REGION
JÄMTLAND
HÄRJEDALEN
JÏEMHTEN HERJEDAELIEN DAJVE

REVISIONSRAPPORT

GRANSKNING AV hantering av vårdköer till den specialiserade vården inom Region Jämtland Härjedalen

Revisionskontoret
Carina Hemmingsson,
Sakkunnig
Dnr: REV/10/2025

Innehållsförteckning

1 SAMMANFATTNING 3
2 INLEDNING/BAKGRUND 4
3 SYFTE, REVISIONSFRÅGA OCH AVGRÄNSNING 5
4 REVISIONSKRITERIER 5
5 ANSVARIG STYRELSE/NÄMND 5
6 METOD 6
7 RESULTAT AV GRANSKNINGEN 6
7.1 STYRNING AV ARBETET MED ATT ÖKA TILLGÄNGLIGHETEN 6
7.1.1 VERKSAMHETSSTYRNING 8
7.2 INTERN KONTROLL AV TILLGÄNGLIGHET OCH DATAKVALITET 9
7.2.1.1 Kontroll av Tillgänglighet och Datakvalitet 9
7.3 ÅTGÄRDER UTIFRÅN UPPFÖLJNING 12
7.3.1 Uppföljning av väntetider 12
7.4 UPPFÖLJNING OCH EFFEKTER AV VIDTAGNA ÅTGÄRDER 14
7.4.1.1 Uppföljning av Kontroller och Effekter 14
TILLGÄNGLIGHET INOM SPECIALSITVÅRDEN 17
7.4.2 ÅTGÄRDER FÖR TILLGÄNGLIGHET och uppföljning av resultat 17
7.5 SAMLAD BEDÖMNING OCH REKOMMENDATIONER 21
7.5.1 Svar på revisionsfrågorna 22
8 KVALITETSSÄKRING 23
9 UNDERTECKNANDE 23
10 REFERENSER 24
11 BILAGA SAMMANSTÄLLNING AV STATISTISKA TABELLER 25

1 SAMMANFATTNING

Granskningens syfte har varit att bedöma om hälso- och sjukvårdsnämnden har utövat styrning och kontroll över hanteringen av vårdköer till den specialiserade vården inom Region Jämtland Härjedalen. Granskningen har avgränsats till Division Kirurgi med verksamhetsområden kirurgi, ortopedi, kvinna och öron.

Granskningen visar att det finns mål, planer och uppdrag för arbetet med att förbättra tillgängligheten samt att flera åtgärder har genomförts för att minska vårdköer och stärka vårdproduktionen. Samtidigt är mål och uppdrag inte tydligt konkretiserade i samtliga verksamhetsområden.

Uppföljning av väntetider och tillgänglighet sker genom väntelistor, systemstöd och nationell rapportering. Granskningen visar dock att dokumenterade och enhetliga rutiner för framtagande och kvalitetssäkring av rapporteringsunderlag med eftersläpning inom vissa delar av verksamheten, vilket påverkar tillförlitligheten i underlagen.

Nämnden har beslutat om och genomfört flera åtgärder för att förbättra tillgängligheten, bland annat ett arbete pågår för produktions- och kapacitetsstyrning, vårdflöden och kompetensförsörjning. Trots detta uppnås inte vårdgarantins tidsgränser inom de granskade verksamheterna och vårdköer kvarstår. Uppföljningen av genomförda åtgärders effekter är inte tillräckligt samlad för att det fullt ut ska kunna bedömas i vilken utsträckning åtgärderna har bidragit till förbättrad tillgänglighet.

Den samlade bedömningen är att hälso- och sjukvårdsnämndens delvis har säkerställt en styrning, uppföljning och genomförande av åtgärder avseende tillgänglighet till specialistvården.

Vi rekommenderar att:

- styrning av produktions- och kapacitetsstyrningen omsätts enhetligt i verksamheterna samt att genomförande och resultat följs upp.
- det finns dokumenterade och enhetliga rutiner för framtagande, kvalitetssäkring och uppföljning av tillgänglighetsutdata samt att ansvar och roller är tydligt definierade.
- nämndens mål och uppföljning av vårdgarantin överensstämmer med de krav som följer lagstiftningen.
- beslutade åtgärder prioriteras och dimensioneras utifrån identifierade vårdbehov, kapacitetsbrister och avvikelser mot vårdgarantin för att förbättra tillgängligheten och minska vårdköerna.
- säkerställa en samlad och systematisk uppföljning av genomförda åtgärders resultat och effekter på väntetider, vårdköer och vårdgarantins uppfyllande.
- säkerställa en ändamålsenlig organisering av vårdlotsfunktionen med dokumenterade processer, rutiner, ansvarsförhållanden och samordnad uppföljning.
- säkerställa att effekterna av beslutade åtgärder redovisas och analyseras samlat så att nämnden kan bedöma om åtgärderna bidrar till förbättrad tillgänglighet och minskade vårdköer.

2 INLEDNING/BAKGRUND

Regionfullmäktige har i regionplan en målsättning att hälso- och sjukvård ska leverera säker vård oavsett de variationer som förekommer i verksamhet och förutsättningar. Tillgänglighet och kontinuitet i hälso- och sjukvården behöver ständigt förbättras, alla länets invånare ska ha tillgång till den vård de behöver inom rimlig tid. Ett mål är att bedriva en sjukvård utan köer.

Det kan finnas risk för brister i hälso- och sjukvårdsnämndens styrning och kontroll i hanteringen av arbetet med att upprätthålla tillgängligheten till specialistsjukvården. Utmaningen med bristande tillgänglighet leder till långa vårdköer. Långa väntetider kan leda till att patientens tillstånd försämras, och i väntan på exempelvis operation kan läget bli akut. Dessutom kan vård och behandling bli mer kostnadskrävande om patienters sjukdom förvärras under väntan.

Långa vårdköer har sedan tidigare funnits inom främst specialistsjukvården och väntetiderna har dessutom ökat under 2024. I hälso- och sjukvårdslagen innehåller en vårdgaranti som innebär en lagstadgad rätt till vård inom en viss tidsram. Den specificerar tidsgränserna för olika vårdinsatser som ska erbjudas efter att ett vårdbeslut har fattats. Region Jämtland Härjedalen har fortsatt stora utmaningar framåt då ett uppdämt vårdbehov påverkar vårdköer på grund av uppskjuten och inställd vård under pandemin.

Vårdgarantin[1,2] är lagstadgad rättighet och regleras i Patientlagen[3], hälso- och sjukvårdslagen[4] samt hälso- och sjukvårdsförordningen[5]. Det innebär att regionen ska erbjuda den som är folkbokförd i regionen vård inom en viss tid. För att kunna följa vårdgivarnas och regionernas följsamhet till denna lagstiftning krävs tillförlitliga uppgifter om hur länge patienter fått vänta inom de områden som omfattas av vårdgarantin.

I den grundläggande granskningen som genomfördes 2024[6] framgick att regionen haft en otillfredsställande måluppfyllelse som var kopplad till bristande tillgänglighet, vilket förstärker behovet av denna granskning genomförande.

Region Jämtland Härjedalens revisorer har mot bakgrund av sin risk- och väsentlighetsanalys bedömt att det kan finnas risk för brister i hälso- och sjukvårdsnämndens styrning och kontroll i hantering av vårdköer till den specialiserade vården.

---

[1] 9 kap. §§1–2 Vårdgaranti 9 kap. i Hälso-och sjukvårdslag (2017:30)
[2] 1177 Vårdguiden, Vårdgaranti, vårdhandboken amt Nationella vårdgarantin
[3] 2 kap. 3§ Patentlag (2014:821)
[4] Hälso-och sjukvårdslag (2017:30)
[5] 6 kap. §1 Hälso-och sjukvårdsförordningen
[6] Grundläggande granskning av hälso-och sjukvårdsnämnden, 2025-04-02 Dnr: REV/20/2024

3 SYFTE, REVISIONSFRÅGA OCH AVGRÄNSNING

Syfte

Syftet med granskningen har varit att ge revisorerna underlag för att bedöma om hälso- och sjukvårdsnämnden har utövat en ändamålsenlig styrning och kontroll över hanteringen av vårdköer till specialiserade vården.

Revisionsfrågor

Granskningen besvarar följande revisionsfrågor:

- Finns det en tillfredsställande styrning av arbetet med att öka tillgängligheten, i form av mål och uppdrag?
- Finns en tillfredsställande uppföljning och kontroll av tillgängligheten. Finns det en kvalitetssäkring av uppgifterna är korrekta?
- Har nämnden vidtagit åtgärder utifrån uppföljningen av väntetider?
- Sker någon uppföljning och vidtagna åtgärder har det medfört förväntad effekt?
- Har nämnden vidtagit ändamålsenliga åtgärder för att ha en god tillgänglighet inom specialistvården?
- Har nämnden fattat beslut om åtgärder, och har dessa gett effekt att förbättra tillgängligheten och minska vårdköerna?

