

# **I väntans tider**

## En utvärdering av Västra Götalandsregionens kökansli

KFi U-rapport 68

**Gustaf Kastberg**  
**Sven Siverbo**

<b>1 Utvärdering av Västra Götalandsregionens kökansli</b> .....	<b>3</b>
Bakgrund .....	3
Kökansliets uppdrag, finansiering och organisation.....	3
Utvärderingsprojektet .....	4
Tillvägagångssätt.....	4
Effektstudiers problematik .....	5
<b>2 Kökansliets verksamhet i siffror</b> .....	<b>7</b>
<b>3 Intervjuerna</b> .....	<b>10</b>
Verksamhetsmål .....	10
Kökansliets uppgifter.....	10
Konkreta åtgärder som har vidtagits .....	11
Processen - från kö till behandling .....	12
(För) Många patienter .....	13
Avtal och upphandlingar .....	14
Effekter .....	15
Väntetider och väntelistor .....	16
Information.....	17
Oväntade effekter .....	18
Prioriteringar .....	20
<b>4 Analys – hur har det fungerat</b> .....	<b>22</b>
Lotsning av garantipatienter .....	22
Shopping eller hängavtal? – snabbhet och flexibilitet eller lågt pris .....	23
Kökansliet som informationsavdelning.....	25
Ömsesidigt misstroende.....	27
Kökansliet uppfattas olika.....	28
Hur var det med måluppfyllelsen? .....	29
Kunde det gått bättre?.....	30
<b>5 Slutsatser</b> .....	<b>32</b>
God måluppfyllelse, men... ..	32
Många avvägningar .....	33
Svårvärderade effekter.....	34
Funderingar inför framtiden.....	35
<b>Sammanfattning</b> .....	<b>37</b>
<b>Referenser</b> .....	<b>39</b>

# 1 Utvärdering av Västra Götalandsregionens kökansli

## Bakgrund

I Västra Götalandsregionen konstaterades år 2000 att väntetiderna för operation och behandling blivit oacceptabelt långa. Diskussioner inleddes därför om hur väntetiderna inom vården skulle kunna minskas. Diskussionerna utmynnade i en tillgänglighets-satsning benämnd ”Projekt kortare väntetider”, där ett samlat grepp togs för ökad tillgänglighet och kortare väntetider i sjukhusvården.

”Projekt kortare väntetider” omfattar ett flertal aktiviteter, till exempel behandlingsgarantier, prioriteringsöversyn, förändrad resursfördelning, kvalitetssäkring av väntelistor och tillskapande av ett kansli för att hantera köproblematiken. En viktig förutsättning var att 390 miljoner kronor per år avsattes åren 2002–2004. Projektet finansierades med regionens egna medel och med statsbidrag.

## Kökansliets uppdrag, finansiering och organisation

En viktig del av ”Projekt kortare väntetider” är regionens kökansli. Kansliets verksamhet har en tydlig koppling till den så kallade behandlingsgarantin, som innebär att patienter med vissa diagnoser garanteras behandling inom nio månader (fram till år 2003 gällde behandlingsgarantin patienter som väntat tolv månader eller längre). Garantin gäller allmän kirurgi, ortopedi, urologi, gynekologi, hörselnedsättning, ögon-sjukvård och reumatologi.

Kökansliets uppgift är att se till att de så kallade garantipatienterna får den vård de tillförsäkrats. Kansliet genomför upphandlingar och utgör ett personligt stöd för de patienter som vill ha snabbare behandling än de kan erbjudas hos ”sin” vårdgivare. När kökansliet startade verksamheten i januari år 2002 väntade ungefär fem tusen personer på operation eller annan form av behandling.

Kökansliet arbetar emellertid inte enbart med att slussa garantipatienter vidare till upphandlade behandlingar. De arbetar även med att informera internt och externt. Det externa informationsarbetet handlar om att upplysa regionens medborgare om behandlingsgarantin. Informationsarbetet som riktar sig till interna intressenter handlar om att upplysa hälso- och sjukvårdsstyrelsen och sjukhusledningarna om hälso- och sjukvårdens väntetider. Kansliet följer väntetidsstatistiken via landstingsförbundets databas och granskar väntetiderna på regionens sjukhus. Ytterligare en uppgift är att fördela om väntelistor, det vill säga föra över en väntelista från ett sjukhus till ett annat.

Kansliet består av en chef, fem handläggare och en ekonom. Vid behov står tre läkare till förfogande som medicinska rådgivare. I planeringen av kökansliets verksamhet

avsattes för år 2002 inledningsvis femtio miljoner kronor för kansliets upphandlingar. Trettio av dessa miljoner kom emellertid att användas inom ramen för de ordinarie beställningarna. De återstående tjugo miljonerna skulle användas för köp av operationer och behandlingar inom ramen för kökansliets ansvarsområde. På grund av att kökansliet under verksamhetsåret uppmanades att genomföra besparingar, användes till slut sjutton miljoner för upphandlingarna. För år 2003 uppgick resurserna inledningsvis till 25 miljoner, men efter besparingar även detta år blev återstoden 15 miljoner.

## Utvärderingsprojektet

Det finns flera omständigheter kring kökansliet som motiverar att verksamheten studeras närmre. En är att kökansliet har en viktig uppgift som skapare av ökad tillgänglighet till vård. En annan är att kökansliet tilldragit sig intresse i övriga landstingssektorn. En tredje är att verksamheten medför en annorlunda prioritering av patienter, jämfört med den som sker på sjukhusen. En fjärde omständighet är att kökansliets verksamhet kan ha andra effekter än strikt tillgänglighetsfrämjande. Ett femte argument är att utvärderingar av styrmodeller, verksamhetsförändringar eller pågående processer kan ge kunskapsutveckling och därmed medverka till ökad effektivitet (Brorström, Ohlsson och Solli 1997).

Utvärderingsprojektets övergripande syfte är att kartlägga hur väl kökansliet har lyckats fullgöra sitt uppdrag och vilka effekter kansliets verksamhet har medfört i övrigt. Syftet bryts ner i tre frågor:

1. Hur väl har kökansliet lyckats med uppgiften att lotsa garantipatienter till operation eller annan behandling? Inom frågan ryms exempelvis spørsmål om upphandlingar och om behandlingsgarantin har varit verkningsfull.
2. Hur väl har kökansliet lyckats med uppgiften att sprida information?
3. Vilka effekter har kökansliet genererat utöver de som kan knytas till det formella uppdraget?

Den sista frågan syftar till att bredda perspektivet på kökansliets verksamhet. Genom att inte bara fokusera på hur verksamheten har bedrivits i förhållande till de mål som fanns vid uppstarten är förhoppningen att en rikare och fullständigare bild av verksamheten ska kunna förmedlas. Utvärderingen riskerar att bli tämligen ointressant om den enbart relaterar till de mål som sattes upp inledningsvis (Brorström, Ohlsson och Solli 1997). Dessutom medför det en risk att andra centrala aspekter hamnar i skymundan.

## Tillvägagångssätt

Frågorna har varit ledande i designen av den empiriska undersökningen. Det är ett komplext fenomen som är i fokus för undersökningen. Kansliet är en del av ett större nätverk av relationer och aktörer. Viktiga aktörer är förutom kökansliet, de vårdgivare

där patienter väntar på behandling, de vårdgivare kökansliet vänder sig till för att upphandla tjänster och Hälso- och sjukvårdsstyrelsen.

Den metod som använts för att genomföra studien benämns triangulering och bygger på att olika sorters data används. Fördelen med triangulering är att olika aspekter och infallsvinklar blir belysta och att en mer nyanserad bild av verksamheten och dess effekter kan växa fram. Viktiga datakällor blir därmed dokument av olika slag, som exempelvis beslutsprotokoll, statistik, ekonomiska data och intervjuer.

Intervjuerna utgör studiens primära datakälla. Vid urvalet av respondenter var ambitionen att komma till tals med personer som kunde förväntas ha olika bilder och upplevelser av kökansliet. En avgränsning har varit att vi valt att fokusera på två diagnoser: hörselnedsättning och grå starr samt en ”specialåtgärd” som skiljer ut sig (mer om detta senare).

Intervjuer har genomförts med:

- \* personalen på kökansliet, inklusive en medicinsk rådgivare
- \* läkare och koordinators som är verksamma hos vårdgivare vars verksamhet har problem med långa väntetider och därigenom genererar garantipatienter. I denna studie handlar det om personal på kliniker som arbetar med hörselnedsättning och grå starr samt personal på Alingsås sjukhus.
- \* läkare och annan personal hos vårdgivare där kökansliet köpt tjänster
- \* politiker som representerar Regionstyrelsen och Hälso- och sjukvårdsstyrelsen
- \* tjänstemän som arbetar på regionens beställarkansli

Totalt har 22 intervjuer genomförts.

## **Effektstudiers problematik**

Inom samhällsvetenskapen är det generellt sett svårt att föra i bevis att en speciell effekt beror på en speciell orsak. Det gäller förstas även när effekter av olika organisatoriska förändringar söks. Mångfalden av både orsaker och effekter skapar en komplex analysituation. I stället för att göra anspråk på att ha bevisat att en särskild åtgärd eller förändring (till exempel tillskapandet av ett kökansli) har medfört vissa effekter får utvärderare och forskare föra ett resonemang kring orsak och verkan som är baserat på utsagor från personer som varit delaktiga i processen samt sannolikhetsbedömningar och kritisk reflektion (jämför Rombach 1997). På liknande sätt menar Brorström (1995) att observationer om effekter i samband med en förändring, som ligger i linje med vad som kunde förväntas när förändringen genomfördes, rimligen delvis kan antas vara orsakade av förändringen.

Vid utvärderingar av effekter är det särskilt viktigt att vara observant när metoden bygger på intervjuer. Det finns alltid en risk att de som intervjuas pratar om sina förväntningar eller sina farhågor som om de vore realiserade effekter (Rombach 1990;

Brorström, Ohlsson och Solli 1997). Effektstudier ska alltså utföras med försiktighet och med kunskap om förutsättningarna.

Problematiken kring effektstudier medför att det inte är möjligt att studera kökansliets direkta effekter på väntetiderna, utan istället får utvärderingen rikta in sig på kansliets arbetsprocesser. En viktig anledning är att kökansliets verksamhet är marginell i jämförelse med andra riktade insatser för att reducera väntetider. En annan omständighet är att kökansliets verksamhet inte uppfattas som klart avgränsad från andra aktiviteter inom "Projekt kortare väntetider". Det har inneburit att det har varit svårt att klarlägga vilka effekter som kan hänföras till kökansliet och vilka effekter som har att göra med andra satsningar; exempelvis satsningar på att förbättra väntelistornas kvalitet och införandet av valfrihet.

## 2 Kökansliets verksamhet i siffror

En organisatorisk enhets sätt att fungera och verka kan beskrivas på olika sätt och ett sådant sätt är genom att dess prestationer och processer på olika sätt kvantifieras. En del av underlaget för analysen av verksamheten är därför den statistik över kökansliets verksamhet som finns tillgänglig. Materialet har tillhandahållits av personalen på kökansliet och är i huvudsak hämtat ur deras informationssystem.

En viktig del i bedömningen av verksamheten är vad dess processer leder till. Innebär kökansliets verksamhet att patienterna som omfattas av garantin verkligen får hjälp? De data som finns ger en bild av vad kökansliet presterat under den tid de varit verksamma. Utvecklingen har, sedan verksamheten startade, varit att allt fler behandlingar utförts. Bortsett från variationer kopplade till säsonger och att vissa månader avviker från trenden är det tydligt att kökansliet sedan uppstart har hjälpt allt fler till behandling. Tabellen nedan beskriver dels hur utvecklingen varit för kökansliets verksamhet vad gäller att hjälpa patienter inom ramen för garantin, dels hur många valfrihetspatienter som hjälpts. Noteras bör att valfrihetspatienterna fram till sommaren 2003 administrerades av en annan enhet inom regionen.

