



VÄSTRA  
GÖTALANDSREGIONEN

HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSSTYRELSENS KANSLI

Analys- o utvärderingsenheten Beställar- o utvecklingsavdelningen

---

# Det finns inte *ett* svar -

Rapport om planerad – oplanerad vård.

---

Mars 2002  
Marianne Förars  
Ingrid Nielsen  
Margaretha Eklund

---

## INNEHÅLLSFÖRTECKNING

---

1) Inledning	1
2) Uppdrag	1
3) Arbetssätt	1
4) Definitioner	3
5) Registrering	5
6) Statistik	8
7) Bilder och uppfattningar om utsagan	13
8) Vision, vilja och verklighet	15
9) Slutsatser och förslag	16
10) Fortsatt arbete	19
11) Referenser	20
Bilagor	

---

## INLEDNING

---

I Regionfullmäktiges budget för år 2001 har påtalats att akut verksamhet tränger undan planerad vård och att detta leder till längre köer och väntetider. Målet måste vara att skapa större utrymme för den planerade vården och på så sätt kunna reducera köer och korta väntetider. Förhållandet mellan akut/ej akut och planerad/oplanerad vård har även lyfts i beställningsarbetet. Mot bakgrund av signaler om behov av ökad kunskap inom området har en arbetsgrupp under år 2001 arbetat med en inventering och analys.

---

## UPPDRAG

---

På uppdrag av hälso- och sjukvårdsdirektör Johan Calltorp har en arbetsgrupp bestående av medarbetare från analys- och utvärderingsenheten, beställar- och utvecklingsavdelningen samt lokala hälso- och sjukvårdskanslier, samlat in och analyserat data relaterad till följande utsaga: ”Akut verksamhet tränger undan planerad vård” (Bilaga 1). Arbetet beskriver problematiken med registrering av data, presenterar definitioner av begrepp, samt bearbetning och tolkning av statistik. Analysen syftar således till att besvara följande frågor relaterade till problematiken/utsagan:

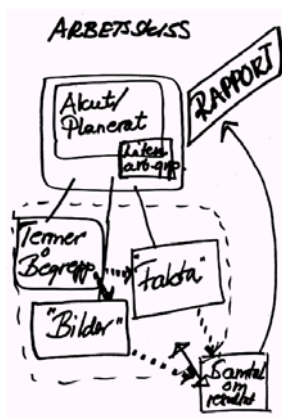
- **Statistik.** Finns statistik? Vilken kvalitet? Hur relevant är den?
- **Utsagan.** Stämmer utsagan för verksamheten och i så fall på vilka grunder?
- **Förändringar.** Vilka uppfattning finns om verksamhetsförändringar relaterade till utsagan.
- **Åtgärder.** Vilka åtgärder bör vidtas relaterade till utsagan?

---

## ARBETSSÄTT

---

Arbetet har letts av en liten kärna på tre personer som har knutit till sig olika kontaktpersoner i beställarorganisationen och på sjukhusen.



Inventering av problematiken startade med samtal med ett femtontal personer vilka alla arbetar med hälso- och sjukvårdsplanering eller ledning, verksamma som beställare eller utförare, såväl professionella som administratörer. Därefter involverades beställare på de lokala hälso- och

sjukvårdskanslierna samt togs kontakt med av sjukhusdirektör utvalda kontaktpersoner.

Datansamling och sammanställning genom enkät genomfördes sjukhusområdesvis. Återföring av resultat dokumenterades och redovisas i separat bilaga. Vid dessa samtal deltog förutom de som besvarat enkäten även beställare vilka ansvarar för beställningen för berört sjukhusområde. På så sätt kunde berörda parter under diskussion gemensamt fatta beslut om fortsatt hantering av frågor.

Arbetsgruppen har gjort en innehållsanalys av tidigare rapporter som berör utsagan (bilaga 3). Syftet har varit att dels samla in fakta, dels nå en ökad förståelse av sambanden mellan akut/ej akut och planerad/oplanerad vård. Gruppen har även analyserat olika uppfattningar, genom enkät (kan rekvireras från HSS-kansli) och i samtal med sjukhusföreträdare insamlat ytterligare material (bilaga 2).

Faktainsamling har gjorts avseende inregistrering, sammanställning, analys och avrapportering av data om akut, ej akut, planerad och oplanerad vård. Utgångspunkt har varit vad som är önskvärt att registrera, vad som är möjligt och vad som faktiskt registrerats.

### **Avgränsning mot andra arbetsgrupper/projekt.**

Återkoppling/avgränsning har skett till följande arbetsgrupper/enheter inom regionen:

- Avgränsning mot primärvård
- Arbetsgruppen för begrepp och termer
- Tillgänglighetsprojektet
- Väntetider i vården
- Personalstrategiska avdelningen/personaluppföljning
- EPV-kansliet

**Tre perspektiv.** Arbetsgruppen har i analysen av insamlat material utgått ifrån följande tre perspektiv:

#### *Patientperspektiv.*

- Vilka konsekvenser får det för patienten om ”akut verksamhet tränger undan planerad vård”?

#### *Professionellt perspektiv*

- Vilka konsekvenser får det för sjukvårdens professioner om ”akut verksamhet tränger undan planerad vård”? Till exempel när beslut skall fattas om vård och behandling? I prioriteringssituationer?
- Vilka effekter får det för de som arbetar inom vården om vision, vilja och verklighet inte går att förena?

#### *Lednings/Organisationsperspektiv*

- Finns det fakta som belyser sakförhållandena?
- Vilken kvalitet har data och registrering som utgör underlag för beslut i organisationen?
- Vilken beredskap finns i verksamhetsledning för att möta problematiken?

---

## DEFINITIONER

---

Källa: Jan Maesel, Begrepp och termer. Underlaget även använt som bilaga till enkät och i samtal med sjukhusen.

### GÄLLANDE DEFINITIONER - UTDRAG UR TERMFÖRTECKNINGEN -99:

Termer som används i den regiongemensamma vårddatabasen är nedan understrukna medan termer som efterfrågas från Socialstyrelsen och Landstingsförbundet för att ingå i den nationella hälso- och sjukvårdsstatistiken anges i *kursiv stil*.

#### 1. MEDICINSK BEDÖMNING: AKUT- EJ AKUT VÅRD

**Akut vårdtillfälle:** Vårdtillfälle när patientens tillstånd kräver omedelbart omhändertagande. Akut vårdtillfälle baseras på den medicinska bedömningen. Skilj från oplanerat vårdtillfälle.

