

Väntetidsdatabasens uppbyggnad och innehåll åren 2000 - 2005.

Birgitta Källström

Artikeln beskriver den webbaserade databasen över väntetider i vården, som utvecklats från 2000 till 2005. Databasen innehåller uppgifter om förväntad och verklig väntetid. Deltagandet från kliniker och landsting har successivt ökat, men varierar mycket och är uppgifterna är därför ännu inte heltäckande.

Birgitta Källström är utredare vid Sveriges Kommuner och Landsting inom avdelningen för vård och omsorg och sysslar med informatik och uppföljning.

kontakt: birgitta.kallstrom@skl.se

Bakgrund

För att informera patienter, allmänhet och vårdgivare om aktuella väntetider för den specialiserade vården vid svenska sjukhus byggdes en nationell databas (www.vantetider.se) upp under åren 2000 - 2005. Sveriges Kommuner och Landsting¹ ansvarade för drift och utveckling av databasen. Sjukvårdshuvudmännen var ansvariga för att uppgifter lämnades enligt gemensamma riktlinjer och instruktioner. Huvudmännen var också ansvariga för att uppgifterna var aktuella, tillförlitliga och kvalitetssäkrade.

Syftet med den nationella väntetidsrapporteringen har varit att få tillför-

litlig och jämförbar information om hälso- och sjukvårdens tillgänglighet avseende väntetider. Genom uppföljningen skulle:

- Patienter, anhöriga/närstående och allmänhet få information om väntetider i vården och därmed möjlighet att välja vårdgivare med kortare väntetid.
- Verksamhetsföreträdare kunna hänvisa patienter till vårdgivare med kortare väntetid.
- Verksamheten få ett bättre instrument för planering, styrning och uppföljning av vården på olika nivåer.

- Politiska företrädare få ett underlag för att bedöma vårdens tillgänglighet avseende väntetider.

Som grund för väntetidsdatabasen låg en dansk väntetidsapplikation utvecklad vid Sundhetsministeriet i Danmark. Anpassningen av applikationen till svenska förhållanden påbörjades under hösten 1999 och den har därefter kontinuerligt genomgått förändringar och var vid utgången av år 2005 i stort sett helt ombyggt.

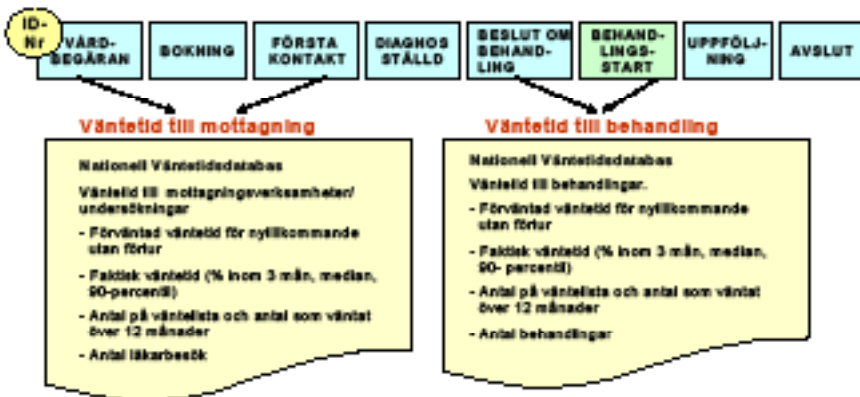
Den svenska databasen togs i drift i januari 2000 och i april samma år publicerades de första uppgifterna på Internet. Valet av Internet som plats för informationen grundade sig på att informationen skulle vara så aktuell som möjligt.

Innehåll

Databasen innehöll ett urval av väntetider till mottagningar, undersökningar och behandlingar inom den specialiserade vården vid sjukhus och vissa öppenvårds-mottagningar utanför sjukhus. Urvalet bestod år 2005 av 30 mottagningar, 7 undersökningar och 23 behandlingar. Väntetiden till mottagning begränsades till en första läkarkontakt med några få undantag (psykiatri, syncentral och utprovning av hörapparat).