Behandlingsgaranti													
	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec	Totalt
År 2002	129	107	144	149	114	196	122	147	170	169	131	85	1 663
År 2003	317	270	176	187	91	137	120	211	232				1 741

Valfrihetspatienter													
	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec	Totalt
År 2002	172	155	157	304	234	238	188	280	353	394	298	238	3 011
År 2003	255	294	343	360	414	221	191	263	370				2 711

**Figur 2.1. Antal patienter inom behandlingsgarantin och valfrihetsvården (tom september, 2003)**

Statistik finns också tillgänglig över vilka behandlingar som utförs. Av tabellen nedan framgår det att det är två behandlingar som kvantitativt har dominerat sedan kökansliet startade sin verksamhet. Hörapparatsutprovning och grå starr har under 2002 och under större delen av 2003 stått för över 60 procent av de utförda behandlingarna. De prioriteringar som gjorts, där vissa diagnoser inte längre är aktuella för kökansliet, har fått ett tydligt genomslag i statistiken. Åderbräck har exempelvis minskat från 169 behandlingar 2002 till 26 under perioden januari till september 2003. Under samma period har antalet bröstreduktioner minskat från 57 till 10. Samtidigt som de bortprioriterade diagnoserna har minskat har det totala antalet behandlingar ökat 2003 även om bara de nio första månaderna ställs mot helåret 2002. Både hörapparatsutprovning och grå starr har fortsatt att öka under 2003.

Diagnos	Jan-sept 2003		Jan-dec 2002	
	antal	andel	antal	andel
hörapparat	956	55%	787	48%
grå starr	490	28%	275	17%
åderbräck	26	1%	169	10%
bröstreduktion	10	1%	57	4%
knäplastik	14	1%	53	3%
a-scopi, knä	21	1%	35	2%
ljumskbräck	6	0%	31	2%
axelop.	14	1%	28	2%
höftplastik	6	0%	20	1%
reumatologi	67	4%	74	5%
obecitas	12	1%	18	1%
ryggop.	6	0%	13	1%
bräckop.	8	0%	12	1%
fotop	35	2%	15	1%
prostataop			12	1%
övriga	70	4%	28	2%
Summa:	1 741		1627	

**Figur 2.2. Behandlade diagnoser (tom september, 2003).**

En rad olika behandlingar har sålunda genomförts som faller inom ramen för vårdgarantin. Det framgår också tydligt att vissa behandlingar dominerar kvantitativt medan andra är väldigt få till antalet. Var har då behandlingarna utförts? I den statistisk som kökansliet för över de olika behandlingarna och vilka vårdgivare som utför dem framgår det att de flesta vårdgivarna som utfört behandlingar är externa i förhållande till Västra Götalandsregionen. En lista över vilka vårdgivare som anlits visar hur kvantiteterna fördelats på olika vårdgivare:

Vårdgivare 2003, jan-sept	
M&M Medical	942
Medocular	484
Otto Nordhus - Bäckeфорs	11
Frölunda	12
SU	159
IFK Kliniken	13
Dr Ulf Kingstam	30
Ögoncentrum Varberg	7
Sergelgruppen	15
Lundby	18
Ortopediska huset	1
Carlanderska	23
St Görans	7
Spine center	7
Övrigt	12
Summa:	1741

**Figur 2.3. Vårdgivare (tom september, 2003).**



En genomgång av statistiken visar att kökansliet successivt har ökat antalet garanti-behandlingar och att det i huvudsak är vårdgivare utanför Västra Götalandsregionens organisation som utför behandlingarna.

### **3 Intervjuerna**

I detta avsnitt redovisas resultatet av de genomförda intervjuerna. Svaren på frågorna har varit utgångspunkten för presentationen av det samlade materialet och målet med sammanställningen har varit att ge en nyansrik bild av verksamheten.

#### **Verksamhetsmål**

Några av frågorna som ställdes under intervjuerna rörde kökansliets mål och uppgifter. På frågan om vilka mål kökansliet har svarade de flesta respondenterna att korta köerna var målet med verksamheten. Detta som ett led i Västra Götalandsregionens tillgänglighetsmål och den behandlingsgaranti som finns. Utöver det framhölls även informationsspridning till politiker som ett viktigt mål kopplat till kansliets uppdrag. En del i detta är att kökansliet ska följa hur köerna utvecklas nationellt. Men utöver dessa mål framhöll också personal på kansliet att andra viktiga mål med verksamheten var att lyfta problem i den befintliga verksamheten inom regionens hälso- och sjukvård och peka på vad som fungerar ”ineffektivt”.

#### **Kökansliets uppgifter**

Kökansliet har ett flertal uppgifter, enligt respondenterna, men två uppgifter föreföll vara mest centrala. De flesta menade att den primära uppgiften är att hjälpa patienterna till en vårdgivare genom att sluta avtal med vårdgivare. När kansliet startade sin verksamhet fanns målsättningen att de patienter som vände sig till dem skulle få vård inom sex veckor. Som en del i denna uppgift ingår att leta upp potentiella vårdgivare, förhandla fram avtal och sedan hänvisa patienterna dit. En av respondenterna framhöll att en viktig del av detta arbete är att erbjuda en likvärdig vård och att få de patienter som tagit kontakt med dem att känna sig trygga. Lotsfunktionen betonades också i sammanhanget med vilken man menar att kökansliet har till uppgift att länka samman patient och vårdgivare.

En andra uppgift handlar om att arbeta med att ta fram och sprida information. Det rör sig dels om att informera politiker och tjänstemän, dels om att informera patienter. Vad gäller information till patienter handlar det om att sprida kunskap om kökansliets verksamhet och vad kökansliet kan hjälpa till med, men också om de rättigheter behandlingsgarantin ger patienterna. Beträffande information till politiker framhöll flera respondenter att det handlar både om att informera om behandlingsgarantin som sådan och om aktuella väntetider.

Utöver de båda huvuduppgifterna framgick det under intervjuerna att ett flertal andra uppgifter ansågs som en del av verksamheten. En sådan uppgift är att följa upp behandlingsgarantin och en annan att arbeta med regionens väntelistor. Flera respondenter framhöll att vid Kökansliets uppstart fanns det tankar om att Kökansliet

skulle ta initiativ till att flytta väntelistorna från respektive sjukhus och istället administrera dem centralt. Intervjuerna visar att det fanns och finns en misstro mot sjukhusens sätt att hantera väntelistor. En misstanke som flera av de intervjuade lyfte fram var att det kunde ligga i sjukhusens intresse att ha långa väntetider eftersom det visar att verksamheten är efterfrågad och nödvändig.

En uppgift som flera av de anställda på kökansliet framhöll som viktig var att kökansliet skulle lyfta fram problem och ifrågasätta den verksamhet som bedrivs inom regionen. Eller som en av respondenterna uttryckte det:

*”Vi ska vara det lilla irritationsmomentet genom att jobba på tvären. Vi ska vara en motor i förändringsarbetet.”*

### **Konkreta åtgärder som har vidtagits**

Bland de konkreta åtgärder som har vidtagits för att korta väntetiderna nämner respondenterna verksamheten med att hjälpa patienter som stått i kö längre än nio månader att få komma till nya vårdgivare. Men även om det är den dominerade åtgärden framhölls ytterligare några under intervjuerna. En respondent beskrev att en åtgärd var att ”de stökat till” i betydelsen att de lyft fram problem och ifrågasatt rådande praxis gällande hantering av väntelistor. Att kökansliet har ifrågasatt hur saker och ting fungerat inom regionens verksamheter var något som hävdades av flera respondenter som var anställda vid kökansliet, men också andra som exempelvis politiker.

Flera respondenter menade också att kökansliet bidragit till att korta väntelistorna genom att ställa krav på att de uppdateras och hålls relevanta. Här är det svårt att urskilja vilka åtgärder som kan tillskrivas kökansliets verksamhet och andra satsningar som gjorts för att förbättra kvaliteten på väntelistorna. Parallellt med kökansliets verksamhet har sjukhusen i ett annat projekt kunnat söka medel för att satsa personalresurser på en genomgång av väntelistorna.

En åtgärd som flera respondenter menade att kökansliet inte vidtagit var att centralisera väntelistorna genom att flytta dem från de enskilda sjukhusen. Även om det var en av målsättningarna så har inga sådana aktiviteter genomförts. En anledning som nämndes under intervjuerna var att motståndet mot en sådan förändring ute på sjukhusen är alltför kompakt för att det ska gå att genomföra. En av de intervjuade på kökansliet uppgav att försök hade gjorts att flytta en väntelista men att det inte gått på grund av problem med motståndet. En av politikerna som intervjuades framhöll att förflyttning av väntelistor kan ses som ett andra steg, som i sinom tid ska tas.

En speciell åtgärd (som då studien genomfördes var den enda av sitt slag) var att kökansliet avtalat med ett sjukhus att om de kortade sina köer så att de föll inom ramen för garantin skulle de erhålla ett visst belopp. Summan motsvarades av det belopp som sjukhuset begärt, men inte fått, i sina förhandlingar med beställarenheten. I

förhandlingarna med beställarna lyftes kökansliet upp som en möjlig lösning. Sjukhuset tog på sig att korta köerna och kökansliet skulle betala efter det att målen uppnåtts. På sjukhuset fanns köer för diagnoser som inte längre behandlades eftersom de enligt personalen på klinken prioriterats bort av politiker. Efter avtalet med kökansliet kunde man operera bort dessa väntelistor eftersom de inte fylldes på längre. Personalen på sjukhuset upplevde avtalet som mycket positivt eftersom de ansåg att det var besvärande att politikerna prioriterat bort vissa behandlingar som de ansåg vara minst lika viktiga som de som prioriterats. Vissa av de patienter som nu fick hjälp hade väntat i fyra till fem år.

## Processen - från kö till behandling

En av kökansliets huvuduppgifter är att hjälpa de patienter som omfattas av behandlingsgarantin. Att patienten vänder sig till kökansliet är själva startpunkten eftersom kökansliet inte aktivt söker upp patienter som omfattas av garantin. Det är patienten som måste välja att vända sig till kökansliet, framhöll flera respondenter. Kökansliet arbetar med att informera allmänheten om sin verksamhet, men ofta är det så att de som vänder sig till kökansliet har hört någonstans om deras verksamhet. Inte minst genom massmedia där kökansliets verksamhet uppmärksammats vid ett flertal tillfällen (en sökning i Mediearkivet på ”kökansli” och G-P gav totalt 39 träffar). Även sjukhusen som har kö har efter ett ganska kraftigt motstånd initialt, börjat informera garantipatienter om deras rättigheter och kökansliets verksamhet. Vissa har utarbetat rutiner där alla patienter som stått i kö i mer än nio månader får ett brev hem med information om kökansliet.

Inte sällan är det anhöriga som hör av sig å släktingars vägnar. Patienterna får, lite beroende på vilken diagnos det gäller, frågan om de är villiga att resa och få behandling på annan ort. Det innebär inte att man kan välja att inte resa och garanterat få behandling ändå. Det är kökansliet som avgör i vilken utsträckning det är rimligt att tillmötesgå patienten på den punkten.