**Ej akut vårdtillfälle:** Vårdtillfälle när patientens tillstånd inte kräver omedelbart omhändertagande. Ej akut vårdtillfälle baseras på den medicinska bedömningen. Skilj från planerat vårdtillfälle.

**Akut inskrivning:** Inskrivning när patientens tillstånd kräver omedelbart omhändertagande. Ej att förväxla med oplanerad inskrivning. Akut inskrivning har att göra med den medicinska bedömningen.

**Akut besök:** Besök där patientens tillstånd kräver omedelbar bedömning. Akut besök baseras på medicinsk bedömning. Skilj från oplanerat besök. Inga tidsmässiga preciseringar av besökets längd skall tillämpas. Akut besök skall ha dokumenterats i journal.

**Ej akut besök:** Besök där patientens tillstånd inte kräver omedelbar bedömning. Ej akut besök baseras på medicinsk bedömning. Skilj från planerat besök. Inga tidsmässiga preciseringar för besökets längd skall tillämpas. Ej akut besök skall ha dokumenterats i journal.

#### 2. ADMINISTRATIV BEDÖMNING: PLANERAD- OPLANERAD VÅRD

Planerat vårdtillfälle: Vårdtillfälle för vilket tid har avtalats. Planerat vårdtillfälle baseras på administrativ bedömning. Skilj från ej akut vårdtillfälle. Vårdtillfället räknas som planerat oberoende av när tid avtalats.

Oplanerat vårdtillfälle: Vårdtillfälle för vilket tid inte avtalats. Oplanerat vårdtillfälle baseras på administrativ bedömning. Skilj från akut vårdtillfälle.

Planerad inskrivning: Inskrivning för vilken tid avtalats.

Oplanerad inskrivning: Inskrivning för vilken tid inte avtalats. Oplanerad inskrivning rör administrativ handläggning av inskrivning.

Planerat besök: Besök för vilken tid har avtalats. Planerat besök baseras på administrativ bedömning. Skilj från ej akut besök. Ett besök räknas som planerat om tid har avtalats för besök oberoende av när tid avtalats. Inga tidsmässiga preciseringar av besökets längd skall tillämpas. Planerat besök skall ha dokumenterats i journal.

Oplanerat besök: Besök för vilken tid inte avtalats. Oplanerat besök baseras på administrativ bedömning. Skilj från akut besök. Inga tidsmässiga preciseringar av besökets längd skall tillämpas. Oplanerat besök skall ha dokumenterats i journal.

Arbetsgruppen för Begrepp och termer ger följande synpunkter och rekommendationer avseende registrering:

### **Skilj tydligt mellan medicinsk och administrativ bedömning**

För dem som registrerar är det viktigt att veta om det är den medicinska bedömningen, huruvida patientens tillstånd kräver omedelbart omhändertagande eller bedömning (*akut - ej akut*), eller den administrativa bedömningen, huruvida tid avtalats (*planerat - ej planerat*), som skall registreras. För närvarande blandas dessa båda begrepp, trots påpekanden i termförteckningen (se ovan, avsnitt 2) ofta ihop på ett olyckligt sätt. Frågan i regionens budget 2001: ”om akut verksamhet tränger undan planerad” är ett av många exempel på detta.

### **Varierande tillämpning och lokala regelverk**

Det är uppenbart att tillämpning och lokala regelverk vad gäller såväl *akut-/ej akut vård* som *planerad/ oplanerad vård* varierar inom regionen. En inventering bör göras av vad vårdgivarna lämnar för uppgifter. Hur registrerar t. ex. sjukhusen när en patient flyttar mellan olika sjukhus?

### **Behov av tydligare regler för registrering av planerad- oplanerad vård**

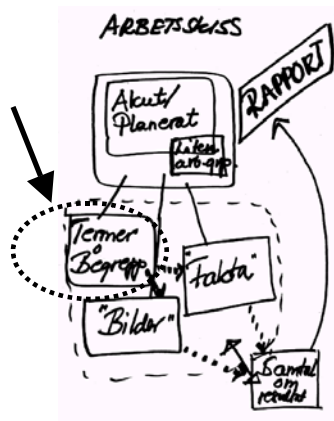
I Landstingsförbundets regelverksprojekt, där bl a Socialstyrelsen och Kommunförbundet och Spri deltog, fastställdes att inga tidsgränser skulle tillämpas för de nationellt beslutade termerna. Om man skall rapportera om vården varit planerad eller ej måste det finnas regler som gör att man rapporterar på samma sätt.

Arbetsgruppen för begrepp och termer föreslår att termerna för planerade och oplanerade vårdkontakter får en tidsmässig precisering med innebörden att planerade vårdkontakter avser sådana vårdkontakter som avtalats senast dagen före vårdkontakten och att övriga vårdkontakter följaktligen räknas som oplanerade. Förändringen bör förankras regionalt och herefter lyftas upp till Socialstyrelsen/Landstingsförbundet eftersom det innebär en förändring gentemot det nationella regelverket.

### **Nationell hälso- och sjukvårdsstatistik och regiongemensam vårddatabas**

Såväl till den nationella hälso- och sjukvårdsstatistiken som till den regiongemensamma vårddatabasen samlas f.n. uppgifter in om planerade och oplanerade vårdtillfällen och besök (se avsnittet 2 ovan).

## REGISTRERING

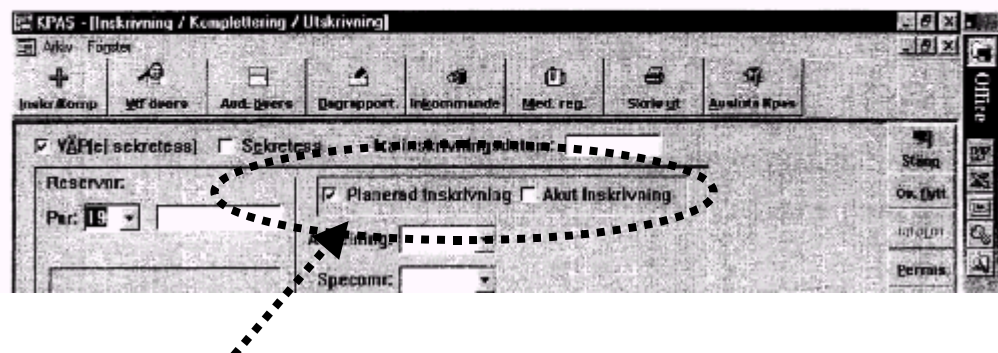


Utgående från ovanstående definitioner har arbetsgruppen kunnat se att begrepp och termer inte följs vid registrering av data..