Avgränsning

Granskningen har avgränsats till specialistvården inom Division Kirurgi, med inriktning på verksamhetsområdena kirurgi, ortopedi, kvinna och öron.

4 REVISIONSKRITERIER

Bedömningen har baserats på följande styrande dokument och regelverk:

- Kommunallagen (2017:725)
- Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)
- Hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80)
- Patientlagen (2014:821)
- Regionplan 2025–2027
- Hälso- och sjukvårdsnämndens reglemente 2025
- Hälso-och sjukvårdsnämndens plan och budget 2025
- Effektiv vård (SOU 2016:2)

5 ANSVARIG STYRELSE/NÄMND

Granskningen avser hälso- och sjukvårdsnämnden.

6 METOD

Granskningen har utförts genom inhämtning och granskning av relevanta dokument och intervjuer med berörda tjänstepersoner och förtroendevalda.

Substansgranskning har utförts för att i erforderlig omfattning verifiera gjorda utsagor samt att system och rutiner fungerar på avsett sätt.

Följande roller och befattningar har intervjuats;

Hälso- och sjukvårdsdirektör
Divisionschef för Kirurgin
Verksamhetschef för område Ortopedin
Verksamhetschef för område Kirurgin
Verksamhetschef för område Öron
Verksamhetschef för område Kvinna
Verksamhetsutvecklare
Utvecklingsstrateger
Vårdlotsfunktionen

7 RESULTAT AV GRANSKNINGEN

7.1 STYRNING AV ARBETET MED ATT ÖKA TILLGÄNGLIGHETEN

Revisionsfråga: Finns en tillfredställande styrning av arbetet med att öka tillgänglighet, i form av mål och uppdrag?

Region Jämtland Härjedalens arbete med tillgänglighet utgår från Regionplan och budget 2025–2027[7].

Enligt hälso- och sjukvårdsnämndens reglemente[8] ansvarar nämnden för att fastställa mål, följa upp resultat samt säkerställa att verksamheten bedrivs i enlighet med gällande lagar och föreskrifter. Av nämndens plan och budget för 2025[9] framgår att tillgänglighet är prioriterat område. Planen innehåller styrande uppdrag som rör produktions- och kapacitetsstyrning, effektivisering av vårdflöden samt användning av digitala arbetssätt för att frigöra tid och resurser. Vidare anges ett mål om att vård ska ges inom vårdgarantins tidsgränser samt nyckeltal och aktiviteter för uppföljning av väntetider.

För att öka tillgänglighet, produktion och effektivitet har nämnden utsett två ansvariga som delar på en halvtidstjänst under en tidsbegränsad period med fokus på produktions- och kapacitetsplanering (PKS)[10] och arbetet med vårdens omställning mot effektivare vårdflöden. En central del i styrningen är den fortsatta utvecklingen av produktions- och

[7] §95 Regionfullmäktiges Protokoll, 2024-05-27, Dnr: RS/61/2024
[8] Reglemente för hälso-och sjukvårdsnämnden i region Jämtland Härjedalen, Dnr: RS/452/2022
[9] §120 Hälso- och sjukvårdsnämndens Protokoll, 2024-11-04, Dnr: HSN/1528/2024
[10] Produktions- och kapacitetsplanering är en process som syftar till att effektivisera vårdverksamhet genom att planera och styrka kapaciteten för at kunna hantera vårdbehov.

kapacitetsplanering, som ska ge en samlad och aktuell överblick över specialistvårdens kapacitet och därigenom stärka möjligheterna att styra resursutnyttjandet utifrån vårdbehov.

Produktionsplanering och styrning

I maj 2024[11] fattade hälso-och sjukvårdsnämnden beslut att utveckla och införa förbättrad produktions- och kapacitetsplaneringstyrning (PKS) för att ta fram en behovsprognos inför budget 2026. I februari 2025 beslutades[12] att befintliga Excelmallar ska ersättas med ett dedikerat IT stöd för produktions- och kapacitetsstyrning (PKS). Något beslut om införande av ett IT stöd eller driftsättningstidpunkt framgår dock inte av tillgängliga protokoll.

Tillgängligheten i vården är fortsatt ansträngd med många patienter utanför vårdgarantins tidsgränser. Nämnden fortsätter även arbetet med att minska inhyrd bemanning, reducera vårdgarantivård samt överföra/sälja operationskapacitet till andra regioner.

I intervjuerna framkommer från samtliga verksamhetschefer att på verksamhetsnivå bedrivs ett arbete med produktionsstyrning. Arbetet bedrivs i huvudsakligen med egenutformade Excellmallar anpassade efter verksamheternas behov, mallarna lagras på en gemensam samarbetsyta, men deras utformning och användning skiljer sig mellan verksamheter. Det pågår ett fördjupat arbete kring kapacitetsplanering enligt hälso- och sjukvårdsdirektören där man bygger vidare på en kartläggning som syftar till att skapa bättre planering, resursutnyttjande och långsiktigt hållbara produktionsnivåer.

Granskningen visar att regionen inte når vårdgarantins tidsgränser enligt analys i väntetider i vården[13] inom samtliga verksamheter. Väntetider och måluppfyllelse varierar över tid. Tillgängliga uppföljningsdata visar att begränsad tillgång till vårdplatser och personal påverkar möjligheten att genomföra planerad vårdproduktion, särskilt under perioder med lägre bemanning. Vidare framgår att regionen i flera verksamheter har ett fortsatt betydande beroende av köpt vård och inhyrd personal för att stärka kontinuiteten.

Regionen har utifrån en behovsanalys av tillgängligheten från 2023[14] tagit fram en handlingsplan för 2023–2024[15] inom ramen för nationella överenskommelsen om ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården. Handlingsplanen reviderades i mars 2024 och omfattar mål och aktiviteter för att stärka uppföljning samt produktions- och kapacitetsstyrning.

Handlingsplanen fungerar som ett samlat dokument för både kort- och långsiktig utveckling av tillgänglighetsarbetet och omfattar både regionens egna verksamheter och privata utförare.

Den innehåller sex övergripande mål:

1) Öka den övergripande tillgängligheten i hälso- och sjukvården

2) Samla och strukturera tillgänglighetsarbetet i en gemensam plan

3) Stödja verksamheterna i uppföljning och målstyrning

4) Förbättra kontaktvägar, väntetider och vårdgaranti

---

[11] §54 hälso- och sjukvårdsnämndens Protokoll, den 2024-05-23, Dnr: HSN/1237/2023.
[12] §10 hälso- och sjukvårdsnämndens Protokoll,2025-02-27, Dnr: HSN/130/2025
[13] Väntetider i vården, Statistik och databas hos Socialstyrelsen tidigare hos Sveriges kommuner och regioner, SKR
[14] Handlingsplan Tillgänglighet Region Jämtland Härjedalen, RS/607/2023
[15] §13 Regionstyrelsens Protokoll, Handlingsplan Tillgänglighet Region Jämtland Härjedalen, den 2024-01-23, Dnr: RS/607/2023

5) Stärka patientens delaktighet och patientinformation

6) Skapa långsiktighet i kapacitet- och produktionsstyrning

I handlingsplanen framgår att uppföljning ska ske två gånger per år av nämnden utöver månadsuppföljningar samt genom utökad uppföljning mellan hälso- och sjukvårdsdirektören och respektive division.

Av granskningen framgår av verksamhetsområdenas plan och budget 2025 att tillgänglighet beskrivs som ett centralt område. Dokumentanalysen visar samtidigt att flera verksamheter, på områdesnivå[16] saknar tydliga och konkreta uppdrag kopplade till hälso- och sjukvårdsnämndens tillgänglighetsmål.

Av intervjun med ortopedins verksamhetschef framkommer att den ekonomiska situationen har betydelse för genomförandet av planerade insatser för att öka tillgängligheten. Verksamhetschefen beskriver att det finns beslutade planer och budgetar i organisationen, men att kraven enligt kommunallagen[17] och hälso- och sjukvårdslagen[18] behöver hanteras inom givna budgetramar. Vidare uppger verksamhetschefen att ansvaret för att följa hälso- och sjukvårdslagen ligger på verksamhetschefsnivå. I intervjun framhålls även att dialog och kommunikation mellan ledningsnivåer förekommer i begränsad omfattning samt att informationen passerar flera nivåer i organisationen innan den når verksamheten.

7.1.1 VERKSAMHETSSTYRNING

Av verksamheternas plan och budget 2025[19] framgår att tillgänglighet beskrivs som ett prioriterat område. I dokumentationen anges insatser såsom produktions- och kapacitetsplanering samt åtgärder kopplade till vårdgaranti och väntetider. Samtidigt framgår att uppdrag, mål och aktiviteter kopplade till hälso- och sjukvårdsnämndens tillgänglighetsmål varierar mellan verksamhetsområdena.

