheten.
- *Prioriteringsutredningen* (SOU 2001:8), definierade tydligare de olika prioriteringsgrupperna.

I flera statliga utredningar diskuteras att även om man genom olika förturer kan hantera de strikt medicinska riskerna måste även de inte så högt prioriterade patienterna ha en godtagbar tillgänglighet. Man betonar att detta bl a är nödvändigt för att vården ska kunna bevara sin trovärdighet.

Tillgänglighetsöverenskommelsen bygger på följande två huvudområden;

- att målet är att skapa varaktigt förbättrad tillgänglighet,
- att landstingen vidare får ett åtagande att förbättra uppföljning av tillgängligheten samt information till patienter både om väntetider samt valmöjligheter.

Målet att varaktigt förbättra tillgängligheten byggde bl a på erfarenheterna från 1992 års vårdgaranti. I uppföljningen av denna (1997) var den samfälliga bedömningen att vårdgarantin visserligen kortade väntetiderna, men att effekterna blev kortvariga.

För att landstingen skulle få kömedel krävdes att det upprättades en analys av utgångsläget samt en åtgärdsplan för hela perioden. Vidare skulle det ske årliga rapporter till staten från landstingen.

3. HANTERINGEN I LANDSTINGET DALARNA

Nedan redovisas kort för våra studier och analyser av hur landstinget Dalarna har hanterat erhållna tillgänglighetsmedel från staten. Redovisningen fokuserar på ur vår synpunkt väsentliga delar.

3.1 Tillgängligt belopp

Från staten fick Landstinget Dalarna 112,5 mkr av kömedel att fördela över åren 2002- 2004.

De medel för kösatsningar som fördelades uppgick till 90 mkr. Detta innebar att 22,5 mkr av de speciellt erhållna kömedlen ej fördelades. Landstingets motivering till detta är att man i budgeten bibehållit budgeterat utrymme (ca 60 mkr) för kompetensutveckling av befintlig personal, en post som enligt uppgift annars hade utgått ur budgeten.

3.1.1 Diskussion, tillgängligt belopp

Enligt vår mening kan diskuteras om inte intentionen från staten var att hela det tilldelade beloppet skulle användas för att öka landstingets resurser i syfte att reducera köer. Att låta tidigare beslutade satsningar fortsätta helt eller delvis via det specialdestinerade bidraget innebär att landstingets samfälliga resurser för ändamålet ej ökar med hela det tilldelade beloppet.

3.2 Fördelningsprinciper

För fördelning av de erhållna 90 mkr skapades en speciell projektgrupp med representanter från såväl hälso- och sjukvården som centralförvaltningen. Denna grupp gav förslag om medlens fördelning, besluten fattades dock av hälso- och sjukvårdens ledningsgrupp.

Användning av medel initierades dels genom att verksamhetscheferna föreslog olika typer av projekt dels genom förslag av projektgruppen själv.

3.2.1 Diskussion, fördelningsprinciper

Tilldelade medel har tveklöst använts inom angelägna områden. I avsaknad av någon tydligt dokumenterad genomgång av var ytterligare medel skulle ge störst nyttoeffekt kan inte avgöras om medlen sattes in där de gör mest nytta. Enligt vår mening skulle det varit värdefullt med en systematisk genomgång där olika alternativa sätt att använda medlen diskuterats på ett öppet sätt. Genomgången kunde t ex grundats på parametrar såsom prioriteringsgrader, varaktighet, effekter på övriga resurser och andra adekvata mått. Det är mycket möjligt att det i realiteten förekommit denna typ av diskussioner men det är i så fall inte möjligt för oss att bedöma eftersom detta inte dokumenterats.

3.3 Medlens användning

Av tabell 1 nedan framgår hur mycket som styrdes till respektive område av de totalt 90 mkr som stod till förfogande.