I enkät till sjukhusföreträdare ställdes tre frågor relaterade till registrering av akut/ej akut respektive planerad/oplanerad vård. Med ledning av enkätsvar och bifogade inmatningsbilder kan konstateras följande:

- Verksamheten har inte inmatningsinstrument som följer fastställda begrepp och termer. Inmatningsbilden gör igen åtskillnad på medicinsk och administrativ bedömning i de flesta patientadministrativa systemen.

Inskrivningsbilden/-er i datasystemet för slutenvårdspatienterna (KPAS)



Utbildning Medicink		INSKRIVNING		98-11-23	
Avd	u14	101010-1010	14	85	
Sektion	uhem Hematologi, Uddevalla	RISSON, TIAN			
PAL					Upplys f lämnas
Inskr.dat	98-11-23 Kl 1343	Insätt 30			Annat boende
Remiss	n	Från enhet	Vårdid	950	
Journalnr		Spec.rem tom	Vårdform 7		Pat.tel
Int.orsak		Vårdpl :			Sekretess u
Prelop/åtg		Vårdanledning		0	Annan anledning
Kontaktpersoner-----		Telefon 1-----Tel.2-R e l a t i o n-----			
Sara Karlsson		0522-10101			
UTOMLÅNSPATIENT		Leverantör a14u		1006	
Särsk.debit		Avtalsnummer 0	F-kassa	1485	
Kund	1485	Patientavgift 60	Kostnadsb.kod		Retur
Avis n from					

Sekt	- Finns flera sekt på din avd får du fylla i här. T ex avd 14 som har ugås och uhem, s2 som har smed och sare. Har man endast en sekt kommer detta automatiskt.
Insätt	- a=akut
	- p=planerat
Från	- Se lista över inskrivningsätt.
	- Om pat är överflyttad från annan klinik eller sjukhus måste

- Verksamhetsansvariga menar att akut och oplanerad är i praktiken (professionellt perspektiv) synonyma begrepp. Se exempel ur enkätsvar nedan:

I slutenvården registreras endast akut eller planerad inläggning vilket motsvarar den administrativa bedömningen planerad eller oplanerad inskrivning (enkät medicin Uddevalla)

Akut vårdtillfälle registreras i Adapt som A=Akut, är också lika med oplanerat vårdtillfälle. Planerat vårdtillfälle registreras i Adapt som P=Planerat, är också lika med ej akut vårdtillfälle (enkät kir Kungälv).

- Statistiken bedöms enligt enkätsvaren vara ganska god med reservation för ovanstående. Verksamheterna följer inte fastställda definitioner för akut/ej akut resp planerad/oplanerad vård.

Tolkningarna är olika men resultatet blir detsamma över tid, man använder sig av samma praxis i tillämpningen av data vid registrering, detta framgår av bild 1, nedan, som visar andel ej planerad vård. Följsamheten mellan sjukhusen är tydlig de senaste två åren även i säsongvariationerna.

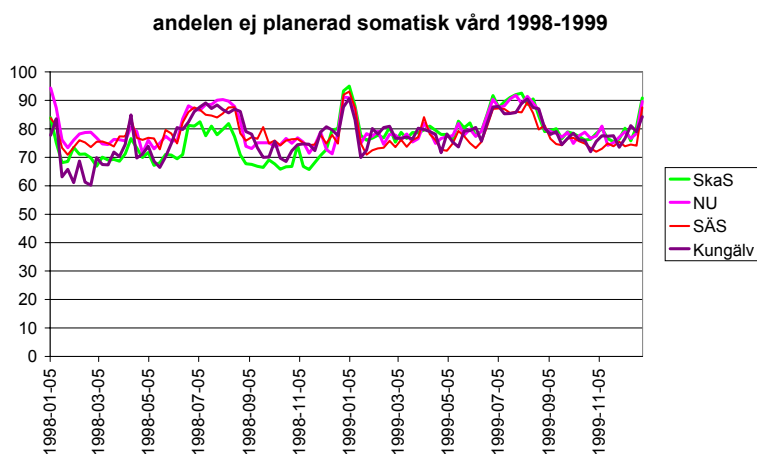


Bild 1. Källa: Västsvensk DRG-databas. Staffan Björck

Bild 2. nedan visar andelen ej planerade inläggningar under en längre tidsperiod. För två av sjukhusen ser man drastiska förändringar över årsskiften. Det kan bara bero på att registrerings sättet förändrats och avspeglar inte verkligheten. Från 1998 stämmer kurvorna väl överens..

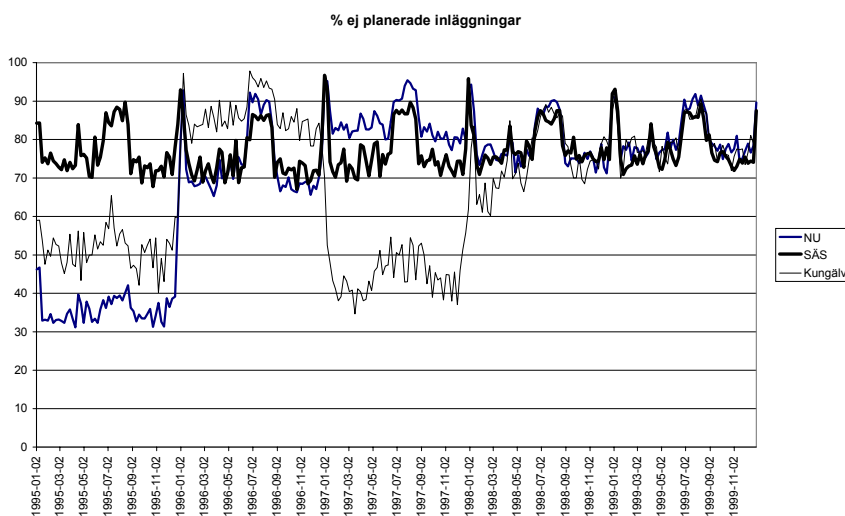


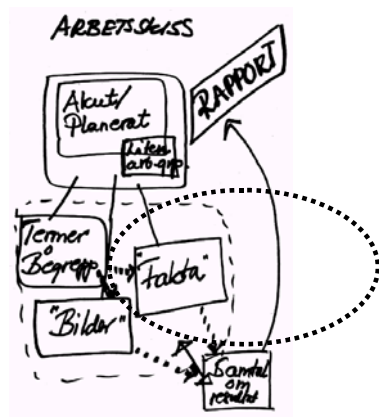
Bild 2. Källa: Västsvensk DRG-databas. Staffan Björck

Vid en genomgång av sjukhusens rapportering 1997 av vilka medicinska vårdtillfällen som är akuta respektive planerade har Mekus-gruppen konstaterat att kvaliteten i rapporterade data är mycket låg. Det är därför inte meningsfullt att analysera databasen ur denna aspekt. De uppenbara kvalitetsbrister som fanns på sjukhusnivå 1997 ses inte 1999.