De uppgifter som redovisades till databasen baserade sig på fyra av den s.k. flödesmodellens² åtta mätpunkter. I figur 1 visas urvalet av mätpunkter samt vilka variabler som rapporterades till databasen.

Databasen innehöll inte uppgifter om enskilda patienter utan bestod av aggregerade uppgifter huvudsakligen



Figur 1 Variabler i den nationella väntetidsdatabasen

från patient- och vårdadministrativa system.

Webbplatsen innehöll också ett avsnitt "Val av vårdgivare" där information erhöles om vårdgaranti, om den s.k. valmöjlighetsrekommendationen samt en generell information om vad valmöjligheterna innebär. Länkar fanns också till landstingens/ regionernas hemsidor med information om vad som gällde i respektive landsting/region.

Inrapportering

Rapportering till den nationella väntetidsdatabasen skedde via de personer som huvudmannen utsåg. Dessa fick behörighet via Sveriges Kommuner och Landsting och ett specialdestinerat webb-baserat formulär för inrapportering av uppgifter utifrån den eller de verksamheter som skulle rapporteras.

Förväntad väntetid rapporterades fortlöpande och på Internet framgick när denna uppgift senast ändrades. För att de förväntade väntetiderna skulle vara aktuella skulle de uppdateras så snart de förändrades, dock minst en gång per månad. Uppgift om förväntad väntetid som var äldre än 30 dagar sattes automatiskt inom parentes. Vid tertialbyten av uppgifter ersattes den förväntade väntetid som var äldre än 30 dagar med "Uppgift saknas". För övriga uppgifter skedde rapportering tre gånger per år (efter varje tertials slut).

För att skapa entydiga och jämförbara uppgifter i databasen utarbetades instruktioner vilka reviderades årligen.

Uppgifter till databasen inrapporte-

rades av drygt 800 personer för vilka en help-desk-funktion fanns tillgänglig måndag - fredag, dels via telefon och dels via en "egen" e-postbrevlåda.

Publicering

Väntetidsuppgifterna presenterades dels på en publik webbplats (www.vantetider.se), dels på en till Sveriges Kommuners och Landstings tillhörande grupparbetsplats. Den publika webbplatsen bestod av två delar, en för "Allmänhet" och en för "Personal och övrigt intresserade av fördjupad väntetidsinformation". För allmänheten presenterades förväntade väntetider (prognosticerade väntetider) och den eventuella notering som var knuten till denna uppgift. Patienten kunde själv inte se hur länge han/hon skulle få vänta, eftersom en individuell bedömning av vårdbehovet sker i varje enskilt fall. Förväntad väntetid gav information om hur lång väntetiden generellt kunde bli om det inte bedömdes att man hade förtur.

I "Personal-delen" fanns en fördjupad information om väntetider där antal väntande vid en viss tidpunkt (30 april, 31 augusti och 31 december), andel som fått vård inom tre månader på en fyramånadersperiod (januari - april, maj - augusti och september - december) samt antal genomförda besök, undersökningar eller behandlingar på en fyramånadersperiod redovisades.

I "Personal-delen" kunde sammanställningar göras på sjukhus-/landstingsnivå för en, flera eller alla mottagningar, undersökningar eller behandlingar.

Den publika webbplatsen krävde ingen behörighet utan alla hade åtkomst till den. Till denna webbplats var också en e-postbrevlåda knuten där frågor och synpunkter kunde lämnas. De brev som inkom innehöll allt ifrån frågor om personliga väntetider till synpunkter på saker som fattas i databasen. Breven besvarades i regel senast dagen efter att de inkommit. De brev som inte har kunde besvaras av sekretariatet för väntetidsdatabasen vidarebefordrades till kontaktpersoner i landstingen/ regionerna, patientnämnderna eller annan instans för fortsatt handläggning.

Grupparbetsplatsen "Väntetider i Vården" innehöll uppgifter om antal patienter som väntat mer än 12 månader, medianväntetid, percentil 90-värdet för väntetid samt antalet oplanerade behandlingar. Till grupparbetsplatsen krävdes speciell behörighet.

Varje landsting/region hade möjlighet att dels länka till "sina" respektive väntetids-sidor, dels till den nationella väntetidsdatabasen på sina hemsidor.