<u>Tabell 1: Fördelningen av tillgänglighetsmedel (mkr).</u>			
Drift			
Område	Totalt	Egen verksamhet	Köpt vård
Ortopedi Falun	17,0	9,6	7,4
Öron Falun o Mora	2,4	2,4	-
Ögon, Falun o Mora	3,6	0,6	3,0
Kirurgi Falun	5,7	-	5,7
Kir/Op/IVA/ Falun	11,0	11,0	-
Dialys	5,1	5,1	-
Skönvik	2,0	2,0	-
BUP	3,0	3,0	-
Lönehöjning OP/AN/IVA	5,9	5,9	-
Operationsplaneringsprogram	2,0	2,0	-
Sömnlaboratorium Avesta	2,6	2,6	-
Kardiologi	2,5	2,5	-
Diverse	1,5	1,5	-
Ofördelat	2,3	2,3	-
Totalt, drift	66,6	50,5	16,1
Investeringar			
Ögon	5,4		
Ombyggnad, centraloperation Falun	16,0		
Investeringar i lapraskopiska instrumentet	2,0		
Totalt, investeringar	23,4		

Av tabellen framgår att det tom granskningstillfället anslagits 66,6 mkr till drift och 23,4 mkr för investeringar. Detta innebär att investeringsramen dragits ned i jämförelse med tidigare beslut.

Av tabell 1 framgår vidare att de fördelade 90 mkr hade använts enligt följande:

Satsningar i egen drift	56 %
Köpt vård	18 %
Investeringar	26 %

Det som enligt uppgift särredovisas i bokföringen är den köpta vården samt investeringarna. Det har därför ej varit möjligt att i efterhand verifiera hur medlen som satsats i egen drift använts.

3.3.1 Diskussion, medlens användning

Staten betonade att kömedelssatsningarna hade som mål att skapa en varaktigt förbättrad tillgänglighet. Vid analys av genomförda satsningar framgår att en relativt stor del av medlen använts för satsningar i egen drift (56 %) samt för att köpa vård (18 %). Många av dessa satsningar har inneburit en varaktigt förbättrad tillgänglighet, t ex om man opererar bort en befintlig kö och sedan inom befintlig organisation kan hålla en balans mellan antalet man opererar och antalet som tillkommer i kön. Enligt vad vi erfar är det emellertid inte alla satsningar där liknande lägen har uppnåtts, eller ens varit målet.

Enligt vår mening torde varaktighetskriteriet ha diskuterats i större utsträckning som en parameter, dvs det torde varit en aktiv diskussion om målet var att eftersträva kort- eller långsiktiga effekter. Med långsiktiga effekter menar vi förutom investeringar i programvaror, inventarier och byggnader även utbildnings- och utvecklingsinsatser såsom utvecklande av vårdprocesser och samverkan mellan olika specialiteter. Vi vill dock betona att flera satsningar säkerligen har erhållit långsiktiga effekter.

Det kan i vissa fall diskuteras huruvida kopplingen mellan satsningar på ökad tillgänglighet och minskning av köerna alltid är tydlig. Exempel på detta är t ex den generella löneförhöjning på 5,9 mkr inom OP/AN/IVA, frågan är om detta har någon direkt koppling till kortare köer samt om lönebildningsfrågor inte tillhör landstingets ordinarie drift.

De långsiktiga effekterna på landstingets ekonomi har enligt vad vi erfarit inte diskuterats som en parameter i beslutsprocessen, vissa av satsningarna har t ex medfört personalförstärkningar som är bestående.

Vi anser att de extra kostnaderna i den egna verksamheten, som möjliggjordes genom tillgänglighetsmedlen, borde ha särredovisats på var je klinik.

3.4 Effekter

Att mäta effekter i form av ökad tillgänglighet från enskilda satsningar inom hälso- och sjukvården under så kort tid som här är aktuellt är svårt. Detta dels eftersom andra faktorer inte varit oförändrade under samma tidsperiod dels att mera varaktiga satsningar, såsom ombyggnad av operationslokaler och implementering av operationsprogram, inte hinner få effekt så snabbt.