I denna analys har ej statistik över öppenvård använts då tidigare rapporter tydligt har pekat ut uppenbara brister med öppenvårdsstatistiken. (Ex Rapport om vårdkonsumtion och vårdbehov, Jämförelse. Skaraborgs Sjukhus och Södra Älvsborgs sjukhus, Patientströmmarna i Västra Götaland)

## STATISTIK

Nedan redovisas utdrag ur statistik som levereras till beställare och Socialstyrelsen från sjukhusen.



I enkät ställdes följande fråga ”Finns någon statistik som belyser att akut verksamhet tränger undan planerad vård”?

Vi kan konstatera att verksamheten inte för statistik som bekräftar utsagan.

Statistik saknas har angetts i enkätsvar förutom statistik över strukna operationer där SU, SKAS och Kungälv bifogat underlag. Medicinsk verksamhet i Uddevalla hänvisar till antal patienter på väntelista till planerad mottagning. En ökad väntelista skulle kunna vara en indikator på utsagan. Övriga sjukhus refererar också till väntetider för specialistbesök på medicinmottagning samt beläggningsstatistik.. Beläggningsstatistik på 100% och därutöver innebär att akuta patienter tränger undan planerade enligt bl.a. SU.

**Patienter på hjärtsektionen / Uddevalla sjukhus som ännu ej fått planerad återbesöks tid**

Bokningsvecka år	Antal pat uppstatta för återbesök
1995	37
1996	140
1997	181
1998	223
1999	388
2000	356

Bilagt enkätsvar från NU-sjukvården

Nedan presenteras övergripande statistik för hela riket, för regionen samt per verksamhetsområde. Vi kan konstatera att:

Den oplanerade vården har en i stort sett oförändrad volym medan däremot den planerade vården har minskat betydligt vilket leder till att andelen oplanerad vård ökat.

### Statistik över planerad och oplanerad vård för riket. Källa Socialstyrelsen EpiC.

Utskrivningsår/ Hela riket	Bortfall	Planerad vård	Oplanerad vård
1995	25 241	582 917	1 007 292
1997	28 994	457 250	1 064 158
1999	23 862	399 984	1 084 330

Andelar			
1995		37%	63%
1997		30%	70%
1999		27%	73%

KÄLLA: Epidemiologiskt centrum, Socialstyrelsen

Kommentar: Socialstyrelsen har följt statistik över planerad och oplanerad vård sedan 1964. För att få jämförbarhet mot statistik i andra regionala rapporter redovisas här enbart statistik för åren 1995, 1997 och 1999. Mot bakgrund av de förändringar som genomförts i sjukvården i början av 90-talet är det inte meningsfullt att jämföra siffror längre tillbaka.

**Jämförelse 1999 med 1997.** Ovanstående tabell visar att en ökning av andel oplanerad vård i förhållande till planerad har skett i riket. Mellan åren 1997 och 1999 har antalet oplanerade vårdtillfällen ökat med knappt 2% medan antalet planerade vårdtillfällen minskat med ungefär 12,5%. Den stora förändringen är alltså en minskning av antalet planerade vårdtillfällen.

**Jämförelse 1999 med 1995.** Över åren har skett en förändring i riket. Den stora förändringen berör antalet planerade vårdtillfällen.

Minskning totalt under perioden 106.000 vårdtillfällen, vilket utgör en minskning med 6,7%.

Minskning med 183.000 planerade vårdtillfällen, vilket utgör en minskning med 31,4 %.

Ökning med 77.000 oplanerade vårdtillfällen, vilket utgör en ökning med 7,6%.

Vi har inte särskilt granskat den demografiska utvecklingen men det torde stå helt klart att det skett en drastisk minskning av de planerade vårdtillfällena.

## Statistik över planerad och oplanerad vård för regionen. Källa Socialstyrelsen EpiC.

Utskrivningsår/ VGR	Bortfall	Planerad vård	Oplanerad vård
1995	593	91 857	190 161
1997	64	95 829	185 645
1999	2 740	70 398	192 793

### Andelar

1995	33%	67%
1997	34%	66%
1999	27%	73%

KÄLLA: Epidemiologiskt centrum, Socialstyrelsen

Kommentar: Västra Götalandsregionen levererar in statistik över planerad och oplanerad vård till Socialstyrelsen.

**Jämförelse 1999 med 1997.** Ovanstående tabell visar att en ökning av andel oplanerad vård i förhållande till planerad har skett även i Västra Götalandsregionen. Mellan åren 1997 och 1999 har antalet oplanerade vårdtillfällen ökat med knappt 3,9% medan antalet planerade vårdtillfällen minskat med ungefär 26,5%. Den stora förändringen mellan dessa två år i regionen liksom i riket utgör en minskning av antalet planerade vårdtillfällen.

**Jämförelse 1999 med 1995.** Över åren har skett en förändring i Västra Götaland. Minskningen i riket jfr med VGR har varit större avseende planerade vårdtillfällen.

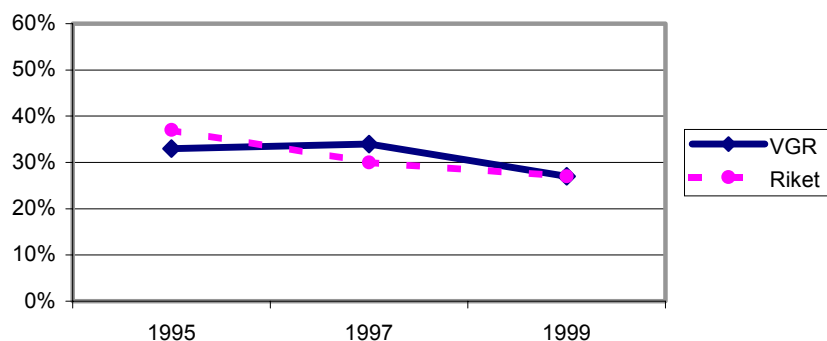
Minskning totalt under perioden 19.000 vårdtillfällen vilket utgör en minskning med 6,7%