Område Kirurgi

I plan och budget 2025 för område Kirurgi saknas ett avsnitt om tillgänglighet. Tillgänglighet nämns som ett övergripande fokusområde, men utan formulerade mål eller uppföljningsbara uppdrag. Det som beskrivs handlar om verksamhetens behov och skapa en mer hållbar vårdstuktur och fortsätta effektivisera vårdflöden för att minska behov av extra vårdlag.

Område Ortopedi

I område Ortopedis plan och budget 2025 anges som mål för att korta väntetiderna, att skapa tillförlitliga väntelistor och uppfylla vårdgarantins tidsgränser. En stödfunktion för produktions- och kapacitetsplanering infördes under hösten 2024. Enligt ortopedins verksamhetutvecklare, som utgjorde ett stöd till enhetscheferna i arbetet med produktions. Och kapacitetsplanering, har funktionen bidragit till en förbättrad kartläggning av vårdbehov under året. Det har även uppgetts att aktiviteter kopplade till tillgänglighet i intervjun med verksamhetsutvecklaren minskas under sommarmånaderna och att planering inför hösten bör genomföras före sommarmånaderna.

---

[16] §120 Hälso-och sjukvårdsnämndens Protokoll, 2024-11-04, Dnr: HSN/1528/2024.
[17] Kommunallagen (2017:725)
[18] Hälso-och sjukvårdslagen (2017:30)
[19] Källa: Stratsys, Plan och budgetar; Område Kirurgi, Ortopedi, Kvinna och Öron

Område Kvinna

Inom Område kvinna framgår i deras plan och budget 2025 att ett arbete bedrivs med produktions- och kapacitetsplanering samt schemaläggning baserad på medicinska prioriteringar och patientbehov. Det framgår att väntelistor ska följs upp kontinuerligt, och webbtidsbokning planeras att införas.

Vidare beskrivs inriktningen i plan och budget vara kopplade till tillgänglighet och effektivitet inom ramen för ledningsstrategin. Det framgår dock inte vilka mål eller uppdrag som styr arbetet med tillgänglighet.

Område Öron

Område Öron har enligt plan och budget 2025 mål som är kopplade till hälso- och sjukvårdslagen[20] och vårdgarantin[21]. Planen innehåller övergripande mål som genomförs för att minska väntetider och förbättra patientflöden långsiktigt, bland annat genom insatser kopplade till verksamhetsstyrning och produktionsplanering.

Utifrån intervjun med verksamhetschef för område öron framgår att målen bedöms vara tydligt formulerade. Dock framkommer att mål och uppdrag inte alltid är förenliga till verksamheternas ekonomiska ramar och tillgängliga resurser och förutsättningar.

Sammantaget visar respektive verksamhetsområdes plan och budget att flera insatser genomförs för att förbättra tillgängligheten, samtidigt som utmaningar inom tillgänglighet och väntetider kvarstår.

Bedömning

- Vi bedömer att styrningen av arbetet med att öka tillgängligheten inte är fullt ut ändamålsenligt då målen inte tillräckligt tydliga för verksamheten. Mål och uppdrag finns på övergripande nivå, dock är de inte tydligt förankrade eller enhetligt omsatta i samtliga områden.

Rekommendation

– Säkerställa att mål och uppdrag samt produktions- och kapacitetsstyrningen omsätts enhetligt i verksamheterna samt att uppföljning sker av genomförandet och dess resultat.

7.2 INTERN KONTROLL AV TILLGÄNGLIGHET OCH DATAKVALITET

7.2.1.1 Kontroll av Tillgänglighet och Datakvalitet

Revisionsfråga: Finns en tillfredsställande uppföljning och kontroll av tillgängligheten? Finns det en kvalitetssäkring av att uppgifterna är korrekta?

[20] Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)
[21] 9 kap. §§1–2 Vårdgaranti i Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)

Region Jämtland Härjedalen har i december 2024[22] fastställt dokumenterade tillgänglighetsanvisningar för vårdgarantin som beskriver rutiner för mätning, registrering av tillgänglighetsgaranti - 0:an, besöksgaranti – 3:an, patientvald väntan och riktlinjer för avvikelser för specialistvården.

Väntetider och uppföljning av väntelistor

Regionen rapporterar från juli 2025[23] väntetidsuppgifter enligt Socialstyrelsens nya rapportstruktur. För regionen innebär detta att uppgifter om vårdens tillgänglighet ska samlas in, kvalitetssäkras och rapporteras enligt de nya nationella kraven. Rapporteringen utgör ett underlag för uppföljning av tillgängligheten både inom regionen och på nationell nivå samt används i arbetet att identifiera och följa utvecklingen av väntetider i vården.

Inom område Kirurgi sker löpande uppföljning av tillgängligheten i verksamheten via produktionsmöten, arbetsplatsträffar (personalmöten) och divisionsledning. Väntelistor hålls aktuella genom kontinuerlig genomgång och uppdatering. Det finns fastställda rutiner[24] för hantering av avbokade och uteblivna besök, inklusive information till patient samt dokumentation i journal.

Inom område Ortopedi sker löpande uppföljning av väntelistor av en vårdlots som är anställd på enheten arbetsterapi och fysioterapi. Väntelistor hålls aktuella genom kontinuerlig genomgång och genomgång via arbetsplatsträffar. Det finns dokumenterade rutiner för hantering av avbokade och uteblivna besök, inklusive information till patient och journalföring. Uppföljningsresultaten i det fortsatta förbättringsarbetet ligger till grund för planering av nybesök och operationer.

Av intervjun med verksamhetsutvecklaren framgår faktorer till att köerna uppstått eller förlängs är vårdskulden efter pandemin som ortopedin metodiskt arbetar med. De patientgrupper som påverkas mest av långa väntetider är ryggoperationer och knäproteser.

Inom områdena Kvinna och Öron följs tillgängligheten upp löpande av verksamhetsutvecklarna.

IT-system

I intervjun med divisionschefen framgår att IT-systemen är både en möjlighet och en utmaning. Divisionschefen ser positivt på utvecklingen av beslutsstöd och digitala verktyg som Inblick, men konstaterar att tekniska brister och ineffektiva system fortfarande stjäl tid från vårdpersonal. Efterlyser bättre stöd och mer användarvänliga lösningar som kan minska den administrativa bördan.

Systemstöd Inblick

Sytemstödet Inblick[25] är ett utdataverktyg och ersatte tidigare systemstödet Insight i det patientadministrativa systemet COSMIC som används för verksamhetsutveckling och

---

[22] Tillämpningsanvisningar för vårdgarantin inom Region Jämtland Härjedalen, Centuri 31079–8. Den 2024-12-09

[23] Genom ändringar i hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80). Rapportering av väntetider sker till Socialstyrelsen istället för Sveriges Kommuner och Regioner.

[24] Tillämpningsanvisningar för vårdgarantin inom Region Jämtland Härjedalen, Centuri 31079–8. Den 2024-12-09

[25] Inblick är Region Jämtland Härjedalens beslutsstödsverktyg för uppföljning av vård, ekonomi och personal. Det bygger på Power BI, hämtar dagligen uppdaterade data från centrala system (Cosmic, HR, ekonomi) och erbjuder rapporter med filtreringsmöjligheter.

uppföljning, och att ta fram och följa upp utdata om väntetider/ vårdköer baserat på överföring från vårdsystemet Cosmic till datalager. Tillgänglighetsamordnaren, för hälsosjukvårdspolitiska avdelningen, HOSPA följer väntetider i den nationella databasen *Väntetider i vården* och tar fram statistik ur Inblick till verksamheterna vid behov samt vid efterfrågan av stöd.

Från samtliga intervjuade verksamhetschefer och verksamhetsutvecklare framgår att Inblick ger en tydlig nulägesbild av vårdköerna. Det gör det också möjligt för personalen att själva se aktuell status, vilket stärker förståelsen att förbättra tillgängligheten och hantering av köer.

Ansvariga för framtagande av utdata i Sytemstödet Inblick varierar mellan verksamheterna, exempelvis verksamhetschef, verksamhetsutvecklare eller assistent. Av intervjuade framgår att enhetliga rutiner för hur utdata ska tas fram saknas vilket innebär en risk att uppgifterna hanteras olika och att kvalitén kan variera. Tillgänglighetssamordnaren kvalitetssäkrar uppgifterna och kontaktar berörd verksamhet vid avvikelser. Beslutstöd[26] sammanställer datafilerna och en slutlig kontroll genomförs innan inrapportering till Socialstyrelsen.

Det har framkommit av intervjuer under pågående granskning att information om de nya rapporteringskraven till Socialstyrelsen, gällande från juli 2025 som tidigare var till Sveriges Kommuner och Regioner, SKR men som inte nått ut till alla verksamheter. Till följd av de nya rapporteringskraven förekommer eftersläpning i rapporteringen inom vissa områden.

Regionens verksamheter följer tillgängligheten löpande genom interna väntelistor, via systemstödet Inblick, väntetider i vården och av tillgänglighetssammordarens kontroller.