Vid den första kontakten kontrolleras att patienten väntat i den tid som krävs för att kvalificeras som garantipatient. Det är också i denna första fas som det undersöks om patienten lider av några besvär utöver den diagnos som hjälp söks för. Detta för att undvika att patienter skickas till vårdgivare som inte klarar av vissa ingrepp och behandlingar. En kontroll av hur lång väntetid patienten har kvar för att få vård hos den gamla vårdgivaren sker också eftersom det kan visa sig att det går fortare att få hjälp där än hos en ny vårdgivare. En av respondenterna menade att i början när kökansliet var nytt var det inte ovanligt att de gamla vårdgivarna ”fick fart” och hjälpte patienterna när de fick reda på att de skulle vända sig någon annanstans:

*”Ibland får den gamla vårdgivaren fart när de märker att patienten är i färd med att byta vårdgivare. Det var väldigt vanligt i början. Det var ett slags obstruktion från sjukhusen.”*

Efter det att en kontroll skett av patientens uppgifter tas en kontakt med en alternativ vårdgivare. För vissa diagnoser finns det avtal med vårdgivare, medan för andra måste nya avtal tecknas. Vid denna kontakt bestäms datum för patientens behandling. Därefter begär den nya vårdgivaren in journalen från den gamla. Detta uppgavs ha fungerat bra även om det framhölls att det skapar merarbete för den gamla vårdgivaren. Särskilt betungande hävdades det emellertid inte vara av någon. Efter det att journalen eftersänts skickas en kallelse till patienten om tid för behandling. Här varierar sedan proceduren beroende på behandlingens art. I avtalen med den nya vårdgivaren stadgas det att vården ska ske inom en viss tid och kökansliet följer upp att tiderna hålls och att patienterna inte behöver vänta i mer än maximalt tre månader för att få behandling. Bland de vårdgivare som skrivit avtal med kökansliet framhölls det att det var viktigt att hålla sig inom tidsramarna. En respondent som representerade en vårdgivare som även levererade sjukvård på uppdrag av andra menade att de betraktade kökansliets patienter som prioriterade.

De flesta respondenterna som jobbar på kökansliet eller har inblick i deras verksamhet ansåg att arbetet med att hjälpa patienter går bra. En respondent som arbetar inom regionen, men inte på kansliet uttryckte det på följande sätt:

*”Jag tycker att det har varit ett exempel på där man faktiskt åstadkommit någonting för invånarna, det bästa exemplet på hälso- och sjukvården som varit till nytta för patienterna.”*

De patienter som får hjälp är föga förvånande nöjda, vilket bland annat noterats i en uppföljningsstudie. Samtidigt upplevde flera respondenter det som frustrerande att de inte alltid kunde se att köerna minskar trots att de hjälpt många med en viss diagnos.

Ett problem som personalen vid kökansliet uppgav, var att det fanns för få vårdgivare att vända sig till vid upphandlingar. Ett exempel som gavs där det varit svårt att hitta en lämplig vårdgivare var inom fotkirurgi.

## **(För) Många patienter**

Sedan starten har många patienter valt att vända sig till kökansliet. Den redovisade statistiken i det föregående avsnittet bekräftar det. Bland personalen på kökansliet märktes det också att de blivit överraskade över det stora intresse som finns bland patienterna för att utnyttja garantin. Intresset har emellertid lett till att de resurser som kökansliet har till sitt förfogande inte räcker till. Prioriteringar har fått göras. Vissa diagnoser som exempelvis bräckoperationer och bröstförminskning har tagits bort. Prioriteringarna har gjorts på tjänstemannanivå. Kökansliet anstränger sig också än mer för att få bra priser enligt personalen. Men det är inte bara tillströmningen av patienter som gjort prioriteringar nödvändiga. Även det faktum att kökansliets ekonomiska ram för att upphandla behandlingar minskats jämfört med den ursprungliga tilldelningen uppgavs ha bidragit till att antalet diagnoser för behandling minskats.

Men alla patienter som vänder sig till kökansliet är inte garantipatienter, utan sedan några månader har kökansliet inom ramen för oförändrad personalstyrka även till uppgift att administrera valfrihetspatienter. Valfrihetspatienterna är de patienter som utnyttjar möjligheten att vända sig till ett annat landsting för att få vård. Det ökade tryck som detta lett till på kansliet i form av fler samtal, brev och e-brev har gett en undanträngningseffekt eftersom garantipatienterna hinns med i mindre utsträckning än förut, enligt personal på kansliet. En effekt av den ökade arbetsbördan har varit att telefontiderna begränsats och att det därmed är svårare att komma fram. Utvecklingen har uppmärksamats i media med rubriker som "Kö till kökansliet". Bland personalen beskrivs åtgärden som nödvändig eftersom varje samtal genererar merarbete och de även måste hinna med att besvara brev och e-brev.

## **Avtal och upphandlingar**

För att kunna hjälpa de patienter som vänder sig till kökansliet måste kontakter tas med vårdgivare som kan utföra de behandlingar som är aktuella. Kökansliet är emellertid inte helt fritt att vända sig till vilken vårdgivare som helst, utan ska i första hand vända sig till dem som inom Västra Götalandsregionen har kapacitet att ta emot och utföra behandlingar utöver ordinarie beställningar. Ett problem med att kökansliet först måste vända sig till regionens utförare var enligt en av respondenterna att det skapar en medvetenhet bland utförarna om att de får frågan först och att konkurrensen därmed inte blir lika hård. En annan respondent framhöll emellertid att det var rimligt att den kapacitet som finns i Västra Götalandsregionen utnyttjas fullt ut innan andra vårdgivare anlitas. I synnerhet som en av regionens producenter kan brottas med långa väntelistor medan en annan har överkapacitet.

Flera av respondenterna hävdade att kökansliet genom sina upphandlingar lyckats pressa priserna. Genom att ställa olika producenter mot varandra och jämföra priserna har de skapat en medvetenhet om vilka prisskillnader som finns och kunnat välja de som är billigast. Ett exempel som en av respondenterna lyfte fram var grå starroperationerna där priset hos en vårdgivare i ett närliggande landsting var 14000 kronor per öga, medan det hos en privat aktör i Göteborg låg på cirka 6000 kronor för samma behandling.

För många av behandlingarna tecknas emellertid inga separata avtal, utan befintliga avtal som Västra Götalandsregionen har använts. Möjlighet till att skriva hängavtal eller utnyttja optioner på extra behandlingar finns ofta i redan skrivna avtal. På samma sätt fungerar det när de vänder sig till producenter i andra landsting (i bland annat Halland och Stockholm har dessa landstings avtal med vårdgivare utnyttjats).

Vid upphandlingar av tjänster som överstiger ett visst belopp måste Lagen om offentlig upphandling (LOU) tillämpas. På kökansliet försöker de följa LOU, men lagen ses ibland som ett hinder för att kunna agera snabbt och flexibelt och ibland hade det varit att föredra om direktupphandling kunnat ske oftare. En av respondenterna beskriver arbetet med upphandlingar som trögt och segt, särskilt som kökansliet ofta

inte på egen hand gör upphandlingen. Enligt en respondent utanför kansliet borde kökansliet kunna teckna ramavtal och följa intentionerna i LOU i större utsträckning. Ett problem som framhölls är att eftersom kökansliets finansieringssituation är osäker och att de ofta inte vet riktigt hur många patienter som kommer att vända sig till dem beträffande en viss diagnos är det svårt att teckna avtal. Vårdgivaren vill gärna ha besked om hur många som avtalen omfattar. Utöver det framhölls även kökansliets osäkra ekonomiska situation som ett hinder vid upphandlingar. Eftersom finansieringen varierar över tid är det svårt att binda sig vid avtal. En respondent med insyn i kökansliets verksamhet uttryckte det på följande sätt:

*”Deras finansiering har varit osäker vilket försvårar. När pengarna väl kommit har det varit för bråttom och upphandlingar tar lång tid.”*

Enligt respondenter på kökansliet är det inte heller så att man i samtliga fall lyckats pressa fram det bästa priset även om man oftast har lyckats. En respondent beskriver det som att kökansliet nog över lag lyckats hamna under genomsnittspriset. Men att kökansliet skulle ha varit framgångsrikt och haft som entydig strategi att ”shoppa”, alltså att skriva avtal som ligger på marginalen hos producenterna och därmed ge ett klart lägre pris, är det ingen som framhåller. En respondent beskrev det som att det handlar om en avvägning mellan bra pris och snabbhet. Vid snabba upphandlingar vid sidan om LOU är det svårt att veta om det är ett bra pris eller ej.

Beträffande upphandlingar utgör det ovan nämnda avtalet med Alingsås sjukhus, om att de får extra resurser om de klarar av att korta sina väntetider till mindre än nio månader samt opererar bort de väntelistor där man upphört med behandlingar, ett särfall. I förhandlingarna med sjukhuset ställde kökansliet krav på att alla väntelistor skulle vara kortade och falla inom ramen för garantin. Pengarna skulle endast betalas ut om kraven uppfyllts vid årsskiftet. Kraven upplevdes som mycket höga av personalen på sjukhuset men de bestämde sig för att försöka klara av det. En av respondenterna på sjukhuset, som arbetat hela sitt liv inom sjukvården, menade att detta var första gången han stött på ett avtal som ”haft en positiv effekt på utvecklingen av processerna”. Bland annat hade personalen på sjukhuset lagt ökad vikt på att optimera planeringen av operationerna och utnyttja kvällsjourtiderna bättre. Sättet som kökansliet agerat på upplevdes som nytt av personalen på sjukhuset jämfört med hur beställarna vanligtvis agerar.

## **Effekter**

En fråga som ställdes under intervjuerna var vilka effekter kökansliet fört med sig. Vad hade verksamheten inneburit för aktörer inom och utanför Västra Götalandsregionen? Under intervjuerna fokuserade vi inte bara på vilka effekter kökansliet haft som direkt kunde kopplas till uppdraget, utan försökte få en så heltäckande bild som möjligt. Bland annat frågade vi respondenterna om de upplevde att kökansliet haft några oväntade effekter.

## Väntetider och väntelistor

Både vad gäller väntetiderna, alltså köernas längd, och väntelistornas kvalitet framhöll flera att det var svårt att avgöra på vilket sätt kökansliet har påverkat och i vilken utsträckning. En respondent på kökansliet beskrev att de fungerade som en ventil i organisationen. Frustrerade patienter som tidigare inte haft någonstans att vända sig, hade nu någon att be om hjälp. En annan respondent som arbetar som koordinator på en klinik som länge haft långa köer bekräftade det.

Tidigare hade det varit svårt att hantera de långa väntetiderna och exempelvis ta kontakt med patienterna som stod i kö för att höra om de fortfarande ville stå kvar, eftersom personalen ofta visste att det skulle dröja innan patienten fick vård. Att göra utskick till patienter för att höra om de fortfarande var intresserade beskrevs som en oangenäm sysselsättning om beskedet till dem som sedan hör av sig är att det är lång väntetid kvar. Men i och med att kökansliet inlett sin verksamhet fanns det någonstans att hänvisa patienterna och därmed var det lättare att kommunicera med dem som stod i kö. När det finns ett kökansli att hänvisa till känns det mer positivt. En respondent som arbetar på ett sjukhus beskrev det på följande sätt:

*”Det har varit ytterligare en instans att hänvisa patienter till, att inte vara slutstation. Det gjorde livet lättare för oss när patienten kanske ser en ljusning.”*

En annan respondent, som arbetar på ett sjukhus, menade att patienterna blir ”jätteglada” när de informeras om kökansliet. De intervjuade politikerna framhöll också att det var skönt att kunna hänvisa patienter som ringer och är frustrerade någonstans.

En annan effekt som lyftes fram under intervjuerna var att den garanti om behandling inom en viss tid som politikerna beslutat om nu i och med att kökansliet finns, faktiskt fungerar som en garanti. Patienterna som har väntat har de facto någonstans att vända sig när de väntat i mer än nio månader.