På webbplatsen publicerades också i rapportform de två årliga återkommande mätningarna av väntetider till allmänläkarbesök.

Information om vårdgarantier och rekommendationen om valmöjligheter i vården fanns att tillgå på webbplatsen. Länkar med beröring till väntetider fanns också på webbplatsen.

Besökare på webbplatsen

Antalet besökare på webbplatsen år 2005 var cirka 7000/månad förutom under sommarmånaderna då antalet minskade. Av dessa 7000 besökare var

det ca 5000 som sökte information på väntetidssidor. De flest besökta sidorna för mottagningar var ortopedi, för undersökningar MR ländryggrad och för behandlingar gråstarrs-operation.

Tekniska data

Webbplatsen är plattform- och klientoberoende och tillgänglig oavsett bandbredd. Ingen ny programvara eller utrustning krävs för att få tillgång till webbplatsen, oavsett om det avser rapportering eller presentation av väntetidsuppgifter.

Den tekniska plattformen består av ett webb-baserat system med programvara från SAS Institute AB. Operativsystemet är Windows 2000. Som webbläsare rekommenderas för bästa funktionalitet lägst version 5.0 av Explorer eller 7.0 av Netscape.

I arbetet med att utforma webbplatsen har hänsyn tagits till råd och krav för en 24-timmarswebb³ samt WAI-standard⁴. Webbplatsen nominerades till Guldlänken år 2004.

Svarsfrekvenser

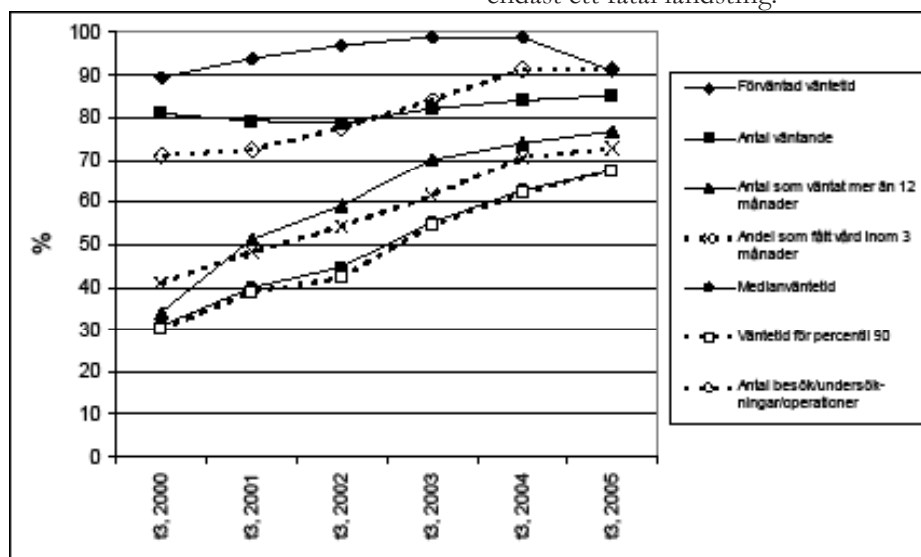
Landstingens förmåga att svara upp mot de krav som databasen ställde när det gäller uppgifter över väntande och väntetider varierade kraftigt vid starten. Likaså var det lättare att redovisa vissa uppgifter än andra. Högst svarsfrekvens har uppgift om förväntad väntetid haft och lägst uppgift om medianvärde och percentil 90-värde för väntetider haft. I figur 2 visas hur svarsfrekvenserna för behandlingar har utvecklats från startåret 2000 fram till slutet av år 2005. När det gäller väntetider till mottagningsbesök ser utvecklingen ungefär ut på samma

sätt. Svarsfrekvenserna för väntande och väntetider till de undersökningar som följs upp har dock generellt varit lägre, vilket förklaras av att de patient-/vårdadministrativa system som används inom t ex radiologisk verksamhet inte i samma utsträckning kunde redovisa de efterfrågade uppgifterna som inom specialistsjukvården. Svartsfrekvenserna har emellertid ökat kraftigt inom undersökningsområdet och kan snart förväntas ”komma ikapp” övriga områden inom det närmaste året.