Dock framkommer i intervju med samordningsutvecklaren på HOSPA att det saknas dokumenterade rutiner för hur utdata ska tas fram samt hur ansvarsfördelningen för framtagande och kvalitetssäkring av utdata ser ut. Samtidigt används utdata som underlag för uppföljning av tillgänglighet och vårdgaranti. Enligt tillgänglighetssamordnaren innebär vårdgarantin att väntetiderna i vården ska uppfyllas till 100 procent. Dock har regionen ändrat sin interna ambitionsnivå från 100 till 80 procent. Förändringen har inte varit ett ärende för beslut i hälso- och sjukvårdsnämnden eller i regionfullmäktige. Vidare innebär det att ambitionsnivå uppnås inte i nuläget enligt lagkrav på vårdgaranti.

Patientinformation

Dokumentation från 1177.se[27] visar att information finns om vad som ingår i den nationella vårdgarantin. Av informationen framgår att vårdgivare eller mottagningar ansvara för att informera patienter som väntar på vård om vårdgarantin. Det framgår även att kontaktuppgifter finns tillgängliga för patienter som inte erhåller vård inom garantitiden.

Den av regionen fastställda ambitionsnivån för vårdgarantin innebär att det interna målet understiger den nivå som följer av hälso- och sjukvårdslagens krav på uppfyllande av vårdgarantin.

Bedömning

[26] Beslutstöd är en administrativ och analytisk enhet inom Region Jämtland Härjedalen som samlar in, bearbetar och kvalitetssäkrar data och rapporter. Enheten ger chefer och verksamheter det underlag de behöver för att fatta bra beslut.
[27] https://www.1177.se/Jamtland-Harjedalen/sa-fungerar-varden/lagar-och-bestammelser/vardgaranti/

- Vi bedömer att uppföljning och kontroll av tillgänglighet och väntetider är delvis tillfredsställande. Avsaknaden av dokumenterade och enhetliga rutiner för framtagande, kvalitetssäkring och ansvarsfördelning av utdata medför dock att tillförlitligheten i underlagen inte kan säkerställas fullt ut.
- Vi bedömer att regionens fastställda ambitionsnivå om 80 procent för uppfyllande av vårdgarantin inte är förenlig med vårdgarantins utgångspunkt enligt hälso- och sjukvårdslagen. En målnivå som understiger lagstiftningens krav riskerar att försvaga styrningen mot ett fullständigt uppfyllande av vårdgarantin

Rekommendation

- säkerställa att det finns dokumenterade och enhetliga rutiner för framtagande, kvalitetssäkring och uppföljning av tillgänglighetsutdata samt att ansvar och roller är tydligt definierade.
- Säkerställa att nämndens mål och uppföljning av vårdgarantin överensstämmer med de krav som följer lagstiftningen.

7.3 Åtgärder utifrån uppföljning

7.3.1 Uppföljning av väntetider

Revisionsfråga: Har nämnden vidtagit åtgärder utifrån uppföljningen av väntetider?

Av granskningen framgår att hälso- och sjukvårdsnämnden löpande följer utvecklingen av väntetider, vårdgaranti, vårdproduktion och tillgänglighet. Av nämndens tertialrapport per april 2025 framgår att nya mått för vårdstatistik, köer och ledtider införs som ett led i uppföljningen av tillgänglighet och vårdgaranti.

I anslutning till uppföljningarna fattade nämnden beslut om flera åtgärder. Dessa omfattade bland annat fortsatt införande av produktions- och kapacitetsstyrning, utveckling av vårdstatistik och uppföljningsmått, kartläggning av köer, åtgärder för att öka tillgängligheten inom verksamhetsområden samt uppdrag till divisionen att redovisa åtgärder för att minska köpt vård och vårdgarantivård.

Åtgärder kopplade till tillgänglighet och kompetensförsörjning

Hälso- och sjukvårdsdirektören uppger i intervju att riktade åtgärder har genomförts i vissa verksamheter, bland annat inom öron–näsa–hals och kvinnokliniken, köer som bedöms innebära risk för patientsäkerheten prioriteras omgående. Patienter hänvisas i vissa fall till extern vård och att samarbete sker inom den norra sjukvårdsregionen. Regionen använder extern vård när det är nödvändigt för att nå målnivåerna, samtidigt som strategiskt samarbete inom den norra sjukvårdsregionen stärks för att säkerställa kompetens och kapacitet. Hälso- och sjukvårdsdirektören uppger vidare i intervju att kompetensförsörjningen omfattar pensionsavgångar, rekryteringssvårigheter och lokaler som inte är anpassade för nuvarande behov.

Enligt intervju med divisionschef för kirurgi påbörjades arbete med att förbättra tillgängligheten år 2021 inom division kirurgi. Divisionschefen initierade behovs- och kapacitetsplanering för operationsverksamheten med inriktning mot att minska köer med målet att vårdköerna skulle vara bort inom sju år. Trots initiala framsteg har ekonomiska begränsningar påverkat möjligheten att nå målen fullt ut. Hon betonar att styrningen är tydlig,

men att den måste anpassas efter rådande resurser. Pandemin och ekonomiska begränsningar har försvårat utvecklingen. I intervjun framgår även att lagstiftningen kring vårdgarantin är utformad utan hänsyn till regionala förutsättningar, vilket skapar utmaningar. Köer är en central fråga, både ur ett patientperspektiv och ekonomiskt, då det är billigare att bedriva vård utan köer. Divisionschefen ser att förbättringar har skett, men att utmaningar kvarstår, särskilt inom öron, ögon och hörselvården.

Nödvändiga ombyggnationer för modern medicinteknisk utrustning, som kräver större utrymmen är svåra att genomföra av ekonomiska skäl.

Ekonomi och styrning

Av verksamheternas plan och budget 2025 framgår att arbetet med tillgänglighet sker inom fastställda ramar. I intervjuer med verksamhetschefer inom division kirurgi uppges att åtgärder genomförs inom befintliga ramar. Det framgår också att dialog mellan ledning och verksamhet förekommer i varierande omfattning samt att vissa verksamheter uttrycker behov av utökad dialog med ledningen.

Vårdlotsfunktion och nuvarande organisation

Av regionfullmäktiges protokoll november 2023[28,29], framgår att det beslutades om att inrätta en central vårdgarantienhet. Av dokumentationen framgår att en central vårdlotsfunktion skulle införas vid årsskiftet 2023/2024. Syftet med en vårdlotsfunktion är att samordna ärenden kopplade till vårdgarantin och stödja verksamheterna när patienter inte kan erbjudas vård inom utsatt tid. Funktionen ska bidra till att identifiera tillgänglig kapacitet inom eller utanför regionen.

En tillgänglighetssamordnare tillsattes och har i sin roll ett regionalt uppdrag och arbetar med frågor som rör patienter som inte kan få vård och behandling hos regionen inom vårdgarantins utsatta tid om 90 dagar. Vårdlotsfunktionen består av tillgänglighetsamordnare vid HOSPA, på 100 procent samt två vårdlotsar som arbetar 50 procent vardera. Vårdlotsarna och tillgänglighetssamordaren är placerade på olika ställen inom regionen och funktionen har inte något gemensamt vårdgarantkansli.

Vid intervju med tillgänglighetssamordnaren framkommer att etableringen av ett centralt vårdgarantikansli har försvårats av organisatoriska utmaningar. Det har ännu inte etablerats någon sammanhållen struktur för samordning av vårdgarantifrågor. Kansliet är avsett att samordna frågor som rör vårdgarantin, inklusive hantering av situationer där vård inte kan erbjudas inom de tidsramar som anges i vårdgarantin.

Enligt tillgänglighetssamordnaren är utmaningarna kopplade till såväl organisering som ansvarsfördelning och införande av funktionen. I nuläget hanteras vårdgarantirelaterade uppgifter inom respektive verksamhet, där uppdraget i många fall utförs av sjuksköterskor eller av andra professioner. Hanteringen sker därmed decentraliserat och inte genom en gemensam regional funktion. Inom verksamhetsområdet Öron används vårdlotsfunktionens resurser för hantering av vårdgarantiärenden, medan verksamheten avsätter egen resurstid för patientbesök.

---

[28] §227, Regionstyrelsens Protokoll, 2023-11-28, Dnr: RS/423/2023
[29] §151, Regionfullmäktiges Protokoll, 2023-11-28, Dnr: RS/423/2023

Vidare framkommer det att dokumenterade processbeskrivningar saknas, regler och rutiner för vårdlotsfunktionen, både inom verksamheterna och för en central funktion. Sammantaget visar dokumentationen att någon fullt ut etablerad central vårdlotsfunktion ännu inte finns inom regionen.