En viss effekt på väntetiderna framhöll vissa att kökansliet haft, även om det är svårt att avgöra huruvida det är kökansliets förtjänst eller om det beror på någon annan aktivitet inom regionen. För en del diagnoser har väntetiderna minskat och till viss del beror det på kökansliets verksamhet. Kökansliet har påverkat väntelistorna på två sätt. Dels genom att kökansliet har hjälpt patienter till behandling, dels genom att väntelistorna har förbättras avseende kvalitet. Tidigare ställdes personer som kanske inte ville ha en operation omedelbart i kö eftersom väntetiderna var så långa. Man satte upp sig för att gardera sig ifall behovet av behandling skulle bli mer akut. Många av dem som stod på väntelistorna var därför inte i något omedelbart behov av behandling. Andra kvalitetsaspekter som lyftes fram och som förbättrats var att innan kökansliet började kontrollera väntelistorna och ställa krav på dem, stod avlidna personer och sådana som redan fått hjälp kvar. Ingen gick igenom listorna och kontrollerade hur aktuella de var. En anställd på kökansliet beskrev processen i lite bryska ordalag: ”Vi har ruskat på byket.”



Beträffande förbättringen av kvaliteten på väntelistorna framhölls det att en genomgång av listorna och en uppdatering av dem kunde ge bra resultat i form av minskad väntetid. På en klinik berättade man att en ordentlig genomgång av väntelistan resulterat i att mycket ”luft” pressats ut, vilket lett till att väntetiden minskat från 197 veckor till 60 veckor. Samtidigt framhöll man att väntelistorna ständigt måste hållas efter eftersom de annars omedelbart börjar växa. En respondent menade att när de hade infört rutinen att skicka ut information om plats i väntelistan och information om kökansliet till dem som hade väntat i mer än nio månader, innebar det också att väntelistan hölls bättre uppdaterad.

Både bland de intervjuade på kökansliet och bland de intervjuade politikerna uttrycktes en frustration över att väntetiderna inte hade minskat. Ingen kopplade det till ett misslyckande för kökansliets del, utan tvärtom var det flera som framhöll att problemet med väntetiderna var att ju fler som behandlas desto fler strömmar till för behandling.

Här bör påpekas att exempel gavs på väntelistor som hade förbättrats men ingen uttalade sig om hur utbredd förbättringarna av väntelistorna faktiskt var totalt sett i regionen. Flera respondenter påpekade däremot att förbättringen av väntelistorna egentligen inte var kopplade till kökansliets verksamhet utan till en annan aktivitet inom ramen för ”Projektet kortare väntetider”, med egna resurser som fokuserat på väntelistornas kvalitet och struktur. Bland annat kunde sjukhusen ansöka om ekonomiskt stöd för att gå igenom sina väntelistor, vilket uppgavs vara väldigt tidskrävande av dem som arbetade med väntelistorna på sjukhusen.

En respondent menade att om man ställde kökansliets resurser, cirka 20 mkr mot de 390 mkr som totalt hade satsats på kökortning förstår man att kökansliet bara är en del i det som har påverkat väntetidernas utveckling de senaste åren. En respondent uttryckte att kökansliet har förstorats upp i den politiska debatten och att om kökansliet sätts i relation till helheten i regionen handlar det om en liten verksamhet.

Flera av de anställda på kansliet var upprörda över hur väntelistorna hade administrerats. De gav bland annat exempel på väntelistor som helt hade saknat någon som utför behandlingarna. I de fallen har väntelistorna bara växt. En respondent gav ett exempel på en väntelista till en behandling där den läkare som utförde behandlingen hade åkt till USA för en längre tid. Ett problem som framhölls i sammanhanget var att väntelistorna i alltför hög utsträckning ”tillhört” enskilda läkare. Istället för att väntelistan är kopplad till en behandling som utförs på en klinik, har den varit kopplad till en enskild läkare som utför behandlingen.

## **Information**

Både de som arbetar på kansliet och de politiker som har intervjuats ansåg att informationen till politiker och tjänstemän inom Västra Götalandsregionen har blivit bättre sedan kökansliet startade sin verksamhet. Som en del i Kökansliets verksamhet

ingår informationsspridning, vilket bland annat har kommit till stånd genom återkommande rapporteringar till politikerna. Politikerna uppgav att de var nöjda med den information de har fått via kökansliet. Statistiken kring väntelistorna inom regionen uppgavs ha förbättrats. Men även information av kvalitativ art har förmedlats. Kökansliets personal har under sitt arbete konfronterats med många frustrerade patienter och har kunnat föra deras berättelser vidare. En respondent beskrev det som att de som arbetar på kansliet kan berätta hur patienterna har det och upplever sin situation. En av de anställda på kökansliet framhöll att:

*”De får ny väldigt god information. Politikerna är nöjda. De skulle vilja att köerna minskade snabbare men de får en väldigt god bild av hur saker är i verkligheten. I synnerhet när det gäller de 14 diagnoserna...”*

Men utöver statistik kring väntelistor och kvalitativa beskrivningar uppgavs även informationen kring olika priser för olika behandlingar ha förbättrats, vilket även bekräftades av politikerna. Som en del i att upphandla verksamhet ingår det att ta kontakt med olika vårdgivare och det har givit en bättre bild av vad olika behandlingar kostar hos olika vårdgivare.

Flera respondenter uppgav således att informationen till tjänstemän och politiker har förbättrats. Vad gäller informationen till övriga enheter, bland annat sjukhusen, var det en mer skiftande bild som målades upp. Vissa respondenter framhöll att de när kökansliet startade sin verksamhet fått lite information om den. Någon uttryckte det som att all information de fått om kökansliet hade nått dem via media. Bilden bekräftas av de anställda på kökansliet. Många av dem som söker sig till kökansliet har hört talas om verksamheten på något annat sätt än genom direkt information med kökansliet som avsändare. Men kökansliet har arbetat en del med information och bland annat tryckt upp och spridit informationsbroschyrer. Ute på regionens sjukhus har vissa enheter, efter ett initialt motstånd, infört rutiner där de informerar alla patienter som väntat i mer än nio månader att kökansliet finns och att de har rätt att vända sig dit. Men de viktigaste informationskanalerna har emellertid enligt flera respondenter varit media som uppmärksammat kökansliet och dess verksamhet.

## **Oväntade effekter**

Men kökansliet uppgavs också ha fört med sig en rad ”bieffekter” eller oväntade effekter. En sådan som flera respondenter lyfte fram var att verksamheten stimulerat till ett nytt synsätt inom regionen. Tidigare uppgavs det ha varit så att man såg patienterna som något som sjukhusen ”ägde”. De patienter som stod på en väntelista på ett sjukhus skulle också stå där tills de blev behandlade på just det sjukhuset och inte släppas iväg eller hänvisas till ett annat sjukhus med kortare väntetid. Men detta synsätt har utmanats av kökansliet, enligt respondenter som arbetar där. En av de anställda beskrev det som att de har skapat en massa irritation. Kökansliets uppgift går stick i stäv med uppfattningen att patienterna ska stå i en viss väntelista på ett visst sjukhus. En respondent framhöll att kökansliets verksamhet upplevdes som ett hot:

*”Hotet låg i att kliniker finner en trygghet i att ha en väntelista. Har man ingen väntelista kan verksamheten vara hotad. Därför är väntelistan en tillgång för en klinik.”*

Men kökansliets verksamhet har med tiden blivit mer accepterad ute bland personalen på sjukhusen enligt flera respondenter som arbetar både på kansliet och ute på sjukhusen. Personalen på kansliet har etablerat en mer personlig kontakt med flera av de koordinatörer som arbetar med hanteringen av väntelistor på sjukhusen vilket underlättar samarbetet.

En annan oväntad effekt som framhölls var att verksamheten har lett till att priserna pressats i vissa fall. Kökansliet som sökt upp nya vårdgivare har kunnat jämföra och förhandla priser med flera utförare, vilket har lett till avtal med lägre priser än vad som tidigare funnits inom regionen. En effekt av verksamheten har också varit att fler nya aktörer sökt sig till regionen. Ett exempel på en sådan vårdgivare är ett företag som sysslar med utprovning av hörapparater som har startat upp en verksamhet i Göteborg enbart på grund av kontraktet med kökansliet. Att nya vårdgivare anlitas för att utföra vård åt kökansliet har också lett till att privata alternativ har blivit mer accepterade, menade en respondent. En annan respondent framhöll att detta var mycket olyckligt och att den offentliga vården borde klara all vård som det finns behov av.

Vad gäller effekter för de tyngsta och svåraste patienterna gick meningarna isär bland de intervjuade. Bland dem som arbetar på kökansliet var det flera som framhöll att vissa sjukhus ”skickat” över tunga fall för att bli av med dem. Kökansliet skulle därmed fungera som en ventil inte bara för frustrerade patienter utan även för sjukhusen. Men flera respondenter som hade sin hemvist på något av regionens sjukhus gav den motsatta bilden där kökansliet endast tog sig an de lättaste okomplicerade fallen medan sjukhusen stod kvar med de tunga.

Men flera respondenter på kökansliet uppgav också att de genom sin verksamhet har lyckats identifiera saker inom regionen som har fungerat mindre bra och som inte har varit känt tidigare. En respondent sa att ”har vi inte gjort något annat så har vi visat mycket som varit dolt”. Vad respondenten åsyftade var att dåliga rutiner uppdragats som tidigare inte var kända.

En respondent menade också att kökansliet visat att mer resurser faktiskt ger mer vård. Men samtidigt som den effekten noterats framhölls en annan mindre positiv effekt nämligen att kökansliets verksamhet innebär att pengarna rinner ut vid sidan av. En situation kan uppstå där besparingar i sjukhusens budgetar leder till att tillgängligheten minskar och fler patienter vänder sig till kökansliet, vilket leder till ökade kostnader för regionen. En besparing på en klinik skulle enligt resonemanget kunna ”ätas” upp av ökade kostnader för kökansliet.

En negativ effekt som påpekades under intervjuerna var att kökansliet försämrade möjligheterna till långsiktig planering ute på sjukhusen. En respondent menade att kökansliet var en del i de med jämna mellanrum återkommande satsningarna på att

korta väntetiderna och att de punktinsatser som har gjorts bara har lett till tillfälliga förbättringar. Så fort satsningarna har avslutats har köerna åter växt. Det hade varit bättre om resurserna hade fördelats ut till sjukhusen, vilket möjliggör att ett visst antal anställda kan hållas över tiden, enligt personalen på en klinik inom regionen. En annan effekt som påverkar sjukhusen negativt är att volym försvinner och därmed förutsättningar för en god utbildnings- och forskningsverksamhet.

Ytterligare en effekt som framhölls var att kökansliet är en viktig symbol. Genom att kökansliet finns och bedriver sin verksamhet skickas signaler ut i organisationen om att tillgängligheten är något som är viktigt och prioriteras.

## Prioriteringar

Flera respondenter, både sådana som arbetar på kökansliet och sådana som har sin hemvist i andra delar av regionen, menade att ett starkt motstånd har bjudits bland sjukhusen i regionen och att en bidragande orsak till detta var att de medicinska prioriteringarna ersatts med andra prioriteringsgrunder.

För flera av diagnoserna som är aktuella för kökansliet, finns det olika prioriteringsregler på klinikerna, där patienterna sätts upp på väntelistan på grundval av prioriteringsgrad. Ett exempel som lyftes fram under intervjuerna var grå starr där klassificeringen skedde med hjälp av tre grupperingar: enkel förtur, dubbel förtur och ingen förtur. Andra kliniker har andra prioriteringsgrupper för andra diagnoser. Bland respondenter som arbetade på sjukhusen som har långa väntelistor hävdades det att prioriteringsgrunden nio månader ledde till att de som var i mindre behov av behandling fick gå före dem som hade ett större behov. Flera respondenter menade att detta var ett felaktigt och orättvist sätt att prioritera.