Minskning 21 500 planerade vårdtillfällen, vilket utgör en minskning med 23,4%

Ökning med 2600 oplanerade vårdtillfällen, vilket utgör en ökning med 1,4%

**Förändringen av andel planerad vård** för VGR samt för riket för åren 1995, -97 och -99 illustreras av följande diagram:

**Andel planerade vårdtillfällen**



**Statistik över planerad och oplanerad vård för regionen uppdelat per verksamhetsområde per juli 1999, 2000 och 2001. Källa Vårddatabas, Annika Karlqvist.**

---

**PLANERAD VÅRD**

---

**Andel planerad/oplanerad sluten vård per juli 1999, 2000 och 2001 VGR**

Medicinsk korttidsvård 1999

	Sjukhus					
	ALS	KS	NU	SkaS	SU	SÅS
Planerad vård	7%	11%	8%	10%	26%	15%
Ej planerad vård	93%	89%	92%	90%	74%	85%
Totalt	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Medicinsk korttidsvård 2000

	Sjukhus					
	ALS	KS	NU	SkaS	SU	SÅS
Planerad vård	5%	12%	8%	9%	31%	14%
Ej planerad vård	95%	88%	92%	91%	69%	86%
Totalt	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Medicinsk korttidsvård 2001

	Sjukhus					
	ALS	KS	NU	SkaS	SU	SÅS
Planerad vård	8%	11%	7%	8%	32%	14%
Ej planerad vård	92%	89%	93%	92%	68%	86%
Totalt	100%	100%	100%	100%	100%	100%

I ovanstående ingår ej medicinsk rehab 551, barnhab 251 eftervård 076, psyk 9xx eller ger 241

---

**Planerad och oplanerad sluten vård för de medicinska specialiteterna.**

Relationerna mellan planerad/oplanerad vård för hela regionen totalt är i princip oförändrade mellan första halvåret 2000 och 2001, dvs 19/81 för medicin.

Ovanstående registerutdrag tyder på att SU kan ha ökat sin andel planerad vård inom medicin under jämförelseperioderna. Det skulle även kunna förklaras av en förändring i registrering.

Resurserna går nästan helt till den akuta slutenvården. Akutverksamheten får i synnerhet vid vakanser gå före mottagningsverksamheten som av och till blir eftersatt (NU)

---

## PLANERAD VÅRD

---

### Andel planerad/oplanerad sluten vård per juli 1999, 2000 och 2001 VGR

#### Kirurgisk korttidsvård 1999

Sjukhus	Sjukhus					
	ALS	KS	NU	SkaS	SU	SÅS
Planerad vård	26%	28%	32%	30%	38%	33%
Ej planerad vård	74%	72%	68%	70%	62%	67%
Totalt	100%	100%	100%	100%	100%	100%

#### Kirurgisk korttidsvård 2000

Sjukhus	Sjukhus					
	ALS	KS	NU	SkaS	SU	SÅS
Planerad vård	29%	28%	31%	29%	40%	31%
Ej planerad vård	71%	72%	69%	71%	60%	69%
Totalt	100%	100%	100%	100%	100%	100%

#### Kirurgisk korttidsvård 2001

Sjukhus	Sjukhus					
	ALS	KS	NU	SkaS	SU	SÅS
Planerad vård	33%	24%	27%	28%	39%	30%
Ej planerad vård	67%	76%	73%	72%	61%	70%
Totalt	100%	100%	100%	100%	100%	100%

I ovanstående ingår ej medicinsk rehab 551, barnhab 251 eftervård 076, psyk 9xx eller ger 241

---

### **Planerad och oplanerad sluten vård för de kirurgiska specialiteterna.**

Relationerna mellan planerad/oplanerad vård för hela regionen totalt är i princip oförändrade mellan första halvåret 2000 och 2001, dvs 34/66 för kirurgi.

Relationen mellan planerad och oplanerad vård för kirurgisk korttidsvård är i stort sätt oförändrad på SkaS, SU och SÅS, medan KS och NU uppvisar en ökad andel oplanerad vård. På ALS har andelen planerad vård ökat.

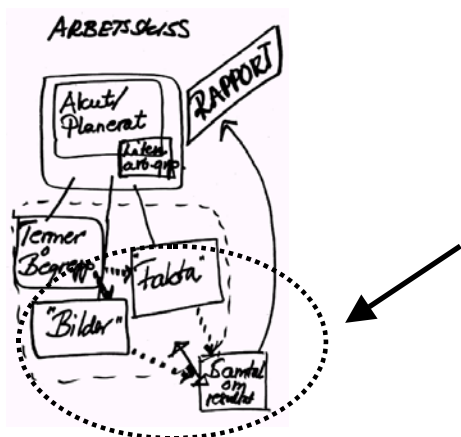
- Omorganisationer/strukturförändringar påverkar förutsättningar för planerad vård. T.ex. om sjukhusenheter avvecklar akutverksamhet ges förutsättningar för ökad planerad vård. (SKAS)
- Man kan säga, att vårdplatserna har minskat med ca 30 proc under 90-talet. (NU)
- ...att man samlat statistik på den urologiska verksamheten på Sahlgrenska sedan tre år tillbaka och den visar exakt samma antal oplanerade inläggningar, men antalet planerade hade reducerats med ca tio proc per år. Det handlar om bristande kapacitet. (SU)
- Även på ett så här stort sjukhus, så är akutflödena ganska konstanta. (SU)

### **Finns det diagnoser som kan följas som indikator på oönskade förändringar?**

Arbetsgruppen bad medicinsk företrädare att analysera statistik utgående från frågan ovan. Resultat redovisas i separat rapport. (Kirurgi i slutenvården 1995 – 1999).

## BILDER OCH UPPFATTNINGAR OM UTSAGAN

*Att skapa bilder av en verklighet kan innebära för det första att etablera utsagor om en verksamhet som sanna och riktiga oavsett om de beskriver vad som faktiskt ägt rum, genom att upprepa dem tillräckligt ofta och på ett övertygande sätt. För det andra avser bildskapandet en styrning av vad som varseblivs som verkligt genom att avskärma sådan information eller kunskap som skulle motsäga den bild som man vill skapa eller upprätthålla. (Närvänen 1994)*



### Verksamheternas enkätsvar

Av verksamheternas enkätsvar framgår att det finns inte ett svar för regionen, inte heller ett svar för ett sjukhus eller ett svar för en viss verksamhet. Problematiken bör särstuderas specialitetsvis per sjukhus. Under samtal om resultat återges huvuddragen ur diskussionerna med sjukhusen. Fullständiga enkätsvar redovisas i bilaga 4.