Finansiering och förstärkning

Regionen har under 2025 tilldelats statliga medel om cirka 1,9 miljoner kronor för åtgärder kopplade till att stärka vårdgarantifunktionen. Enligt tillgänglighetssamordaren bör en central vårdlotsfunktion finns inom regionen. I intervjun framkommer även uppgifter om att funktionen och personalresurser bör ligga inom hälso- och sjukvården och inte under Ledningsstöd och service under förvaltningsområde Regionstab. Eftersom uppdraget helt och hållet innebär service inom hälso- och sjukvård.

Under 2026 tilldelas även regionen statliga medel[30] för stärkt tillgänglighet och ökad vårdkapacitet inom specialiserade hälso- och sjukvården om 137 miljoner kronor varav ca 800 000 kronor för att finansiera vårdlotsar fördelas på två 50 procent tjänster.

Bedömning

- Vi bedömer att det finns brister i hur uppföljningsresultat omsätts i prioriterade och systematiska åtgärder.
- Vi bedömer att hälso- och sjukvårdsnämnden bör säkerställa en ändamålsenlig organisation och styrning av vårdlotsfunktionen. Vårdlotsfunktionen består av tre medarbetare som är placerade på olika håll inom organisationen samt att det saknas dokumenterade processer och rutiner för uppdragets genomförande.

Rekommendation

– att säkerställa att beslutade åtgärder prioriteras och dimensioneras utifrån identifierade vårdbehov, kapacitetsbrister och avvikelser mot vårdgarantin för att förbättra tillgängligheten och minska vårdköerna.

7.4 Uppföljning och effekter av vidtagna åtgärder

7.4.1.1 Uppföljning av Kontroller och Effekter

Revisionsfråga: Sker någon uppföljning av vidtagna åtgärder har det medfört förväntad effekt?

För hälso- och sjukvårdsnämndens tertialrapport per april[31] framgår i rapportens redovisning att vissa kö- och ledtidsmått utvecklades i positiv riktning samtidigt som vårdgarantins mål fortsatt inte uppnåddes inom flera verksamheter. I delårsrapporten per augusti[32] redovisades att arbetet med produktions- och kapacitetsstyrning fortgick samt att fler operationer genomfördes. Uppföljningen visade även att vissa köer och ledtider har förbättrats samtidigt som det framgick att vårdgarantin fortfarande inte uppnåddes fullt ut och att flera tillgänglighetsmått låg under fastställda målvärden. Vid uppföljningen av köpt

[30] Delegationsbeslut RS/161/2026, Socialstyrelsen Dnr: 9.1–20094/2026
[31] §40 Hälso-och sjukvårdsnämndens protokoll den 2025-05-22, Dnr: HSN/734/2025
[32] §83 Hälso-och sjukvårdsnämndens Protokoll den 2025-09-25 Dnr: HSN/1138/2025

vård och vårdgarantivård[33] redovisades att antalet patienter som remitterades för vårdgarantivård hade minskat inom vissa verksamheter, bland annat inom kirurgin.

Av novembers månads rapport[34] framgår att de åtgärder som beslutades under hösten, bland annat kopplade till planering av vårdens utförande och kapacitetsutnyttjande, fortfarande pågår men utmaningar kvarstår att nå vårdgarantins målnivåer.

Område Ortopedi

Av intervju med verksamhetschef för område ortopedi sker uppföljning av tillgängligheten löpande samt i samband med arbetet med produktions- och kapacitetsplanering.

Vidare framgår att åtgärder har vidtagits under 2024 i form av kartläggning av produktion och kapacitet enligt verksamhetschef samt genomförande av insatser kopplade till nationella satsningar 2025.

Det anges även att åtgärder har vidtagits i form av förändrade rutiner för registrering av besök samt att regelbundna produktionsmöten genomförs. Vid dessa möten sker planering och prioritering utifrån aktuella väntelistor och tillgängliga resurser.

I anslutning till detta uppger verksamhetschefen att produktionen av planerad ortopedikirurgi har förändrats genom ökad styrning och uppföljning. Verksamhetschefen uppger vidare att antalet patienter som väntar på operation har minskat under perioden. Enligt uppgift har väntelistan följts upp och omfattar bland annat uteblivna eller avbokade besök, patientvald väntan (PvV) samt patienter med medicinsk orsakad väntan (MoV) innebär att operationen på grund av uppkommen diagnos eller tillfällig sjukdom som avgör att operationen behöver avvaktas. Om patienten har fått tid som är överenskommen, som avoch ombokar, och har särskilda skäl, ska patienten erbjudas ny tid inom rimlig tid, cirka 14 dagar.

Utöver detta framgår att målnivån för vårdgarantin har ändrats från 100 procent till 80 procent.

Område Kirurgi

Av intervju med verksamhetschef för område kirurgi framgår att uppföljning av väntetider sker löpande inom verksamheten. Det nämns att förändringar i lokaler och kapacitet har genomförts inom endoskopiverksamheten, där ytterliggare undersökningsrum har tillkommit.

Vidare nämner verksamhetschefen att verksamheten inom överviktskirurgi har återupptagits i egen regi genom rekrytering av läkare inom bråckkirurgi. Det beskrivs även att behovsstyrd schemaläggning har införts för läkare. Utmaningar kvarstår främst inom avancerade bråckoperationer där operationer inte genomförs inom regionen, men att det ses över för att komma till rätta med detta enligt verksamhetschef.

Område Kvinna

Av intervju med verksamhetschef för område kvinna framgår att uppföljning sker genom löpande genomgång av väntelistor samt återkommande arbete med produktions- och kapacitetsplanering. Utöver detta har åtgärder vidtagits i form av anpassad schemaläggning

[33] §88 Hälso-och sjukvårdsnämndens Protokoll den 2025-09-25 Dnr: HSN/1441/2025
[34] §146 Hälso-och sjukvårdsnämndens Protokoll den 2025-12-18 Dnr: HSN/HSN/5/2025

utifrån patientbehov, förändrad fördelning mellan operations- och mottagningsverksamhet, samt förändrade arbetssätt. Det anges att åtgärder har genomförts avseende personalförsörjning som att rekrytera och utbilda barnmorskor.

Verksamhetschefen beskriver att patienter har väntat längre än vårdgarantins tidsgräns om 90 dagar. Vidare uppges att förstärkt bemanning har sammanfallit med förändringar i tillgängligheten. Det framkommer också att säsongsvariationer påverkar verksamheten, bland annat genom variationer i produktion och därmed i köbildning.

Område Öron

Av intervjuer med verksamhetschef och audionom för område öron framgår att uppföljning av tillgänglighet sker löpande samt i samband med tertial- och årsbokslut.

Åtgärder har vidtagits i form av förändrade scheman, genomgång av väntelistor, anpassade kontaktformer samt införande av webbtidsbokning. Verksamhetschefen uppger att bemanningen förbättrats genom rekrytering av personal. Samtidigt framgår att rekryteringsbehov kvarstår inom fler professioner, som specialistläkare, audionomer och medicinska sekreterare, för närvarande bemannas dessa professioner med hyrpersonal.

Av intervjuerna framgår att inflödet av remisser och antalet nybesök har ökat över tid. I samband med ett initiativärende som behandlades av hälso- och sjukvårdsnämnden i februari[35]. genomfördes en utredning av hörselverksamhetens nuläge. Utredningen[36] visar att väntetiderna överstiger vårdgarantins tidsgräns. Väntetiden för hörutprovning av hörapparater uppges i juni 2025 till 17 månader och andelen patienter med en väntetid upp till 90 dagar uppgår till 25,8 procent.

I områdets plan och budget 2025 framgår av kortsiktiga nyckeltalet avseende andel patienter med väntetid upp till 90 dagar för hörutprovning av hörapparater är målet minst 33 procent. I delårsrapporten per augusti 2025 framgår att områdets utfall är 19,1 procent och uppnår inte målet om minst 33 procent, det är till följd av färre stafettveckor och föräldralediga audionomer. I årsredovisningen 2025 redovisas att andelen patienter som väntade 90 dagar eller kortare på utprovning av hörapparat uppgick till 33 procent.

I intervju med verksamhetsutvecklare för staben uppges att det tidigare har funnits stödjande funktioner i form av hörselombud i kommunerna som har bidragit till mindre enklare åtgärder av reparationer på hörapparater och patienter har inte behövt åka till öronmottagningen för åtgärd och det förs dialoger om att återuppta dessa funktioner.

Bedömning

- Vi bedömer att uppföljning av vidtagna åtgärder och har det medfört förväntad effekt fungerar delvis tillfredsställande. Resultatet visar att uppsatta mål inte nås och att utvecklingen inte är stabil över tid.

Rekommendation

- *att säkerställa en samlad och systematisk uppföljning av genomförda åtgärders resultat och effekter på väntetider, vårdköer och vårdgarantins uppfyllande.*

---

[35] §21 hälso- och sjukvårdsnämndens Protokoll, den 2025-02-27. Dnr: HSN/368/2025.
[36] Uppgifter hämtad från Initiativärende – utredning. Dnr: HSN/368/2025

TILLGÄNGLIGHET INOM SPECIALSITVÅRDEN

7.4.2 ÅTGÄRDER FÖR TILLGÄNGLIGHET och uppföljning av resultat

Revisionsfråga: Har nämnden vidtagit ändamålsenliga åtgärder för att ha en god tillgänglighet inom specialistvården?