Systemen med att väntelistorna bygger på olika förtur innebär att väntetiden kan variera betydligt beroende på vilken prioriteringsklass en patient tillhör. För en patient med dubbel förtur kan väntetiden vara sex månader, medan den för en annan patient utan förtur kan vara 20 månader. Men det kan innebära att den som inte har någon förtur inte alls rör sig framåt i väntelistan, eftersom det framför hela tiden fylls på med patienter med förtur. Vissa av de intervjuade som arbetar på sjukhusen upplevde den situationen som oproblematiserad eftersom det bygger på medicinsk prioritering. De som inte får hjälp behöver det inte heller. Andra hävdade att det kanske inte borde finnas några prioriterade grupper, utan att alla borde stå i samma väntelista. På frågan om kökansliets verksamhet som tar emot lågprioriterade patienter har lett till att sjukhuset kan fokusera mer på de med högre prioritet svarade en respondent:

*”Nej, det är en ryggsäck (de lågprioriterade) som försvunnit som vi bara haft dåligt samvete för. De skulle ändå inte ha fått hjälp.”*

Samma respondent, tillsammans med flera andra, menade att kökansliet har lett till att gruppen av medicinskt lågprioriterade patienter får vård. Flera, men inte alla, tyckte att

detta var positivt. På sjukhuset där ett avtal slöts med kökansliet – om att extraresurser skulle erhållas om sjukhuset klarade av att korta sina väntetider till maximalt nio månader samt operera bort de väntelistor där behandlingar har slutat genomföras – menade man att det var bra att de lågprioriterade patienterna äntligen fick hjälp.

En annan aspekt av kökansliets verksamhet var att den bygger på att patienterna aktivt söker sig till kökansliet och ber om att få hjälp att komma till en annan vårdgivare. Detta leder enligt flera respondenter till ett orättvist system där endast de som orkar engagera sig får snabb hjälp. En av de intervjuade menade att det är de ”alerta” patienterna som får hjälp. För vissa av diagnoserna, som exempelvis hörapparatutprovning och grå starr, är det en övervägande del äldre som väntar på behandling och äldre är inte alltid så företagsamma. Men alla upplevde inte det som enbart negativt. En respondent menade att systemet med att patienten aktivt måste söka hjälp underlättar för vårdgivarna eftersom de som anstränger sig för att få vård är de som är mest angelägna.

Flera av respondenterna menade att en bättre rättvisa borde kunna uppnås om man överlät till sjukhusen att skicka de patienter som skulle få hjälp. Sjukhusen skulle då kunna följa den medicinska prioriteringsordningen och samma antal patienter skulle få hjälp.

## 4 Analys – hur har det fungerat

Kökansliet är en liten organisatorisk enhet; den hanterar ur ett regionperspektiv oansenliga resurser och den består av ett fåtal personer. Kansliets uppdrag är speciellt eftersom det handlar om att hantera konsekvenserna av att den ordinarie hälso- och sjukvården inte fungerar fullt ut. Hade regionens hälso- och sjukvård fungerat tillfredsställande hade inte kökansliet behövts.

Fokuseras de mål som lyftes fram av de intervjuade, framgår det att två mål framstår som de mest centrala, nämligen att korta väntetider genom att hjälpa de så kallade garantipatienterna och att sprida information. Men även om huvudmålet framstår som tämligen klart verkar det finnas tecken på en viss målförskjutning. Målförskjutning är ett begrepp som beskriver fenomenet att organisationers mål över tid tenderar att förskjutas (Jacobsen och Thorsvik 1995). Att nya mål tillkommer eller att gamla förändras behöver inte vara något negativt utan kan också ses som ett uttryck för att en lärprocess har skett över tid. Så verkar fallet vara beträffande kökansliet. Informationsmålet verkar ha utvidgats sedan starten till att inte bara omfatta information om väntetiderna, utan även mer övergripande om hur sjukhusen arbetar med väntetider. Utöver det framstår också målet att fungera som en ifrågasättande och utmanande organisation ha tillkommit under resans gång. Kanske beror detta på att en sådan verksamhet ganska lyckosamt bedrivits. Men oavsett hur målen har tillkommit förefaller de vara viktiga för kökansliet. De tre huvudmålen, formella och informella, är således att:

- \* korta köer genom att hjälpa garantipatienter
- \* sprida information
- \* samt ifrågasätta

I den kommande analysen ställs de empiriska beskrivningarna som har gjorts i de tidigare avsnitten, mot målen. Hur har kökansliet lyckats beträffande måluppfyllelse?

### Lotsning av garantipatienter

Processen med att bistå garantipatienter med den hjälp de behöver för att få vård har enligt tämligen samstämmiga uppgifter fungerat väl. För vissa diagnoser som exempelvis hörapparat och grå starr har avtal slutits där patienterna som kommer via kökansliet garanteras vård inom en viss tid. Genom kökansliets verksamhet förbättras därmed möjligheterna för de patienter som har stått på en väntelista längre än garantitiden att få den behandling som de väntat på; garantin blir en garanti.

Även om själva processen med att lotsa garantipatienter vidare till nya vårdgivare beskrivs som lyckad har verksamheten inte vunnit acceptans i alla läger i regionen, men motståndet mot verksamheten har minskat med tiden. När kökansliet startade sin

verksamhet fungerade dialogen med de olika sjukhusen dåligt och kökansliet betraktades som en verksamhet som gjorde intrång på sjukhusens traditionella område. Det försvårade kökansliets arbete inledningsvis. Men efter hand som verksamheten har bedrivits verkar kökansliet ha blivit allt mer accepterat. Det finns dock fortfarande en del personer som har synpunkter på verksamheten. Detta behandlas mer ingående längre fram.

För att kunna hjälpa de patienter som omfattas av behandlingsgarantin har kökansliet vänt sig till olika vårdgivare som utför tjänster på de olika områdena. Först och främst har vårdgivare med ledig kapacitet inom regionen fått en förfrågan och bara om det inte finns någon regionintern producent har externa vårdgivare som exempelvis andra landsting eller privata vårdföretag fått frågan. För många av diagnoserna har kökansliet utnyttjat så kallade hängavtal och optioner på extrabehandlingar som den centrala beställarenheten har förhandlat fram. Utöver det har även vissa avtal slutits direkt med vårdgivare och ibland har det handlat om upphandlingar för enstaka behandlingar.

Även om kökansliets sätt att arbeta med att ta hand om de garantipatienter som vänder sig dit beskrivs som välfungerande skedde ett ifrågasättande av kökansliets existensberättigande på grund av de extrakostnader som verksamheten genererar. Flera av respondenterna framhöll att det hade varit bättre om de 3 mkr som kansliet kostar hade satsats på mer vård istället. Pengarna som nu går till administration kunde satsas i den regioninterna produktionen.

Kökansliet har sedan starten inte erhållit de budgeterade resurserna fullt ut, utan har fått nöja sig med en lägre tilldelning än planerat. Detta får konsekvenser eftersom det minskar utrymmet för att handla vård. Frågan är om en verksamhet som har till uppgift att se till att en garanti efterlevs över huvud taget går att styra med hjälp av resursbegränsningar utan att det samtidigt sätter en gräns för garantins verkställighet. Beträffande kökansliet har problematiken lösts genom att några av de diagnoser som tidigare var föremål för garantin inte längre får någon hjälp genom kökansliet. Dessa prioriteringar har gjorts på tjänstemannanivå. Målet med verksamheten har därmed snävats in och garantin är fortfarande en garanti men för ett färre antal diagnoser.

## **Shopping eller hängavtal? – snabbhet och flexibilitet eller lågt pris**

I arbetet med att få tag på alternativa vårdgivare till garantipatienter måste kansliet ta hänsyn till många saker: LOU, snabbhet, pris och optimalt kapacitetsutnyttjande av regioninterna vårdgivare. Det sistnämnda handlar om att uppdraget i första hand ska gå till regionens vårdgivare, eftersom deras kapacitet bör nyttjas till fullo. Denna restriktion försvårar ibland möjligheterna till konkurrensutsättning och kan därigenom motverka prispress. För kökansliet handlar det om att balansera svårförenliga värden som flexibilitet och snabbhet samt lågt pris och planering.

Eftersom kansliet inte gör egna upphandlingar för en del behandlingar, utan använder sig av befintliga avtal eller så kallade hängavtal med vårdgivare, får kansliet inte alltid sina behandlingar utförda billigare, men inte dyrare heller. En intressant fråga är om inte kökansliet med sin fria ställning, sitt speciella uppdrag och sin oansenliga storlek i större utsträckning kunnat nyttja möjligheten att ”shoppa”, det vill säga upphandla behandlingar på marginalen hos vårdgivarna och nyttja att deras fasta kostnader redan täckts av någon annan beställare? I studien framträder tre förklaringar till varför shopping har varit svårt.

1. Merparten av de behandlingar som kökansliet har förmedlat till garantipatienterna har gällt grå starr och hörselhjälpmedel. Därigenom har tämligen stora volymer upphandlats. Detta försvårar shopping eftersom det bygger på inköp av ett fåtal behandlingar.

2. Shopping innebär inte att det saknas en motpart vid förhandlingen som har åsikter om vad marginalkostnaden för ytterligare en behandling är. Exempelvis hade en leverantör i stort sett kökansliet som huvudkund, vilket inte borgar för någon shopping på marginalen.

3. Shopping förutsätter en marknad där det finns god tillgänglighet till vårdgivare som har överkapacitet. Detta är förutsättningar som knappast påminner om kökansliets. För vissa behandlingar har inte ens en enda vårdgivare gått att uppbirga.

Dessutom är det viktigt att poängtera att upphandlingar inte enbart handlar om pris utan även om kvalitet och tillgänglighet. Internationella studier har visat att köpare av vård i första hand påverkas av dessa faktorer och i tämligen ringa utsträckning av prissignaler (Ellwood 1997). I fallet med kökansliet är förmodligen en viktig bidragande orsak att snabbhet och flexibilitet har varit viktiga ingredienser i beställningarna.

Genomgången av det empiriska materialet visar att kökansliet trots detta har en påverkan på priserna och deras utveckling inom regionen. Kökansliets kunskaper om vad behandlingar kostar på andra sjukhus och i andra landsting innebär en informell prispress på de regioninterna vårdgivare som har anlitas. Genom att lyfta upp olika prisexempel för samma diagnoser har kunskapen bland politiker och tjänstemän i regionen om olika prisalternativ tydliggjorts. Priser kan pressas med jämförelser; konkurrens är inte alltid nödvändigt. Samtidigt är det viktigt att komma ihåg att kökansliet i många fall även har möjlighet att välja den vårdgivare som är billigast. Men utöver det har kökansliet också bidragit till att förbättra marknadssituationen i regionen vad gäller vårdgivare. Nya vårdföretag som levererar olika typer av behandlingar har etablerats i regionen eftersom kökansliet använder sig av deras tjänster. Fler kunder har lett till fler producenter. I förlängningen innebär det också att andra beställare inom regionen har fler att vända sig till, vilket skapat en ökad press på att vara konkurrenskraftig.



## Kökansliet som informationsavdelning

Politiker och övriga beslutsfattare behöver information för att kunna fatta bra beslut. Kökansliets arbete genererar stora mängder information samtidigt som kansliets uppgift att sprida information är komplex. Därför kräver analysen av hur uppgiften har fullgjorts en tydlig struktur. Här skiljs mellan kökansliets uppgift att 1) informera medborgare och garantipatienter om att de finns och vad de gör, 2) informera regionens vårdgivare om verksamheten och 3) informera politiker och tjänstemän om väntetider och övriga intressanta iakttagelser kring tillgänglighet.