Spridningen på uppfattningen av utsagan mellan olika medicinska verksamhetsområden inom VGR.

### ”Akut verksamhet tränger undan planerad vård”

MVO	Instämmer helt	Instämmer delvis	Instämmer inte alls
Medicin	4	4	
Kirurgi	3	3	
Ortopedi	1	3	
Urologi		3	
Gynekologi		1	2
Övriga:			
Geriatrisk/rehab	1		1
Reumatologi		1	
Öron/näsa/hals		1	
Plastikkir	1		
Hud			1
Ögon			1
Neurologi	1		

Källa: Enkätsvar.

Under övriga redovisas de områden som valt att lämna egna svar.

### Samtal om resultat

Vid diskussion och uppföljning av den utsända enkäten fick sjukhusen möjlighet att komplettera och korrigera sina svar.

- Beskrivningarna och problembilder varierar stort beroende på vilket perspektiv man har och vilka orsakssamband man har motiv att beskriva
- Man ser mycket olika på problemen beroende på var man sitter i organisationen, vad man har för professionell bakgrund och hur berörd man är av problemet.
- Vid tolkning av statistik påverkas denna av perspektiv, men även av delvis ogrundade antaganden.

Under samtalet ställdes även följande fråga: Finns det en optimal fördelning mellan akut (*oplanerad*) och planerad vård?. Frågan förblir obesvarad.

Samtalen med de olika sjukhusen ger olika orsaker till problemet, NU-sjukvården pekar på personalbristen som väldigt tungt vägande medan SU anser att bristen på vårdplatser är avgörande. Kungälv's sjukhus upplever ingen större problematik men menar att de extrabeställningar som kommer kan påverka något. SÅS anser att krympande resurser generellt leder till minskad produktion och därmed undanträngning av elektiv verksamhet. Alingsås Lasarett lyfter samma saker som de övriga sjukhusen men det verkar som om det "lilla sjukhuset" hanterar problemet". SkaS ser ökningen på akut sidan mycket som en försvagning av PV samt en brist i styrningen av patienter så att de söker rätt vårdnivå.

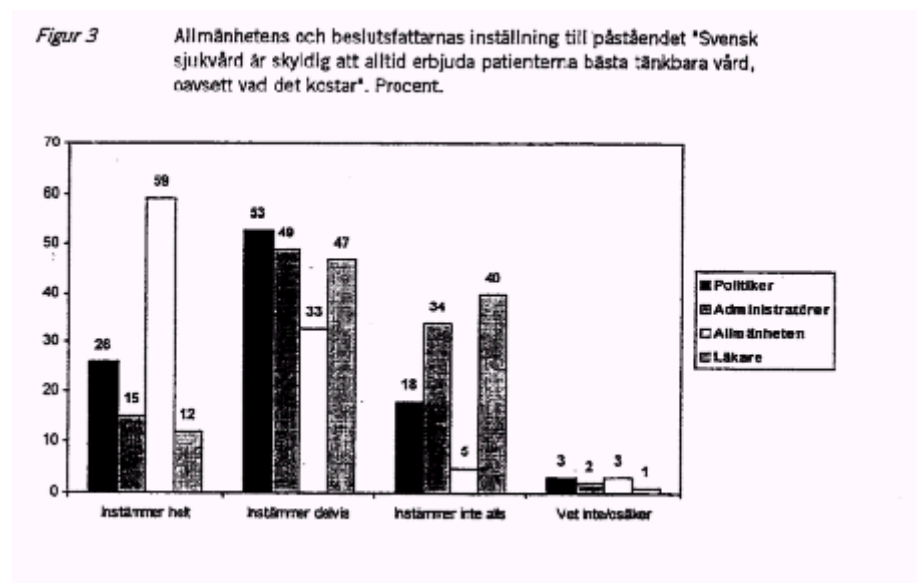
Dokumentation av samtalen se bilaga 2.

## VISION, VILJA OCH VERKLIGHET

Vision, vilja och verklighet, tre begrepp svåra att förena i dagens vårdverksamhet. Vi menar att medvetenhet och kunskap om bakomliggande värderingar är en nödvändig förutsättning för uppdrag tydliga för alla.

Det vi diskuterar här är väl egentligen om vi tränger ut planerad vård, d v s fullgör sjukhuset de beställda volymerna? Det är ju en viktig fråga för oss, som ansvariga för verksamheten. En annan viktig fråga är levererar vi varan – är patienterna nöjda? Det är ju inte riktigt samma sak.. För om vi opererar 22 procent fler katarakter, så utgår jag från att vi med råge fullgjort ett produktionsuppdrag. Men vårt problem i ledningen är, om vi inte kan klara den beställda volymen planerad vård. Sen har vi ett gemensamt problem, om den beställda volymen inte räcker till för att våra patienter ska vara nöjda och glada, men det är nästa problemattack...(SU)

Prioriteringsdelegationen visar i rapport att det finns betydande skillnader mellan allmänhetens och beslutsfattarnas inställning till påståendet ”Svensk sjukvård är skyldig att alltid erbjuda patienten bästa tänkbara vård, oavsett vad det kostar”. Medan sex av tio instämmer helt bland allmänheten är det tre av tio politiker och en av tio läkare som instämmer helt.



En bakomliggande värdering och bedömning till utsagan ”akut verksamhet tränger undan planerad vård” är att akuta patienter (medicinsk bedömning) alltid skall ha rätt till företräde i vården. Det framgår av bilder och uppfattningar om utsagan att vision och vilja inte alltid går att förena med verklighet. God vård på lika villkor kan för den ene innebära tillgång till vård när så efterfrågas och för den andre tillgång till vård utifrån en medicinskt professionell bedömning. Svalander pekar förhållandet att beslut om förändringar i vården kan starkt påverka villkoren för vårdens inre värden.

---

## SLUTSATSER OCH FÖRSLAG

---

**Patientperspektiv** . Planeringen för den planerade vården är mera osäker och preliminär för patienten. Avbokningar och ombokningar av planerade åtgärder förekommer, dock inte i någon större omfattning..

Bristande resurser (vårdplatser, personal med rätt kompetens) medför längre väntetider och ökade köer till vård och behandling med lägre prioritet utifrån prioriteringsutredningen. Det finns en diskrepans mellan vad beslutsfattare, profession och allmänhet prioriterar och accepterar.