Revisionsfråga: Har nämnden fattat beslut om åtgärder, och har det gett effekt för att förbättra tillgängligheten och minska köerna?

Styrning och målsättning

Av hälso- och sjukvårdsnämndens månadsrapport för februari 2025[37] framgår av åtgärder att det accelererande arbetet med att minska andelen inhyrd bemanning och att minska den köpta vårdgarantivården innebär ambitionssänkningar avseende väntetider till första besök, operationer och att tillgången till vårdplatser minskas i samband med dessa åtgärder.

Av hälso- och sjukvårdsnämnders reviderade plan och budget 2025[38] framgår att omställning av vårdverksamheten anges som en förutsättning för att uppfylla vårdgarantin och erbjuda vård i rimlig tid. I planen framgår och beskrivs att en god tillgänglighet förutsätter en kalibrering mellan behov och kapacitet.

I hälso- och sjukvårdsnämnders reviderade plan och budget 2025 framgår att nämnden har fastställt följande nyckeltal kopplade till tillgänglighet, inklusive antal väntande patienter och väntetider, med angivna målvärden för olika verksamhetsområden.

Inom områden;

- kirurgi, kvinnosjukvård och ortopedi med ett målvärde max 200 patienter,
- öron-näsa-halssjukvård med målvärde max 900 patienter,
- samt väntedagar till operation med medelvärde max 100 dagar.

Det framgår att vidtagna åtgärder omfattar verksamhetsanpassningar, insatser för att stärka intern kompetens samt arbete med vårdkedjor och vårdflöden.

Av nämndens uppföljningsplan i plan och budget 2025, framgår att tillgänglighet ska följas upp vid två tillfällen under året juni och oktober.

I uppföljning av plan och budget i juni 2025[39] framgår att uppfyllnadsgraden är låg för de kortsiktiga nyckeltalen som är kopplade till tillgänglighet i vården. Det framgår vidare att flera nyckeltal är knutna till vårdgarantin.

Av nämndens uppföljning framgår vidare att vidtagna åtgärder omfattar verksamhetsanpassningar, insatser för att stärka intern kompetens samt arbete med vårdkedjor och vårdflöden.

---

[37] §26 Hälso- och Sjukvårdsnämndens Protokoll, den 2025-04-10 Dnr: HSN/5/2025.
[38] §70 Regionfullmäktiges protokoll, den 2025-06-18.Dnr: RS/12/2025
[39] §64 hälso- och sjukvårdsnämndens protokoll, den 2025-06-12.Dnr: HSN/912/2025

Nämndens uppföljning av tillgänglighet i oktober enligt plan och budget 2025 har inte uppföljning identifierats i protokoll. Av nämndens protokoll från november[40] framgår att tillgängligheten redovisades endast som ett presentationsunderlag av status för tillgängligheten i form av nyckeltal, väntetider eller uppföljning av tidigare beslutade åtgärder men någon redovisning har inte kunnat finnas. Nämnden beslutade att lägga informationen till handlingarna.

Åtgärder för vårdflöden och vårdkedja

Som en del i arbetet med att förbättra vårdflödet och avlasta slutenvården har nämnden arbetat fram en åtgärd att öppna vårdhotellet Eira, ett treårigt projekt och organiseras inom Division Kirurgi inom Östersunds sjukhus som öppnades i april 2025. Det framgår i Tertialrapporten för division Kirurgi april 2025[41] att Ortopedin och Kvinnosjukvården började använda vårdhotellet omgående i april, medan övriga verksamheter som Kirurgi[42] och Öron har arbetat med att identifiera aktuella patientgrupper och vårdflöden.

Statliga satsningar

Regionen har tilldelats statliga satsningar[43] för att stärka tillgängligheten i vården. Vidare framgår att medlen avser en kompletterande engångsinsats riktad mot operationer, bland annat av höftledsproteser och framfall. Av satsningen framgår att ersättning utgår för operationer som överstiger regionens genomsnittliga produktionsnivå under perioden 2022–2024.

Beslutade åtgärder

Av protokoll framgår att hälso- och sjukvårdsnämnden under 2025 har fattat beslut om bland annat produktions- och kapacitetsstyrning, minskning av inhyrd bemanning och köpt vårdgarantivård, användning av vårdhotellet Eira samt förändrad redovisning av vårdstatistik.

I hälso-och sjukvårdsnämndens protokoll framgår att beslut har fattats[44] om förändrade arbetssätt, standardisering och utökad planering inom produktions- och kapacitetsstyrning. Det framgår även att förändringar har införts under året.

Vidare framgår av beslut[45] har fattats om att begränsa användning av inhyrd bemanning och köpt vårdgarantivård. I underlaget framgår att besluten om längre väntetider i vissa fall har accepterats, när det bedömts medicinskt motiverat.

Av tertialrapport[46] framgår att förändringar har genomförts avseende redovisning av vårdstatistik. Nya sätt för att mäta och följa upp tillgänglighet har införts, inklusive kompletterande nyckeltal för köer och ledtider. Redovisningen visar även att flera nyckeltal ligger under fastställda målvärden och att utfallet varierar mellan verksamhetsområden.

Av protokoll framgår att nämnden i februari beslutat att bereda ett ärende avseende ökad tillgänglighet till utprovning av hörapparater genom upphandling av externa tjänster.

---

[40] §129 hälso- och sjukvårdsnämndens Protokoll, den 2025-11-20, Dnr HSN/257/2025
[41] Tertialrapport Division Kirurgi april 2025
[42] Källa: Område Kirurgi, Delårsrapport per augusti 2025
[43] Utredning Behovsstyrd vård S 2024:05, Socialstyrelsen S2025/01233, Delegationsbeslut - den 2025-08-26.RS/211/2025
[44] §10 hälso- och sjukvårdsnämndens Protokoll, den 2025-04-10, Dnr: HSN/130/2025.
[45] §26 hälso- och sjukvårdsnämndens Protokoll, den 2025-04-10, Dnr: HSN/5/2025.
[46] §40 hälso- och sjukvårdsnämndens Protokoll, den 2025-05-22, Dnr: HSN/734/2025.

Framgår att ärendet återupptogs senare under året om utprovning av hörapparater genom upphandling som avslog förslaget[47] med hänvisning till avsaknad av finansiering.

I delårsrapporten per augusti 2025 framgår att uppdrag getts till regiondirektören att redovisa väntetidsstatistik och identifiera fokusområden för vidare uppföljning.

Enligt statistiken från Väntetider i vården[48] varierar andelen patienter inom vårdgarantins tidsgränser mellan verksamhetsområdena kirurgi, ortopedi, kvinnosjukvård och öron. Av redovisade uppgifter för 2025 framgår målvärdet för andelen väntande till första besök inom 90 dagar samt andelen väntande till operation eller åtgärd inom 90 dagar varierar mellan januari och december 2025 samt mellan verksamhetsområdena.

Tabell 1. Uppfyllelse av vårdgarantin inom verksamhetsområden 2025. Tabellen redovisar andelen väntande till första besök samt operation eller åtgärd inom vårdgarantins tidsgräns om 90 dagar i januari och december 2025, uppdelat per verksamhetsområden. Sammanställning av målvärde per månad för andel väntande till första besök och operation/åtgärd per område *se bilaga 1*.

Verksamhetsområde 2025	Andel väntande till första besök inom 90 dagar, januari	Andel väntande till första besök inom 90 dagar, december	Andel väntande till Operation/Åtgärd inom 90 dagar, januari	Andel väntande till Operation/Åtgärd inom 90 dagar, december
Kirurgi	71%	61%	68%	85%
Ortopedi	92%	86%	64%	70%
Kvinna	71%	61%	68%	85%
Öron	35%	41%	74%	83%

I följande stycken redovisas hur arbetet med tillgänglighet styrs och följs upp inom organisationen och tillgänglighet redovisas för respektive verksamhetsområde.

Område kirurgi

Inom verksamhetsområde kirurgi uppgår andelen väntande till första besök inom 90 dagar till 71 procent i januari och 86 procent i december. Andelen väntande till operation eller åtgärd inom 90 dagar uppgår till 68 procent i januari och 85 procent i december.

Område ortopedi

Inom ortopedi uppgår andelen väntande till första besök inom 90 dagar till 92 procent i januari och 86 procent i december. Andelen väntande till operation eller åtgärd inom 90 dagar uppgår till 64 procent i januari och 70 procent i december.

Område Kvinna

Inom kvinnosjukvård uppgår andelen väntande till första besök inom 90 dagar till 71 procent i januari och 61 procent i december. Andelen väntande till operation eller åtgärd inom 90 dagar uppgår till 68 procent i januari och 85 procent i december.