Det är svårt att bedöma om kansliets ansträngningar att informera medborgare och garantipatienter om att kökansliet finns varit tillräckliga. Kansliet har till exempel informerat genom att sprida en informationsbroschyr och genom att delge information via Västra Götalandsregionens webbplats. Mest betydelsefullt för att göra kökansliet känt förefaller medias intresse ha varit.

Poängen med att informera regionens vårdgivare om att kökansliet finns har visat sig vara dubbel. Eftersom vårdgivarna blivit allt mer benägna att se kökansliet som en möjlighet för patienterna, har de i större utsträckning informerat patienter om att kökansliet finns. När det gäller hur vårdgivarna fått denna information finns det kritiska anmärkningar om att de har informerats via media och inte av kökansliet. Företrädare för kansliet beskriver att de varit ute och informerat, men förmodligen inte tillräckligt. Oavsett hur informationen har nått vårdgivarna har det visat sig vara bra för garantipatienterna eftersom de fått möjlighet till behandling. Dessutom har denna information visat sig vara välgörande för vårdgivarna själva. Vetskapen om att ett kökansli finns har gjort deras arbete mindre pressande. Genom att kunna hänvisa patienter vidare har de sluppit svåra samtal med missnöjda och frustrerade patienter.

För närvarande har kökansliet mer arbete än vad som kan hanteras och då är sannolikt inte nya informationskampanjer prioriterade. Kanske kommer det att innebära att det företrädesvis är de patienter som ringer sin ordinarie vårdgivare och undrar när de ska bli behandlade som kommer att få informationen om kökansliet. En problematisk omständighet är att det då i än större utsträckning blir de företagsamma garanti-patienterna som kommer ifråga för behandling. Det är svårt att försvara att oinformerade och vanmäktiga garantipatienter får mindre tillgång till behandlingar än aktiva och informerade garantipatienter.

Informationen till den politiska nivån har både varit kvantitativ och kvalitativ. Den kvantitativa informationen har handlat om hur väntetiderna inom de fokuserade diagnoserna har utvecklats, men även om vårdgivarnas olika priser för samma behandling. Den kvalitativa informationen har bestått av berättelser eller anekdoter om hur vårdgivarnas verksamhet fungerar och hur enskilda vårdgivare resonerar. Kökansliets personal har en god inblick i vårdgivarnas verksamhet och genom att de kommer utifrån med kritiska ögon ser de hur verksamheten fungerar i praktiken. Anekdoter är i praktiken viktiga för beslutsfattare och kan därför ha stor inverkan på de beslut som fattas (Johansson 1995). Både den kvantitativa och den kvalitativa

informationen förefaller ha uppskattats av politiker och övriga beslutsfattare. Kansliet har förmedlat information till beslutsfattare som gör att de kan fatta bättre beslut.

## Ömsesidigt misstroende

I beskrivningen av processen ovan framgår det att kökansliets verksamhet varit och är ifrågasatt av vissa. Främst handlar det om anställda på regionens sjukhus. Men inte alla anställda, utan något tillspetsat verkar det som om läkarna är mer skeptiskt inställda till kökansliet än annan personal på sjukhusen. Vi har dock inte underlag för att göra några uttalanden om hur pass vidsträckt denna inställning är bland läkarna.

En starkt bidragande orsak till ifrågasättandet är den nya prioriteringsordning som vårdgarantin innebär. Mycket kritik riktades mot det faktum att kökansliets patienter som har rätt till vård efter att ha väntat i nio månader inte prioriteras efter medicinska grunder utan efter hur lång tid de har väntat. En vanlig uppfattning var att det var fel att de som var lågprioriterade fick gå före dem som hade klassats som högprioriterade. I själva verket bygger det på en något modifierad bild av hur det verkligen ligger till. Alla garantipatienter behandlas lika enligt kökansliets prioriteringsregler oavsett medicinsk prioriteringsgrad, vilket också innebär att ingen får gå före någon annan. Sedan fanns det också respondenter som menade att de som var lågprioriterade inte borde få någon behandling alls.

En annan aspekt av kökansliets verksamhet som väckte motstånd och irritation var att verksamheten bygger på att patienterna själva vänder sig till kökansliet och först då förverkligas garantin om vård efter nio månader. Äldre och andra som kanske har svårt att själva söka information kanske inte alltid klarar av att själva kontakta kökansliet. Att det främst är äldre det handlar om stöds av statistiken från kökansliet som visar att genomsnittsåldern bland dem som har vänt sig till kökansliet var 72 år. Flera av respondenterna tyckte att det var fel och orättvist att de som inte klarar av att vända sig till kökansliet får längre väntetid än andra som är piggare, och dessutom eventuellt är lägre medicinskt prioriterade. Ett förslag som flera framhöll som alternativ var att sjukhusen skulle sköta prioriteringen och skicka de patienter som var i störst behov av behandling till kökansliet istället.

En del av den kritik som har riktats mot kansliet och dess verksamhet har därför bottnat i att verksamhetens utformning har upplevts som orättvis och att den stridit mot rådande normer för hur en rättvis prioritering ska gå till. Men det är inte bara sjukhusen som har ifrågasatt den verksamhet som kökansliet bedriver, utan kökansliet har också ifrågasatt rutiner och praxis gällande hantering av väntelistor bland regionens interna utförare.

Flera respondenter framhöll att en viktig effekt av kökansliets verksamhet var att missförhållanden och ineffektiva rutiner har avslöjats. En respondent beskrev det som att kökansliet visat hur ”verkligheten ser ut”. Bland annat har dåliga rutiner uppdragats som exempelvis väntelistor som inte lett till någon som behandlar och att patienter inte hänvisas till de sjukhus som har kortast väntetid för den aktuella diagnosen. Mycket av kritiken riktade in sig på läkarnas sätt att se på väntelistorna som ”sina egna”, vilket

har lett till att om en läkare av någon anledning inte utför en behandling under en period så har väntelistan bara växt utan att någon har blivit behandlad.

Kökansliet och dess sätt att arbeta har utmanat det rådande systemet genom att utgå från en annan logik (tid på väntelista istället för medicinsk prioritering) och representerar ett nytt sätt att betrakta väntelistorna på. De empiriska beskrivningarna indikerar att en skiftning har skett där en större samsyn har nåtts mellan kökansliet och sjukhusen och då främst den personal som arbetar med väntetidshanteringen. Som beskrevs tidigare i analysen upplevs inte kökansliet i lika hög utsträckning som tidigare som ett hot eller något kontroversiellt. Men likväl kvarstår ett ifrågasättande av kökansliet som idé och den verksamhet som bedrivs.

Situationen som har uppstått kan därför sägas vara präglad av ett ömsesidigt misstroende mellan å ena sidan främst läkare på sjukhusen och å andra sidan kökansliets personal. Båda parter ifrågasätter den andres sätt att prioritera och de lösningar som förs fram för att lösa problemen med de alltför långa väntetiderna.

## **Kökansliet uppfattas olika**

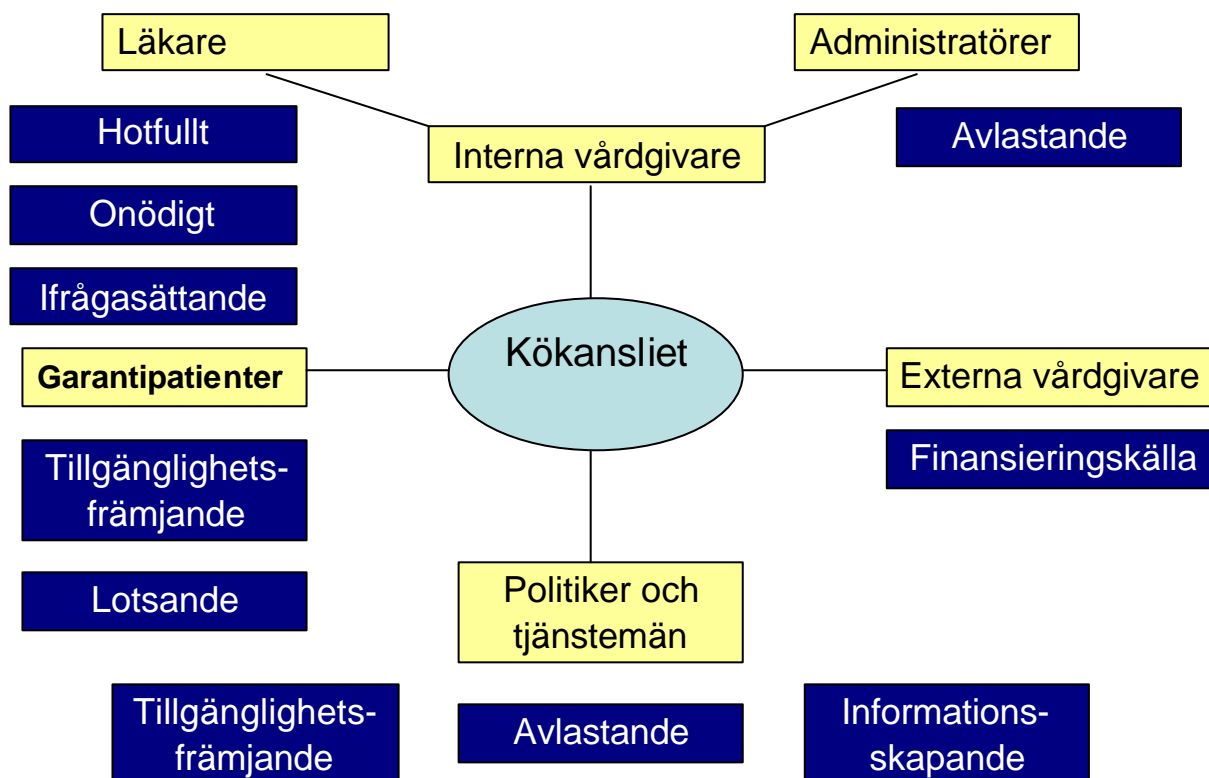
Föreliggande studie är bland annat baserad på intervjuer med en heterogen uppsättning personer som är verksamma inom och omkring kökansliet. Som beskrivits tidigare är företrädare för kökansliet, regionstyrelsen, hälso- och sjukvårdsstyrelsen, beställarkansliet, regionens vårdgivare och externa vårdgivare intervjuade. Dessa olika instanser kan betraktas som aktörer med olika intressen. Studien visar att dessa aktörers uppfattningar om kökansliet varierar – kanske just beroende på att de har olika intressen.

Kökansliet som aktör är medveten om att deras verksamhet uppfattas på flera olika sätt. Genom sina dagliga kontakter med garantipatienter och en tidigare studie av hur garantipatienter uppfattar kökansliet har de skapat sig en medvetenhet om hur garantipatienterna ser på deras arbete. Kökansliet bedömer att de betraktas som tillgänglighetsfrämjande genom sitt utbud av behandlingar och som en lots som leder patienterna till behandling.

För politiker och tjänstemän i regionstyrelse, hälso- och sjukvårdsstyrelse och beställarenheter uppfattar kökansliet att de inneburit en avlastning genom att vara en organisatorisk enhet som frustrerade patienter kan hänvisas till. Dessutom uppfattar man på kökansliet att de genererar viktig information till beslutsfattarna. Vidare förefaller man på kökansliet vara på det klara med att man är en viktig finansieringskälla för externa vårdgivare, att man avlastar i synnerhet koordinatörerna hos de vårdgivare som har långa väntetider och att man har varit ifrågasättande mot hur vissa kliniker administrerar sina väntelistor och sin verksamhet.