Som framgår av figur 2 har den förväntade väntetiden den högsta svartsfrekvensen. Detta förklaras av att denna uppgift bygger på en uppskattning och inte är beroende av något IT-stöd. Den nedgång som kan ses för 2005 beror sannolikt på att det under hösten detta år blev klart att uppgiften om förväntad väntetid skulle förändras.

Övriga uppgifter i databasen kräver registrering i ett patient-/vårdadministrativt system för att de skall vara praktiskt möjliga att redovisa regelbundet. Uppgifter om produktion, dvs antalet planerade besök, undersökningar eller som i figur 2 antalet behandlingar, har för de flesta landsting varit möjliga att redovisa ända sedan starten av databasen. Samma sak gäller för antalet patienter på väntelista.

Det som varit allra svårast att redovisa har varit de uppgifter som bygger på faktiska väntetider. Många landsting varit tvungna att göra förändringar i de patient-/vårdadministrativa systemen för att kunna lämna de uppgifter som ingår i databasen. Utvecklingen har dock varit mycket positiv och idag kan de flesta landsting lämna fullständiga uppgifter även över de faktiska väntetiderna och bakom den relativt låga svartsfrekvensen döljer sig endast ett fåtal landsting.

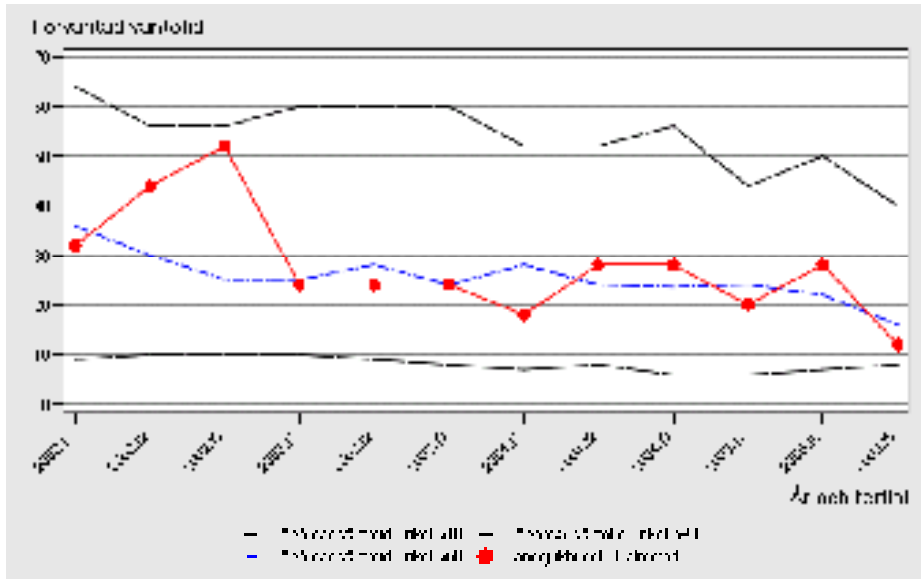


Figur 2: Svartsfrekvenser - utveckling (tertiäl 3, 2000-2005) av uppgifter som rör väntetider till de behandlingar som ingår i Väntetidsdatabasen.

Uppföljning

Databasens uppgifter kan bearbetas och sammanställas på olika nivåer, över tid och för olika verksamheter. I de fyra figurerna nedan visas de standarddiagram som finns tillgängliga i en särskild utdatamodul på webben. Diagrammen visar uppgifter för höftledsplastiker vid Lasarettet i Halmstad under perioden 2002-2005.