Område Öron

[47] §133 hälso-och sjukvårdsnämndens Protokoll, den 2025-02-27, Dnr: HSN/368/2025.

[48] https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/alla-statistikamnen/lagesbild-och-statistik-tillganglighet-vantetider-och-vardgaranti-i-halso-och-sjukvard/

Inom öron uppgår andelen väntande till första besök inom 90 dagar till 35 procent i januari och 41 procent i december. Andelen väntande till operation eller åtgärd inom 90 dagar uppgår till 74 procent i januari och 83 procent i december.

Av tertialrapport[49] 2025 framgår att 331 patienter väntar på ett första besök inom kirurgi, kvinnosjukvård och ortopedi, samt 942 patienter inom Öron-näsa-halssjukvård.

Resultatförbättrande åtgärder med effekt 2025

I juni fattades beslut om att se över och minska vård som genomförs inom ramen för vårdgarantin[50], samtidigt framgår att intäkterna ökas genom att sälja operationer till andra regioner. I redovisningen anges att vissa verksamheter uppvisar förändringar i underliggande mått, såsom antal patienter i kö och ledtider. Variationer mellan verksamhetsområden framgår, liksom att vissa verksamheter når fastställda mål.

Av juni månads protokoll[51] framgår att nämnden behöver se över hur vårdavdelningarna bemannas av professioner av sjuksköterskor och undersköterskor. beslutat om översyn av bemanning inom vårdavdelningar, inklusive andra yrkeskategorier än sjuksköterskor och undersköterskor. Det framgår även att uppföljning av inhyrd bemanning och köpt vård ska genomföras samt att planeringen av dessa ska tydliggöras.

I augusti beslutade nämnden[52] att samtliga divisioner ska inkomma med konkreta förslag på åtgärder för att minska köp av vård under fjärde kvartalet med målet att nå en minskning och förbättring.

Av delårsrapporten för augusti[53] framgår att regionen fortsatt är beroende av andra vårdgivare och inhyrd bemanning för att upprätta tillgängligheten. Det framgår att fler nyckeltal kopplade till tillgänglighet är fortsatt under fastställda målvärden för hälso- och sjukvården som helhet. Av redovisningen framgår även att några konkreta åtgärdsförslag för att förbättra tillgängligheten inte presenterats.

Nämnden uppdrog till regiondirektören i samband med delårsrapporten att redovisa väntetidsstatistik för såväl första besök, operation/åtgärd samt återbesök och förslå särskilda fokusområden för vidare fördjupning.

Vidtagna åtgärder och har det gett effekt

Vidtagna åtgärder inom produktions- och kapacitetsplanering omfattar bland annat kartläggning, standardisering samt planering av verksamheten. Vidare framgår att åtgärder genomförts inom områden såsom flöden och processer, schemaplanering, vårdplatser samt lokala handlingsplaner. Exempel som redovisas är satsning på vårdhotellet Eira samt åtgärder inom vissa operationsområden.

I intervjun med hälso- och sjukvårdsdirektören finns ett växande samarbete inom norra sjukvårdsregionen, bland annat kring kirurgi och cancerdiagnostik med andra regioner. Syftet är att behålla kompetens utjämna kapacitet och undvika att allvård flyttas ut från regioners sjukhus.

---

[49] Tertialrapport per april 2025, Stratsys för strategisk styrning, verksamhetsstyrning och regelefterlevnad som hjälper organisationer att koppla strategi, mål, och uppföljning på ett strukturerat sätt.
[50] §57 hälso- och sjukvårdsnämndens Protokoll, den 2025-06-12. Dnr: HSN/5/2025
[51] §58 hälso- och sjukvårdsnämndens Protokoll, den 2025-06-12, DNR: HSN/969/2025
[52] §75 hälso-och sjukvårdsnämndens Protokoll den 2025-08-20. Dnr: HSN/5/2025.
[53] §83 Hälso-och sjukvårdsnämndens Protokoll, den 2025-09-25. Dnr: HSN/1138/2025.

Sammantaget visar på genomförda åtgärder inom flera områden, som omfattar utveckling av flöden och processer, anpassning av scheman utifrån vårdbehov, åtgärder som uppstart av vårdhotellet Eira inom sjukhuset samt framtagande av lokala handlingsplaner. Åtgärder har även genomförts inom vissa operationsområden, bland annat höftledsproteser och framfallsoperationer. Överviktskirurgin har återförts till egen regi.

Bedömning

- Vi bedömer att nämnden inte har vidtagit ändamålsenliga åtgärder för att förbättra tillgängligheten inom specialistvården. Resultaten visar samtidigt att vårdgarantins tidsgränser inte uppnås och att betydande vårdköer kvarstår inom de granskade verksamhetsområdena. Vidare framgår att vårdlotsfunktionen ännu inte har etablerats med dokumenterade rutiner, processer och ansvarsförhållanden.

- Vi bedömer att uppföljning sker av genomförda åtgärder fungerar delvis tillfredsställande. Det saknas dock en samlad analys av hur beslutade åtgärder, inklusive vårdlotsfunktionen, har påverkat väntetider, vårdköer och måluppfyllelse.

Rekommendation

- *att säkerställa en ändamålsenlig organisering av vårdlotsfunktionen med dokumenterade processer, rutiner, ansvarsförhållanden och samordnad uppföljning.*
- *säkerställa att effekterna av beslutade åtgärder redovisas och analyseras samlat så att nämnden kan bedöma om åtgärderna bidrar till förbättrad tillgänglighet och minskade vårdköer.*

7.5 SAMLAD BEDÖMNING OCH REKOMMENDATIONER

Granskningens syfte har varit att svara på om hälso- och sjukvårdsnämnden har utövat en ändamålsenlig styrning och kontroll över hanteringen av vårdköer till specialiserade vården.

Vår sammanfattande bedömning är att hälso- och sjukvårdsnämnden har fastställt mål och genomfört flera åtgärder för att förbättra tillgängligheten inom specialistvården. Samtidigt framgår att målen inte har omsatts enhetligt i verksamheterna, att det finns brister i uppföljning och kvalitetssäkring av tillgänglighetsdata samt att vårdgarantins tidsgränser inte uppnås inom de granskade verksamhetsområdena. Vidare framgår att det saknas en samlad uppföljning av effekterna av genomförda åtgärder och att vårdlotsfunktionens uppdrag, ansvar och arbetssätt inte fullt ut har tydliggjorts.

Mot denna bakgrund bedömer vi att nämndens styrning, uppföljning och genomförande av åtgärder avseende tillgänglighet till specialistvården är delvis ändamålsenlig.

Vi rekommenderar nämnden att:

- styrning av produktions- och kapacitetsstyrningen omsätts enhetligt i verksamheterna samt att uppföljning blir sker av genomförandet och dess resultat.

- det finns dokumenterade och enhetliga rutiner för framtagande, kvalitetssäkring och uppföljning av tillgänglighetsutdata samt att ansvar och roller är tydligt definierade.

- nämndens mål och uppföljning av vårdgarantin överensstämmer med de krav som följer lagstiftningen.

- beslutade åtgärder prioriteras och dimensioneras utifrån identifierade vårdbehov, kapacitetsbrister och avvikelser mot vårdgarantin för att förbättra tillgängligheten och minska vårdköerna.

- säkerställa en samlad och systematisk uppföljning av genomförda åtgärders resultat och effekter på väntetider, vårdköer och vårdgarantins uppfyllande

- säkerställa en ändamålsenlig organisering av vårdlotsfunktionen med dokumenterade processer, rutiner, ansvarsförhållanden och samordnad uppföljning.

- säkerställa att effekterna av beslutade åtgärder redovisas och analyseras samlat så att nämnden kan bedöma om åtgärderna bidrar till förbättrad tillgänglighet och minskade vårdköer.

7.5.1 Svar på revisionsfrågorna

Revisionsfråga	Svar	Kommentar
Finns det en tillfredställande styrning av arbetet med att öka tillgängligheten, i form av mål och uppdrag?	Delvis	Mål och uppdrag finns på övergripande nivå men är inte enhetligt konkretiserade eller omsatta i samtliga verksamhetsområden.
Finns en tillfredställande uppföljning och kontroll av tillgängligheten. Finns det en kvalitetssäkring av uppgifterna är korrekta?	Delvis	Uppföljning av väntetider och tillgänglighet sker löpande genom väntelistor, systemstöd och nationell rapportering, Samtidigt framgår att enhetliga rutiner för kvalitetssäkring och framtagande av uppgifter saknas, vilket påverkar tillförlitligheten i underlagen. Regionen tillämpar dessutom en ambitionsnivå för vårdgarantin som understiger lagens utgångspunkt.