Den bild personalen på kökansliet har av sin verksamhet kan ställas mot de uppfattningar som övriga aktörer gav uttryck för vid våra intervjuer (vilka samman-

fattas i figur 4.1). Hur garantipatienterna ser på kansliet går inte att avgöra på grundval av föreliggande studie men som nämns ovan visar en annan utvärdering att garantipatienterna på det hela taget ser kökansliet som en lots och tillgänglighetsfrämjande. Regionens centrala beslutsfattare – politiker och tjänstemän – tycks betrakta kökansliet som avlastande, tillgänglighetsfrämjande och informations-skapande. De externa vårdgivarna betraktar kökansliet som en finansieringskälla och tycks anse att kökansliet är en kund som man ska vara rädd om.



**Figur 4.1. Hur olika aktörer uppfattar kökansliet.**

Regionens vårdgivare (som ”blir av med” patienter) är en aktör utan homogen uppfattning om kökansliet. Läkarna förefaller se kökansliet som något som ifrågasätter dem (företrädesvis det traditionella sättet att prioritera på) och uppfattas som hotfullt och onödigt. De personer som administrerar väntelistorna och har kontakten med de väntande patienterna ser kökansliet som en avlastning. Sammantaget förefaller denna aktör ha blivit alltmer benägen att se kökansliet som en möjlighet.

### Hur var det med måluppfyllelsen?

Utifrån den gjorda analysen kan det konstateras att kökansliet beträffande sin huvuduppgift, att hjälpa garantipatienter har lyckats väl. I huvudsak har detta skett genom att avtal slutits antingen direkt med en vårdgivare eller inom ramen för befintliga avtal

mellan regionens beställarenhet och vårdgivare. Även om inga direkta analyser gjorts av hur avtalen ser ut och vilka priser som gäller, tonar bilden fram att avtalen ligger under eller i linje med de ordinarie priserna som regionen betalar för samma behandlingar i andra sammanhang. Att hjälpa garantipatienterna verkar därför bli något billigare, eller i alla fall inte dyrare, än att använda sig av den interna produktionen.

Även beträffande målet som är kopplat till informationsspridning framstår måluppfyllelsegraden som god. Det framgår att politikerna och tjänstemännen fått ny information, bland annat om väntetider och väntelistornas utseende. Statistiken har också förbättrats. Men kanske lika viktigt är den ”mjuka” information som kökansliet kunnat sprida som beskriver patienternas situation och relationerna till sjukhusen i regionen.

Vad gäller det tredje målet med verksamheten, som väl måste betraktas som informellt, att kökansliet ska visa på alternativa synsätt och identifiera brister i befintliga rutiner verkar det också som om måluppfyllelsegraden är god. En av respondenterna som arbetar på kansliet framhöll att de skulle vara ”det lilla irritationsmomentet” och det verkar de också ha varit. Ny information om hur priser ser ut hos andra vårdgivare, väntelistornas sammansättning och hur väntelisterna har hanterats har spridits. Verkligheten har avtäckts i något större utsträckning, vilket inte har gillats av alla. Men kanske har kökansliet bara irriterat på marginalen eftersom riktigt irriterande åtgärder som centralisering av väntelistorna inte kunnat genomföras.

## **Kunde det gått bättre?**

Kökansliets verksamhet har fallit väl ut om den sätts i relation till de mål som har satts upp. Därmed inte sagt att inga problem existerar. Bland annat går det att identifiera problem som försvårar för kökansliet att fullfölja sitt uppdrag.

Ett problem är kopplat till utbudet av vårdgivare och restriktioner för vilka vårdgivare som kan komma ifråga. För vissa av de diagnoser som omfattas av garantin har det varit svårt att finna vårdgivare som kan utföra behandlingarna. Ibland har det inte gått att finna en vårdgivare överhuvudtaget och ibland har patienterna fått resa utanför regionen. Även om själva resandet inte lyftes fram som ett problem är det givetvis alltid att föredra om vårdgivaren finns på nära håll. En annan sida av problemet med vårdgivare är restriktionen att kansliet i första hand måste vända sig till de region-interna producenterna. Även om det kan te sig rimligt att de interna resurserna tas i anspråk först bör inskränkningen i konkurrensen och den minskade möjligheten att vidga producentutbudet vägas in. En fråga som infinner sig är varför det ska behövas ett extra kansli som lotsar runt patienter inom regionen?

Ett annat problem är dels kopplat till verksamhetens natur, dels kopplat till de finansiella förutsättningarna. De avtal som kansliet sluter med externa vårdgivare bör följa LOU. Samtidigt försvåras detta av att vårdgivare förmodligen vill att avtalen ska omfatta vissa kvantiteter, vilket kökansliet inte alltid kan bestämma i förväg eftersom

det är beroende av hur många garantipatienter som vänder sig till kökansliet för att få hjälp. Beträffande de diagnoser som behandlas i större kvantiteter, såsom grå starr och hörapparater, har det slutits avtal för kökansliets räkning, medan det inte har gjorts för andra behandlingar som omfattar färre antal. Problematiken med de osäkra volymerna förstärks av att den finansiella situationen varit instabil för kökansliet. Budgeten var från början 50 mkr, men minskades gradvis, även under budgetåren, vilket har förändrat förutsättningarna för att handla upp behandlingar. Minskningen av anslagen har bland annat bidragit till att vissa diagnoser inte längre omfattas av garantin. Kökansliets förutsättningar att detaljplanera verksamheten ter sig därför begränsade.

Ytterligare ett problem som har uppstått är den arbetsbörda som valfrihetspatienterna innebär för verksamheten. Sedan våren 2003 har personalen på kansliet även hand om de patienter som vill utnyttja möjligheten att vända sig till ett annat landsting för att få vård. Mätt i antalet telefonsamtal överstiger valfrihetspatienterna garantipatienterna rejält. Problemet är att samma personal ska hantera hela den nya tillströmningen, vilket har lett till att de rent tidsmässigt inte hinner med garantipatienterna i samma utsträckning som tidigare. Det är helt enkelt svårt att komma fram på telefon, vilket bland annat media refererat till som "kö till kökansliet".

Problemen som kökansliet brottas med handlar om olika saker och till viss del handlar det om sådant som är mer eller mindre oundvikligt vid en sådan organisatorisk lösning som kökansliet utgör. Verksamheten är svårplanerad och hänsyn måste tas till regionens övriga organisation. Men stabila ekonomiska förutsättningar och en rimlig bemanning i förhållande till arbetsbördan ter sig inte som ouppnåeliga förutsättningar. Det är svårt att uttala sig om vilken betydelse rubrikerna som "kö till kökansliet" har för legitimiteten och förtroendet för hälso- och sjukvården.

## 5 Slutsatser

I detta avslutande avsnitt presenteras de slutsatser som kan dras av analysen. Graden av måluppfyllelse i förhållande till uppdraget lyfts fram och reflektioner görs kring den speciella problematik en liten beställarenhet – som kökansliet – möter och vilka avvägningar som måste göras. Dessutom lyfts en rad svårvärderade effekter fram, där läsaren av rapporten bjuds in till att göra egna värderingar.

### God måluppfyllelse, men...

Kökansliet har lyckats väl med arbetsprocessen och har därigenom haft god måluppfyllelse i verksamhetsmålen. På olika sätt har patienter som väntat i nio månader lotsats vidare till vårdgivare med kapacitet att hjälpa dem snabbt. Kökansliet har med sin verksamhet bidragit till att den vårdgaranti som politikerna har fattat beslut om också har blivit en garanti. I och med att det finns en enhet som är relativt fristående från regionens produktionsapparat och med ett tydligt uppdrag att hjälpa garanti-patienterna har de politiska intentionerna förverkligats.

Men kökansliet har inte bara lotsat garantipatienter, utan även arbetat med att informera olika intressenter som politiker, tjänstemän, regionens utförare och patienter. Informationsuppdraget gentemot politiker och tjänstemän förefaller ha utförts väl, för att inte säga över förväntan. Kökansliet har lyckats förmedla information både av kvantitativ och av kvalitativ art om olika aspekter av regionens verksamhet (som tidigare inte fanns eller nådde fram till politiker). Inte minst den kvalitativa informationen förefaller vara uppskattad. Vad gäller informationen inom regionen, till sjukhus och kliniker med mera, verkar det som om kökansliet inte nått fram fullt ut. Bland annat framkom det att en inte helt ovanlig informationskanal för de anställda inom regionen beträffande kökansliets verksamhet var media. Även de anställda på kökansliet framhöll att det har varit svårt att nå ut av olika anledningar. Det samma gäller för informationen till patienterna och invånarna i regionen. Att media har uppmärksammat kökansliet har överbryggar en del av problemet.

Men utöver det uppdrag som kökansliet har att hjälpa garantipatienter och sprida information har kansliet även fyllt en funktion genom att lyfta upp problem inom regionen som är kopplade till hur väntelistorna administreras och hanteras. Inte minst bland de anställda på kansliet betonas vikten av denna verksamhet. De har utifrån en "outsider-ställning" kunnat ifrågasätta och utmana de rådande förhållandena kring köhanteringen och peka på en rad olika missförhållanden.

Även om det övergripande intrycket av kökansliets verksamhet är att den fungerar bra finns det områden som fungerar mindre bra. Gällande vissa behandlingar har det varit svårt och ibland omöjligt att finna en lämplig vårdgivare och för vissa diagnoser har patienterna fått resa längre sträckor. Tillgången på vårdgivare har därför begränsat kökansliets möjligheter att fullfölja sitt uppdrag. Viktigt att poängtera är emellertid att



vårdutbudet inte är statistiskt och att kökansliet i viss utsträckning kan påverka det. Bland annat har kökansliet fört med sig den positiva bieffekten att nya vårdleverantörer etablerat sig i regionen.

Ytterligare en begränsning för verksamheten har resursknappheten varit. De resurser som avsatts för att hjälpa garantipatienterna som vänder sig till kökansliet har inte varit tillräckliga för att alla ska kunna få hjälp. Istället har vissa diagnoser prioriterats bort, vilket är en inskränkning i den ursprungliga planen.

Sammanfattningsvis framstår måluppfyllelsegraden som god, men därmed inte sagt att det saknas problem. Mycket av den kritik som riktats mot kansliet och dess verksamhet har sin grund i att prioriteringarna som vårdgarantin bygger på inte är desamma som de medicinska prioriteringarna som läkarna gör och att garantipatienterna själva måste ha ork och förmåga att vända sig till kansliet. Ett vanligt missförstånd var också att kökansliets verksamhet innebär att patienter med lägre prioriteringsgrad får snabbare vård än de med högre prioriteringsgrad.

## **Många avvägningar**

Kökansliet är en fristående enhet inom regionen med ett tydligt uppdrag att hjälpa garantipatienter att få den behandling som de väntat länge på. Men friheten att utforma sin verksamhet är inskränkt på olika sätt, vilket minskar handlingsutrymmet. Kökansliet måste vid utförandet av sitt uppdrag balansera mellan olika krav, intressen och värden för att fullfölja sitt uppdrag

En avvägning som kökansliet har att hantera är dess ställning som ”outsider” och dess ställning som en organisatorisk enhet inom Västra Götalandsregionen. Som outsider kan kökansliet välja vilka (rimliga) medel som helst för att nå sitt mål. Som en del av regionen måste kökansliet ta hänsyn till den inomregionala effektiviteten och därigenom bidra till att den interna produktionsapparaten har god kapacitetstäckning och att suboptimeringar minimeras.

En annan avvägning som kökansliet måste hantera är mellan å ena sidan lågt pris och å andra sidan snabbhet och flexibilitet. Långsiktig planering och upphandlingar enligt LOU, ger utrymme för ett lågt styckpris medan det försämrar möjligheterna att agera snabbt och flexibelt.