I avtal mellan landstingsdirektören och direktören för hälso- och sjukvården (2002-02-01) står som mål för tillgängligheten,; ” senast vid utgången av 2004 erbjuda tid för besök och behandlingar vid sjukhus inom tre månader”.

I tabell 2 redovisas tillgängligheten till ett första planerat läkarbesök åren 2001 – 2003.

Tabell 2: Tillgängligheten till ett första planerat läkarbesök, oavsett prioritet, på sjukhus i Dalarna.			
	31 dec 2001	31 dec 2002	31 dec 2003
Antal som väntar på 1:a läkarbesök	15 965	17 504	15 409
Antal respektive andel som väntat mer än 12 månader	3046 (19%)	3118 (18%)	2999 (19%)
Antal 1:a läkarbesök under året	45 543	45 402	49 695
Andel som fått 1:a läkarbesök inom 3 månader	65 %	64 %	63 %
Antal som fått 1:a besök inom 3 mån	29 670	29 101	31 240

I tabell 3 redovisas väntetiden i veckor till ett första planerat läkarbesök för patienter utan förtur per 30/4 år 2004.

Tabell 3: Väntetiden i veckor till ett första planerat läkarbesök för patienter utan förtur per 30/4 år 2004. Redovisas per lasarett för ett antal specialiteter.					
	Falun	Mora	Ludvika	Avesta	Borlänge
Allmän internmedicin	12	8	12	20	-
Allmän kirurgi	80	32	80	-	-
Kardiologi	12	8	12	20	-
Ortopedi	28	52	28	28	-
Urologi	80	32	80	-	-
Ögonsjukvård	34	40	US	30	20
Öron- näsa- halssjukvård	56	12	56	-	56

Av tabell 3 framgår dels att väntetiderna varierar mellan olika specialiteter och även mellan lasarett inom samma specialitet.

Väntetiderna till behandling varierar givetvis mellan olika typer av behandlingar. I tabell 4 redovisas andelen av patienter till ett urval av vanliga behandlingsinsatser som fått vård inom 3 månader.

	Falun	Mora
Primär ledprotes i höftled	25 %	17 %
Operation av gråstarr	43 %	-
Operation på gallblåsa vid gallsten	61 %	57 %

Av tabellen framgår att andelen patienter som ej får behandling inom 3 månader fortfarande är hög för valt urval av behandlingsinsatser.

Vid bedömning av behandlingsresurser bör även medräknas de insatser som sker enligt reglerna för valfrihets – samt vårdgarantivård. I tabell 5 framgår hur utvecklingen varit av köp av vård under åren 2001 – 2003 enligt reglerna om vårdgaranti samt valfrihetsvård.

	2001	2002	2003
Kirurgi	791	679	2 396
Ortopedi	1 104	4 039	10 231
Ögon	1 289	274	3 603
Övriga specialiteter	488	850	935
Summa alla specialiteter	5 673	7 844	17 165

Av tabellen framgår att dessa kostnader tredubblats under den aktuella perioden. Prognoserna för år 2004 indikerar en fortsatt ökning.

3.4.1 Diskussion , effekter

Mål i avtalet mellan landstingsdirektören och hälso- och sjukvårdsdirektören från år 2002 om tillgänglighet vid utgången av 2004 kommer sannolikt ej att uppnås. Eftersom kömedlen endast är en mindre del av samtliga resurser torde kunna diskuteras hur relevant tillgänglighetsmålet var.

Effekterna av resursförstärkningen på väntetider till behandling och undersökning är otydliga, enligt vad som framgår av ovanstående redovisning. Dessutom har väntetiderna till behandling också påverkats av den ökning av köp av vård enligt reglerna för valfrihets- och vårdgarantireglerna.