Har nämnden vidtagit åtgärder utifrån uppföljningen av väntetider?	Delvis	Nämnden har beslutat om flera åtgärder uppföljningen visar att kopplingen mellan uppföljningsresultat och åtgärder inte alltid tydlig eller systematisk.
Sker någon uppföljning av vidtagna åtgärder och har dessa medfört förväntad effekt?	Delvis	Uppföljning sker, någon samlad analys av åtgärdernas effekter på väntetider och tillgänglighet har inte identifierats.
Har nämnden vidtagit ändamålsenliga åtgärder för att ha en god tillgänglighet inom specialistvården?	Nej	Nämnden har genomfört flera åtgärder, granskningen visar dock att vårdgarantins tidsgränser inte uppnås inom de granskade verksamhetsområdena. Vårdlotsfunktionen saknar fullt ut etablerade processer, rutiner och ansvarsförhållanden.
Har nämnden fattat beslut om åtgärder, och har det gett effekt att förbättra tillgängligheten och minska vårdköerna?	Delvis	Beslutade åtgärder har genomförts. Någon samlad redovisning av effekterna på tillgänglighet och vårdköer framgår inte.

8 KVALITETSSÄKRING

Berörda uppgiftslämnare och verksamhetsansvariga har (har givits möjlighet att) faktagranskat lämnade uppgifter som finns i revisionsrapporten.

Projektledare svarar för kvalitetssäkring gentemot uppgiftslämnare och av de insamlade uppgifter som används i analysen. Projektledaren har det primära ansvaret för att den analys och de bedömningar och förslag som förs fram är tillräckligt underbyggda.

Ansvarig för kvalitetssäkring har det övergripande ansvaret för att kontrollera om granskningen har en tillräcklig yrkesmässig och metodisk kvalitet samt att det finns en överensstämmelse mellan revisionsfrågorna/kontrollmålen, metoder, fakta, slutsatser/bedömningar och framförda förslag.

9 UNDERTECKNANDE

Projektledare:

Carina Hemmingsson
Sakkunnig

Kvalitetssäkring:

Leif Gabrielsson
Revisionsdirektör

10 REFERENSER

- Kommunallagen (2017:725)
- Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)
- Hälso- och sjukvårdsförordninegn (2017:80)
- Patientlagen (2014:821)
- Regionplan 2025–2027, Region Jämtland Härjedalen
- Hälso- och sjukvårdsnämndens plan och budget 2025
- Tillämpningsanvisningar för vårdgarantin inom Region Jämtland Härjedalen – Centuri 31079–8. Giltig från: 2024-12-09
- Patientinformation om vårdgaranti och mina rättigheter till vård och behandling – Centuri 66802, Giltig från: 2022-01-05.
- Medarbetarinformation om Vårdgaranti - Centuri 66665–1, Giltig från:2021-12-29.
- Cosmic – Genomgång av väntelista till specialistvården, handbok – Centuri 53222–8, Giltig från: 2025-08-06
- Cosmic – Väntetider i vården, handbok – Centuri 54609–28, Giltig från: 2025-08-07
- Flödesschema nybesök, återbesök och väntande behandling och avvikelser– Centuri 54608–10. Giltig från: 2025-08-07
- Väntetider i vården, Sveriges Kommuner och Regioner (SKR)
- Socialstyrelsen – statistik om väntetider och vårdgaranti
- E-hälsomyndigheten-Diarienummer: S2025/00972
- Patientsäkerhetsberättelse för område Kirurgi 2021 – Centuri 65478.

Se även fotnoter 1–53 för specifika hänvisningar

11 Bilaga Sammanställning av statistiska tabeller

Av nedanstående redovisningen *enligt väntetider i vården,* framgår målvärde för andelen patienter som under 2025 till första besök respektive operation eller åtgärd inom vårdgarantins tidsgräns om 90 dagar inom Division Kirurgi, inom områdena kirurgi, ortopedi, kvinna och öron. Resultaten jämförs med 2024 och visar förändringen i procentenheter. Målvärdet för båda måtten är 100 procent enligt vårdgarantin.

Tabell 2. Målvärde för andel patienter till första besök inom 90 dagar, område Kirurgi, 2024–2025 (%), samt förändring i procentenheter.

Månad	År 2024 (%)	År 2025 (%)	Förändring mot 2024 i procenten-heter
Januari	78%	71%	−7
Februari	90%	71%	−19
Mars	93%	72%	−21
April	86%	73%	−13
Maj	83%	61%	−22
Juni	75%	58%	−17
Juli	63%	49%	−14
Augusti	54%	45%	−9
September	55%	53%	−2
Oktober	71%	68%	−3
November	76%	73%	−3
December	69%	61%	−8

Tabell.3 Målvärdet för andel patienter till operation/åtgärd inom 90 dagar, område Kirurgi, 2024–2025 (%), samt förändringen i procentenheter.

Månad	År 2024 (%)	År 2025 (%)	Förändring i procenten-heter
Januari	67 %	68 %	+1
Februari	69 %	65 %	−4
Mars	66 %	67 %	+1
April	70 %	62 %	−8
Maj	43 %	69 %	+26
Juni	47 %	67 %	+20
Juli	53 %	42 %	−11
Augusti	50 %	38 %	−12

September	55 %	68 %	+13
Oktober	59 %	83 %	+24
November	72 %	93 %	+21
December	69 %	85 %	+16

Tabell 4. Målvärde för andel patienter till första besök inom 90 dagar, område Ortopedi, 2024–2025 (%) samt förändring i procentenheter.

Månad	2024%	2025%	Förändring i procenten-heter
Januari	75 %	92 %	+17
Februari	85 %	95 %	+10
Mars	95 %	95 %	0
April	94 %	92 %	−2
Maj	92 %	93 %	+1
Juni	90 %	87 %	−3
Juli	81 %	79 %	−2
Augusti	69 %	72 %	+3
September	70 %	81 %	+11
Oktober	81 %	89 %	+8
November	90 %	89 %	−1
December	90 %	86 %	−4

Tabell 5. Målvärde för andel patienter till operation/åtgärd inom 90 dagar, område Ortopedi, 2024–2025 (%), samt förändringen i procentenheter.

Månad	2024%	2025%	Förändring i procenten-heter
Januari	61 %	64 %	+3
Februari	57 %	61 %	+4
Mars	59 %	57 %	−2
April	53 %	53 %	0
Maj	49 %	54 %	+5
Juni	40 %	52 %	+12
Juli	30 %	43 %	+13
Augusti	28 %	38 %	+10
September	36 %	51 %	+15
Oktober	54 %	60 %	+6
November	63 %	72 %	+9
December	64 %	70 %	+6

Tabell 6. Målvärde för andel patienter till första besök inom 90 dagar, område kvinna, 2024–2025 (%) samt förändring i procentenheter

Månad	2024 (%)	2025 (%)	Förändring i procenten-heter
Januari	78 %	71 %	−7
Februari	90 %	71 %	−19
Mars	93 %	72 %	−21
April	86 %	73 %	−13
Maj	83 %	61 %	−22
Juni	75 %	58 %	−17
Juli	63 %	49 %	−14
Augusti	54 %	45 %	−9
September	55 %	53 %	−2
Oktober	71 %	68 %	−3
November	76 %	73 %	−3
December	69 %	61 %	−8

Tabell 7. Målvärde för andel patienter till operation/åtgärd inom 90 dagar, inom kvinna, 2024–2025 (%), samt förändringen i procentenheter.

Månad	2024 (%)	2025 (%)	Förändring i procenten-heter
Januari	67 %	68 %	+1
Februari	69 %	65 %	−4
Mars	66 %	67 %	+1
April	70 %	62 %	−8
Maj	43 %	69 %	+26
Juni	47 %	67 %	+20
Juli	53 %	42 %	−11
Augusti	50 %	38 %	−12
September	55 %	68 %	+13
Oktober	59 %	83 %	+24
November	72 %	93 %	+21
December	69 %	85 %	+16

Tabell 8. Målvärde för andel patienter till första besök inom 90 dagar, öronverksamheten, 2024–2025 (%), samt förändring i procentenheter.

Månad	2024 (%)	2025 (%)	Förändring i procenten-heter
Januari	43 %	35 %	−8
Februari	47 %	37 %	−10
Mars	57 %	39 %	−18
April	60 %	38 %	−22
Maj	54 %	36 %	−18
Juni	50 %	34 %	−16
Juli	41 %	28 %	−13
Augusti	34 %	27 %	−7
September	34 %	29 %	−5
Oktober	40 %	35 %	−5
November	42 %	39 %	−3
December	40 %	41 %	+1

Tabell 9. Målvärde för andel patienter till operation/åtgärd inom 90 dagar, inom Öronverksamheten, 2024–2025 (%), samt förändringen i procentenheter.

Månad	2024 (%)	2025 (%)	Förändring i procenten-heter
Januari	73%	74 %	+1
Februari	68%	79%	+11
Mars	65%	75%	+10
April	68%	83%	+15
Maj	67%	84%	+17
Juni	60%	83%	+23
Juli	59%	70%	+11
Augusti	48%	62%	+14
September	51%	67%	+16
Oktober	53%	79%	+26
November	57%	85%	+28
December	56 %	83%	+27