Ett dilemma för kökansliet är – som för många offentliga organisationer – de knappa resurserna. Kökansliet måste arbeta med en kostnadsram trots att uppdraget att hjälpa garantipatienter egentligen ställer krav på en obegränsad resurstilldelning. Finns det inget kostnadstak ökar risken för att totalkostnaden ökar kraftigt. Sparinitiativ inom regionen som leder till ökade köer för diagnoser som omfattas av garantin kan leda till att kostnaderna ökar hos kökansliet istället. Samtidigt innebär ett kostnadstak att garantin bara gäller så länge pengarna räcker.

En slutsats som kan dras är att kökansliet som organisatorisk lösning ställs inför problematiska avvägningar som måste göras. Varje avvägning innebär att något måste offras. Fokuseras planering och långsiktighet uppnås kanske ett bättre pris samtidigt som tidsramen för garantipatienterna inte kan hållas etcetera. Vad resonemanget visar är att det är svårt att skapa en fristående enhet med ett tydligt uppdrag när en rad andra hänsyn hela tiden måste tas. Kanske är detta också en indikation på hur svårt det är att i praktiken skapa en beställar-utförarmodell där produktionen och beställningen separerats. Till och med en liten enhet som kökansliet måste ständigt göra avvägningar mellan medel och resultat.

## **Svårvärderade effekter**

Måluppfyllelsegraden för kökansliets verksamhet har varit god även om det fanns områden som kunde bli bättre. Men några iakttagelser som gjorts och som är värda att lyfta fram handlar om svårvärderade effekter. Med svårvärderade menas att det går att konstatera att de finns men att det inte går att bedöma dess monetära värde. De presenteras som frågor där det är upp till läsaren att utifrån egna kriterier bedöma värdet.

En första sådan fråga rör värdet på att garantin backas upp av en organisatorisk struktur som garanterar att garantipatienterna verkligen får vård. Att kökansliet finns är i sig ett tecken på att Västra Götalandsregionens organisation inte har klarat av att leverera sjukvård i kvantiteter och inom tidsramar som är rimliga. Många av de intervjuade ute på sjukhusen framhöll att det hade varit bättre om de själva fått förfoga över de resurser som står till kökansliets förfogande. En fråga är givetvis om det är ytterligare cirka 20 mkr som behöver skjutas till den totala budgeten på drygt 20 mdr för att hantera problemet med för långa väntetider. Görs en uppdelning mellan de 3 mkr som är avsatta för kökansliets administration och de övriga ca 15 mkr som vård handlas upp för, tillspetsas frågeställningen ytterligare. De 3 mkr som satsas på administrationen kan ses som den summa som förverkligar och möjliggör garantin. För beslutsfattarna handlar det om att ta ställning till om effekterna av kökansliets verksamhet i form av ökat förtroende och legitimitet motiverar kostnaderna.

En andra sådan fråga rör värdet på den information som kökansliet genererat och levererat till politiker och tjänstemän. Kökansliet har i sitt arbete gjort intressanta observationer kring hanteringen av väntelistor, som de fört vidare till beslutsfattare. I egenskap av en liten och något så när fristående enhet har kökansliet intagit en kritisk och ifrågasättande attityd och utmanat de rådande rutinerna och traditionerna. Detta arbetssätt har väckt en hel del irritation samtidigt som det inneburit att de politiska beslutsfattarna försetts med ny information som förbättrar deras beslutsunderlag. För en organisations förmåga att ompröva och omvärdera sina rutiner är en nyanserad bild av hur verksamheten fungerar viktig. Genom att olika problem och missförhållande i det nuvarande sättet att arbeta lyfts fram, skapas nya utgångspunkter i diskussionen kring hur verksamheten bör organiseras, vilket i det långa loppet ökar förutsättningarna för hög effektivitet (se Brorström, Ohlsson och Solli 1997).

Ytterligare en fråga rör effekten av kökansliets verksamhet på situationen för de som är verksamma inom regionen. Långa väntetider skapar en känsla av hopplöshet. Flera av de intervjuade personerna framhöll att en viktig effekt som kökansliet fört med sig var att de nu hade någonstans att hänvisa frustrerade patienter som har väntat länge. Tidigare var det enda svaret de kunde ge att det bara var att vänta. Nu kan man istället hänvisa patienterna till kökansliet. Trycket minskar således på personal inom regionen och på politiker. Lite tillspetsat kan det beskrivas som att kökansliet är god personalvård; sjukhuspersonalen slipper stressande och jobbiga samtal där de inte har några positiva svar att ge.

Redan i inledningen av avsnittet slogs det fast att de ställda frågorna inte har något enkelt svar och att olika personer förmodligen kan besvara dem olika. Värdesättandet är i detta fall i högsta grad subjektivt. Samtidigt är det viktigt att inte glömma bort dessa aspekter då kökansliets verksamhet utvärderas och bedöms. Svaret på frågan om hur väl kökansliets verksamhet har fungerat i förhållande till de uppsatta målen måste därför kompletteras med en bild av de övriga effekter verksamheten också har fört med sig.

## **Funderingar inför framtiden**

Behandlingsgarantin, och följaktligen kökansliets verksamhet, är ett uttryck för nya politiska ambitioner. Det är också ett uttryck för ett nytt sätt att prioritera inom hälso- och sjukvården. Som framgått av studien är den medicinska professionen skeptisk till detta nya sätt att prioritera. Ett slags oenighet har uppstått inom organisationen, där den nya politiska prioriteringen ställs mot den medicinska. Denna oenighet kommer att bestå i framtiden om inte den ordinarie verksamheten lyckas hålla nere väntetiderna under nio månader – vilket eventuellt kräver att den medicinska professionen avstår från att sätta upp medicinskt lågprioriterade patienter på väntelistor – eller behandlingsgarantin tas bort.

Studien har visat att kökansliet måste balansera mellan att å ena sidan ta hänsyn till den regioninterna organisationen, vilket handlar om att inte göra externa upphandlingar av verksamhet som regionens vårdgivare har ledig kapacitet för, och å andra sidan att inte bli en del av den regionala beställar-utförarorganisationen, eftersom risken då är uppenbar att kökansliet tappar fokus på att snabbt hjälpa garantipatienter. De problem som skapade ett behov av kökansliet kan smitta av sig. Fallet med Alingsås där kökansliet gick in i den ordinarie förhandlingen mellan beställare och utförare är ett exempel på när gränsen mellan kökansliets verksamhet och regionens beställare nästan suddas ut. Ska kökansliet fortsätta som en separat enhet är det viktigt att dess frihet och särställning beaktas.

Frågan om hanteringen av Alingsås sjukhus är principiellt viktig för framtiden. Ska kökansliet även i fortsättningen teckna särskilda avtal med regioninterna vårdgivare som har svårigheter med långa väntetider? Vad som talar för hanteringen är för det

första att långa väntetider hos utförare så småningom ändå blir kökansliets problem och för det andra att avtalet med kökansliet fick en positiv effekt på verksamheten i Alingsås. Vad som talar emot är att en märklig praxis kan breda ut sig, som innebär att fler av regionens vårdgivare med liknande problem vill ha motsvarande avtal. Då blir kökansliet ett slags andrabeställare som utförarna kan vända sig till om den ordinarie beställningen inte innehåller tillräckligt stora resurser för att hålla nere väntetiderna.

## Sammanfattning

Västra Götalandsregionens kökansli påbörjade sin verksamhet 1 januari, 2002. Kökansliet är en viktig del av regionens satsning på att minska väntetider inom vården. I föreliggande rapport utvärderas kökansliets verksamhet.

Utvärderingen fokuserar på hur kökansliet lyckats med sina huvuduppgifter och vilka övriga effekter verksamheten har fört med sig. I rapporten konstateras att huvuduppgifterna är att hjälpa garantipatienter, sprida information samt ifrågasätta rådande rutiner kring hantering av väntelistor.

Rapporten baseras på intervjuer med sammanlagt 22 personer. De personer som har intervjuats är företrädare för kökansliet, regionstyrelsen, hälso- och sjukvårdsstyrelsen, beställarkansliet, regionens vårdgivare och externa vårdgivare. Intervjuerna har kompletterats med dokumentstudier. I rapporten konstateras att:

- \* kökansliet har lyckats väl med sin huvuduppgift att hjälpa garantipatienter till en ny vårdgivare. Kökansliets verksamhet medför att behandlingsgarantin också blir en behandlingsgaranti i praktiken.
- \* kökansliet har lyckats relativt väl med informationsspridning. Bäst verkar informationsaktiviteterna gentemot politiker och centralt placerade tjänstemän ha fungerat. Informationsaktiviteter gentemot den regioninterna verksamheten och mot de patienter som omfattas av garantin kan förbättras.
- \* kökansliet har genom sin verksamhet fått kunskaper om brister kring hanteringen av väntelistor hos de regioninterna vårdgivarna. Dessa kunskaper har legat till grund för ifrågasättande av befintliga rutiner.
- \* kökansliets verksamhet har påverkats negativt av att det ibland har saknats alternativa vårdgivare. Samtidigt visar studien att kökansliet stimulerat vårdutbudet i regionen. Negativt för Kökansliets verksamhet har de begränsade resurserna varit, vilket medfört att behandling av vissa diagnoser har prioriterats bort.
- \* kökansliets verksamhet uppfattas som positiv av patienterna. Bland de regioninterna producenterna varierar uppfattningarna om verksamheten och vissa är tydligt negativt inställda. Bland annat uppfattar vissa den prioriteringsgrund som verksamheten utgår från, att patienter har fått vänta i mer än nio månader, som förkastlig. Även det faktum att patienten aktivt måste vända sig till kökansliet uppfattades som negativt eftersom det begränsar garantin till de grupper som klarar av att vara aktiva och söka information.

Studien lyfter också fram de svårigheter som en organisatorisk lösning som kökansliet möter. Flera avvägningar måste göras. För det första mellan flexibilitet och lågt pris,

för det andra mellan att utnyttja den regioninterna produktionsapparaten och att göra upphandlingar där det är billigast och för det tredje mellan totalkostnadskontroll och verkställighet av behandlingsgarantin.

Avslutningsvis konstateras att kökansliets verksamhet genererar effekter som är positiva men som är svåra att värdera. Hur mycket är det värt att ha en organisatorisk enhet som gör behandlingsgarantin trovärdig? Vad är värdet på den information som kökansliet genererar? Hur mycket är det värt för de verksamma inom regionen att det finns ett kökansli att hänvisa missnöjda och besvikna patienter till?

## Referenser

Brorström, Björn, 1995. *Styrningens villkor och effekter i professionella organisationer*. Lund: Studentlitteratur.

Brorström, Björn, Östen Ohlsson och Rolf Solli, 1997. *Minihandbok i utvärdering*. Göteborgs universitet: Förvaltningshögskolans rapporter, rapport 5.

Ellwood, Sheila, 1997. "The Response of Fundholding Family Doctors to Price Signals." *Financial Accountability & Management*, Vol. 13, No. 4, pp. 345–365.

Jacobsen, Dag och Jan Thorsvik, 1995. *Hur moderna organisationer fungerar*. Lund: Studentlitteratur

Johansson, Staffan, 1995. *Verksamhetsbedömning i mjuka organisationer*. Göteborgs universitet: CEFOS.

Rombach, Björn, 1990. *Kvalitet i offentlig sektor. Att mäta och förbättra kvaliteten i landstingets verksamhet*. Stockholm: Norstedt.

Rombach, Björn, 1997. *Den marknadslika kommunen*. Stockholm: Nerenius och Santéus förlag.