Reduktion av vårdplatser innebär för patienten kortare vårdtider. Detta kan medföra en för tidig utskrivning från slutna vård vilket kan resultera i högre frekvens återinskrivning eller ökad efterfrågan på vård. Ingen verksamhet har redovisat sådan statistik.

Minskad tillgänglighet för kroniskt sjuka till planerad mottagning kan innebära flera akuta besök. Det kan i sin tur leda till begränsningar i tillgängligheten för patienter som söker akut ( Se Tillgänglighetsprojektets rapport)

Det finns inga redovisade undersökningar gjorda inom regionen som visar på orsakssamband mellan genomförda förändringar inom vården och ökat missnöje hos patienter. I uppföljning och redovisning av verksamhet måste ingå att följa konsekvenser ur ett patientperspektiv.

**Professionellt perspektiv**. Reducerat antal vårdplatser under en period av ökad vårdefterfrågan och förbättrade behandlingsmöjligheter har medfört stora förändringar i dagligt arbete. Upplevelsen av att akut verksamhet tränger undan planerad vård i dagligt arbete följer av att den planerade vårdens andel minskat. Viljan att göra gott parad med flexibilitet gör att få störningar men minskad produktion redovisas för opererande specialiteter.

Det synes som om medicinsk slutenvårdsverksamhet inte alltid har kunnat reduceras i volym som svarar mot neddragningen av vårdplatser. Detta kan avläsas i beläggningsstatistik liksom utnyttjande ("lån") av vårdplatser från opererande specialiteter. Om det är möjligt eller inte att minska volymen för medicinsk vård bör granskas genom medicinsk revision.

**Lednings-/Organisationsperspektiv**. Statistik saknas som följer förändring i vårdinnehåll över tid. Krav bör ställas på verksamheten att kunna redovisa förändringar i verksamhetens innehåll över tid. Statistik över planerade och oplanerade vårdtillfällen för riket samt för regionen visar på kraftig förändring. Den planerade vården mätt i antal vårdtillfällen har reducerats med en tredjedel för riket och en fjärdedel för VGR från 1995 till 1999.

Det finns anledning att fundera över möjligheten för sjukvården att möta kravet på ytterligare ökad produktivitet för den planerade vården.

Det finns också anledning att granska om oplanerade vårdtillfällen innehåller en andel oönskade vårdtillfällen som följer av bristande tillgänglighet till den planerade vården eller på grund av korta vårdtider.

## ANTALET AKUTSÖKANDE ÖKAR INTE

Den oplanerade vården har inte ändrat sig däremot har den planerade vården minskat vilket leder till att andelen oplanerad vård ökat.

Om resurserna blir mindre, så blir ju den akuta delen större av totalen. Det upplever vi, som om den akuta vården tränger undan den planerade vården. (SU)

Slutsatsen är att antalet akutsökande inte ökat men personalens upplevelse av att den planerade vården fått minskat utrymme är korrekt (följer av minskade resurser för planerad vård).

## AVSKAFFA ALLEMANSRÄTTEN

..på vårdplatserna för att värna den planerade vården. Kirurgen stänger till förmån för medicin. (NU, SU, SÄS). Verksamheten skall klara sitt åtagande för planerad vård enligt beställning men har inte befogenheter att styra sina egna resurser. Man hjälps åt och lånar av varandra. Gott nog men med konsekvenser för planerad vård. Statistik över hur många platser som lånats respektive lånats ut förs inte av all verksamhet, endast medicin NÄL anger antal.

Beträffande NÄL, så har det under januari-februari varit i medeltal sju patienter på andra kliniker varje dag. (NU)

Förutsättningen för att akut vård inte tränger ut elektiv vård är, att det finns en buffert med vårdplatser. Det gäller att planera den elektiva vården. (SU)

Mätdelen är kanske inte lika intressant i dag. Snarare är det väl intressantare hur vår plan ser ut för att möta det här. Blir det mer effektivt, om vi håller isär akut och planerad vård? Blir det mer eller mindre kostnadseffektivt? Blir produktiviteten bättre eller sämre? Här tror jag att vi saknar riktigt hårda data.

Gränsen går, där man blandar akut vård och planerad vård inom den egna professionen. Kirurger i akutsjukvården hjälps åt och har en viss buffert mellan den och den elektiva vården. Ändå kan de hålla upp den elektiva vården på ett bra sätt. Man går över gränsen och försämrar produktiviteten, när man hamnar i det läge som vi nu är i på SU, då vi måste utlokalisera patienter till enheter, som inte har en vana att vårda den typen av patienter, t ex medicinpatienter till kirurgiska vårdavdelningar. Den buffert man har ska inte utnyttjas för ofta och den ska ha närhet till den egna specialiteten.. (SU)

I vissa lägen måste man ifrågasätta allemansrätten på vårdplatserna för att värna den planerade vården.. Vi avser situationer där verksamheter konstant lånar vårdplatser på andra enheter och för dessa enheter innebär det att de får reducera sin planerade intagning.

## FOKUSERA PÅ ORSAKSSAMBAND

Resonemanget att akut vård tränger undan ej akut vård bygger på föreställningen att dels antalet akut sjuka ökar, dels att patienter söker i onödan, dvs. att strömmarna in mot sjukhuset ökar. Kan man bara stoppa akutinflödet så skulle då problemet bli löst. Vi menar att inflödet inte är orsak till problematiken. Vi har inte kunnat belägga att antalet akuta vårdtillfällen ökar. Snarare är det så att det skett en kraftig minskning av antalet vårdplatser så att det inte längre finns något manöverutrymme för att klara akuta störningar. Konkurrensen om utrymmet är större. Detta ökar då kravet på att utrymmet används på bästa möjliga sätt. Detta blir inte enkelt, när någon annan svämmar över, man kan inte styra över sin resurs. Brist på van personal och personal med rätt kompetens försvårar situationen ytterligare.

Det man kan säga på medicinsidan är ju att antalet vårdtillfällen, planerade inläggningar minskar men det är ju medveten poliklinisering, vi minskar ju antalet vårdtillfällen totalt, då plockar man ju bort de planerade, det är väl tveksamt om det är en undanträngningseffekt utan det är väl mer en strategi för att kunna minska vårdplatser. (SkaS)

En bedömning av externa professionella granskare är nödvändig för att ge svar på frågan om sjukvårdens, i detta fall den medicinska verksamhetens resurser är tillräckliga och används optimalt. En analys av verksamhetsinnehållet ställd i relation till resursfördelningen bör därför göras.