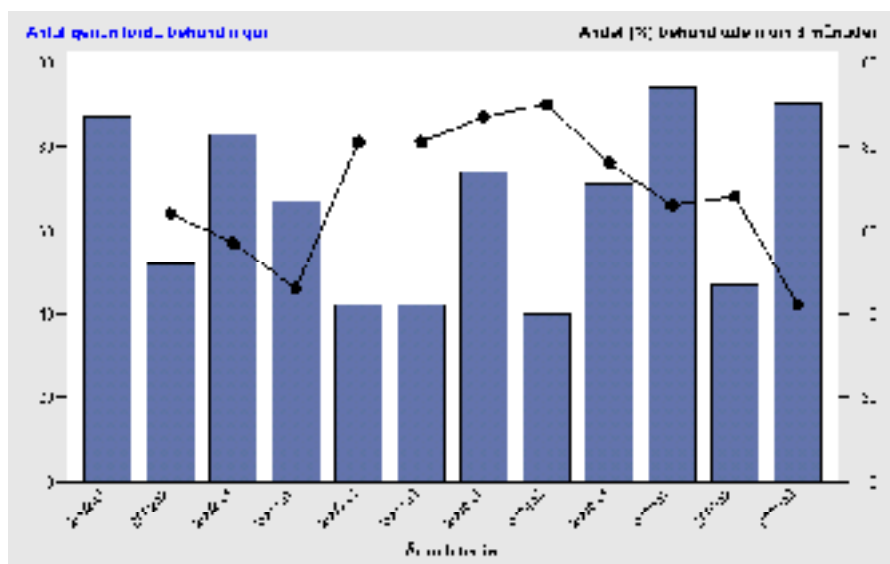
I figur 3 jämförs enhetens förväntade väntetid för nyttillkommande patienter utan förtur⁵ med motsvarande uppgift för hela riket. Som framgår har denna väntetid minskat över åren i Halmstad såväl som i riket totalt. Halmstad har under hela perioden legat i nivå med riksgenomsnittet.



Figur 3: Förväntad väntetid (veckor) för primär höftledsplastik för nyttillkommande patienter utan förtur, länsjukhuset i Halmstad, åren 2000 - 2005

Hur har då de faktiska väntetiderna sett ut? I figur 4 framgår hur många procent av dem som behandlats inom tre månader från beslutet om operation. I figuren finns också uppgift om antalet genomförda operationer. Den bild som ges är att andelen som väntat tre månader eller mindre ökar när produktionen minskar. Ett samband

som kanske inte är alldeles självklart. En möjlig förklaring är dock att under perioder med få operationer (t ex sommarmånaderna) är det de högst prioriterade som tas omhand medan i perioder med en hög produktion opereras patienter ”undan” som valt eller tvingats vänta längre än tre månader.



Figur 4: Antal genomförda behandlingar och andel (%) behandlade inom 3 månader avseende primär höftledsplastik, länssjukhuset i Halmstad, åren 2000 - 2005

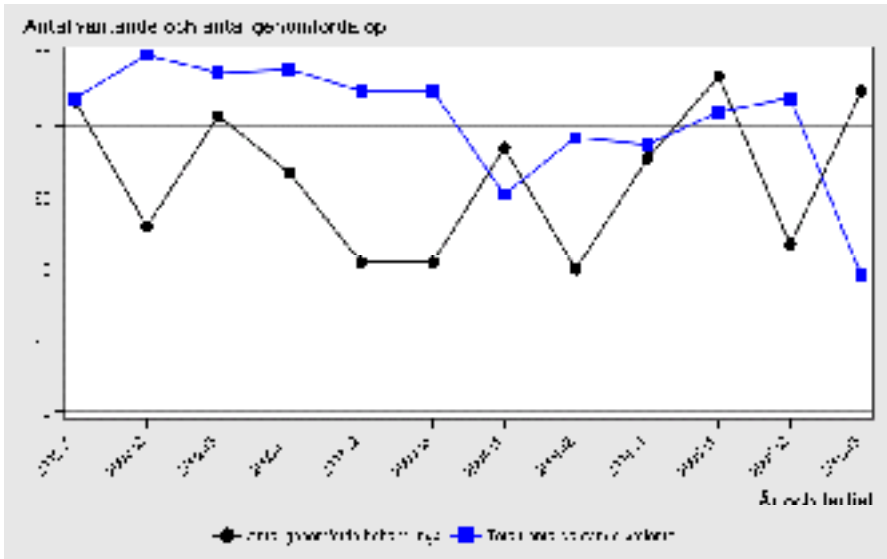
Väntetider handlar om en balans mellan "inflow" och "outflow" och i figur 5 ställs inflow i termer av antal väntande mot antal operationer som mått på outflow. Av uppgifterna kan kliniken utläsa att man fram till årsskiftet 2003/2004 hade en negativ balans. Med den stora ökning av operationer som genomfördes det sista tertialet 2003 kom dock en viss balans att uppnås, men bara tillfälligt. Mönstret har därefter varit att kliniken under sommarmånadernas lägre produktion får en obalans som sedan hämtas hem under de följande tertialen. Vid det senaste årsskiftet kunde en radikal minskning i väntelistan noteras. Vad som ligger bakom detta kan endast kliniken själv ge en förklaring till. En spekulation är dock att man i arbetet med att förbereda sig för den kommande vårdgarantin satsade på att revidera och "städa" väntelistorna.