## **REGISTRERA ENBART PLANERAD – OPLANERAD**

Att skapa enhetlighet och struktur kring betydelse och innebörd av definitioner på begrepp och dess termer, regelverk, koder mm. är en förutsättning för att öka kvaliteten på data i informationssystemen. Tillgång till jämförbara data om regionens hälso- och sjukvård är en grundläggande förutsättning bl a för att möjliggöra en meningsfull dialog om verksamhetens omfattning, inriktning och resultat och för att kunna planera vården i enlighet med de politiska målen om en hälso- och sjukvård som ges på "lika villkor" och är anpassad efter befolkningens behov.

Inga medicinska bedömningar görs vid inregistrering även om en ruta för AKUT finns med vid flera av sjukhusens inregistreringsbilder. Kryss i rutan Akut är i inregistrering i databas att betrakta som synonymt med oplanerat menar verksamhetsansvariga.

Ingen av dem jag har frågat gör någon skillnad på akut/icke akut och planerad/oplanerad vård. Även om det finns officiella termer, så är det inte kända ute i verksamheten. Jag tycker det är helt onödigt att ha två olika termer för i princip samma sak. (SU)

Överväg en förändring att i regionala register registrera enbart planerad och oplanerad vård.. En förändring som även omfattar förändrat regelverk i enlighet med förslag från arbetsgruppen för begrepp och termer kräver insatser av större omfattning. Ett beslut om förändring bör grunda sig på kompletterande uppgifter som omfattar en konsekvensbeskrivning utifrån kostnader, fördelar och nackdelar.

## **FÖLJ FÖRÄNDRINGAR – FÖR STATISTIK**

Det finns brister i uppföljning av förändringar hos såväl beställare som utförare. Vi menar att varje beslut om större förändringar måste följas av såväl konsekvensbeskrivning som plan för uppföljning. Vidare bör uppföljning genom verksamhetsstatistik vidareutvecklas i samverkan mellan beställare och utförare. En del verksamhetsansvariga påtalar även att ingen frågar efter statistiken.

Omorganisationer tar tid att möta och inarbeta. Dessa processer kräver resurser som tas från den planerade verksamheten eftersom den akuta verksamheten måste prioriteras.(NU)  
Ingen efterfrågar data. Ingen tycks bry sig! (SÄS)

Vårdens produktionsansvar gör att man måste vidareutveckla uppföljning genom verksamhetsstatistik i samverkan mellan beställare och utförare.

## **FORTSATT ARBETE**

Synpunkter på denna rapport har inhämtats genom sjukhusens och lokala hälso- och sjukvårdskansliernas kontaktpersoner och har därefter i tillämpliga delar arbetats in i rapporten.

Det finns inte *ett* svar på frågan om ”akut verksamhet tränger undan planerad vård”. I rapporten belyses ett antal problemområden samt ges några förslag på förändring. Fortsatt arbete sker lämpligen i etablerade arbetsgrupper mellan beställare och utförare.

## REFERENSER

Begrepp och termer 99 – begrepp, termer, definitioner, koder m.m. för uppföljning av hälso- och sjukvårdens verksamhet och ekonomi i Västra Sjukvårdsregionen. Västra Götalandsregionen, Hälso- och sjukvårdsstyrelsens kansli, Arbetsgruppen för begrepp och termer, 1998-12-22

Begrepp och termer för uppföljning av hälso- och sjukvårdens verksamhet och ekonomi. Arbetsgruppen för begrepp och termer för uppföljning av hälso- och sjukvårdens verksamhet och ekonomi. Hälso- och sjukvårdsstyrelsens kansli. Analys- och utvärderingsenheten. Epidemiologiska enheten 2001; 3(3)

Beskrivning och analys av patientströmmarna i Västra Götaland. Västra Götalandsregionen. Analys och utvärdering, 2000.

Detaljbudget för Skaraborgs Sjukhus år 2001.

Effektivitet vid akutmottagningarna i SU-sjukvården. Västra Götalandsregionen, Revisionsenheten och Komrev AB, 2000.

Granskning av journaler inom medicinkliniken NU-sjukvården patienter med hög återinskrivningsfrekvens 1998. Vårdkedjeprojektet 1999.

HSU 2000 Behov och resurser – en analys SOU 1996:163

Prioriteringar av patienter i primärvård FoU-Rapport nr 27 FoU enheten i södra Älvsborg Borås, 1999

Prioriteringsdelegationen. Attityder till vården. – En enkätstudie bland medborgare, politiker, administratörer och läkare om attityder till prioriteringar till vården. IHE 2000.

Skaraborgs Sjukhus & Södra Älvsborgs Sjukhus – en jämförelse mellan två sjukhusgrupper. Västra Götalandsregionen, Analys och utvärderingsenheten 1999.

Svalander, P-A. Om det finnes en ägare. En betraktelse kring Stockholmsmodellens grundläggande samspelsregler. Landstingsrevisorerna – SLL S Samhällsorganisation PAS 2831 2001.

Tillgänglighet till Västra Götalandsregionens verksamheter – Medborgarna beskriver sina uppfattningar. Västra Götalandsregionen, Strategisk utveckling 2001.

Verksamhetsanalys av slutenvård i Västsverige 1997. Västra Götalandsregionen, MEKUS, 1999

Vårdkonsumtion och vårdbehov – en registerstudie på data från Bohuslandstinget 1998. Rapport 2001;3(2). Västra Götalandsregionen, Epidemiologienheten, 2001.

Vårdplatser Analys av vårdplatssituationen i Västra Götaland. Västra Götalandsregionen, Analys och utvärdering, 2000

Vårdplatstillgången inom Södra Älvsborgs sjukhus. Dnr 310/97.

Öppen akut vård för Storgöteborg. En utredning om akutvården i Göteborg med omnejd. HSN Göteborg, 1999.

Överenskommelser avseende sjukhusvård år 2001-2003. Västra Götalandsregionen, HSS.

## BILAGOR\*

Bilaga 1	Protokoll, HSDP. Uppdragshandling
Bilaga 2	Samtal om resultat. Dokumentation av diskussion/Bo Jonhäll, Ingela Johansson, Ulf Öhlin, Ingrid Nielsen
Bilaga 3	Sammanställning
Bilaga 4	Enkät svar
Bilaga 5	Samtal kortversion
Bilaga 6	Begrepp & Termer

---

\* Bilagorna kan erhållas av Gunilla Johansson, Analys- och utvärdering, Regionens Hus, Skövde, [gunilla.johansson@vgregion.se](mailto:gunilla.johansson@vgregion.se)