Socialmedicinsk tidskrift 5-6/2006

I och med detta erhöles det lägsta antalet väntande under hela perioden samtidigt som det framgår av figur X4 att andelen som väntat tre månader eller mindre också var den lägsta under hela mätperioden.

De enskilda klinikerna kunde således med databasens hjälp enkelt och snabbt få tillbaka information som kunde användas i den egna verksamhetsplaneringen. När det gäller de ortopediska enheterna kunde de dessutom få motsvarande uppgifter för knäledsplastik, ryggoperation, korsbandsoperation och artroskopier i knäleden samt inte minst motagningsbesök. Sammantaget borde detta ge ett relativt gott underlag för att planera den elektiva verksamheten inom ortopedi.

På landstingsnivån har man i behov av mer aggregerade data än de som behövs för planeringen lokalt. Sam-



Figur 5: Totalt antal väntande patienter och antal genomförda operationer avseende primär höftledsplastik, länssjukhuset i Halmstad, åren 2000 - 2005.

manställningar kan naturligtvis också göras med landstinget som bas. I tabell 1 har den sk vänteliste kvoten per landsting beräknats för samtliga behandlingar som ingår i databasen. Med vänteliste kvot avses sambandet mellan antal väntande i slutet av ett tertial och produktionen under samma tertial.

Ett värde på 100 % eller mer betyder att väntelistan är mer än produktionen under fyra månader. Värdet totalt var 79 % vilket innebär att antalet väntande utgör drygt tre månaders produktion. För att hålla en väntetid under tre månader för en majoritet av patienterna krävs dock betydligt lägre värden. (Kolla med norska beräkningen).

Vänteliste kvoten kan beräknas för samtliga ingående mottagningsverksamheter, undersökningar och behandlingar, en information som kan

användas av landstinget för att se vilka verksamheter som har störst tillgänglighetsproblem för närvarande.

Sammanställningar kan också göras på nationell nivå (tabell 2).

Erfarenheter

Arbetet med att bygga upp och utveckla väntetidsdatabasen visade att det krävdes engagerade verksamhetsföreträdare på olika nivåer inom hälso- och sjukvården för att de uppgifter som redovisades till väntetidsdatabasen skulle vara av hög kvalitet och jämförbara ur olika aspekter, t ex att de uppgifter som redovisades var korrekta för patienter som ville välja vårdgivare med kortare väntetid eller när hälso- och sjukvårdspersonal skulle hänvisa till annan vårdgivare med kortare väntetid. Många av landstingen svarade upp till detta och lade ner mycket tid, kraft och pengar

Tabell 1: Väntande (%) i relation till produktion, tredje tertialet 2005. Per landsting/region och för samtliga behandlingar som ingår i den nationella väntetidsdatabasen.

<i>Landsting/region</i>	<i>Väntande (%) i relation till produktion</i>	<i>Svarsfrekvens (%)</i>
Stockholms län	-	29
Uppsala län	62	74
Sörmlands län	116	73
Östergötlands län	94	47
Jönköpings län	49	86
Kronobergs län	107	100
Kalmar län	38	100
Gotlands kommun	54	100
Blekinge län	67	100
Region Skåne	112	78
Hallands län	64	96
Västra Götalandsregionen	106	76
Värmlands län	84	78
Örebro län	102	94
Västmanlands län	124	93
Dalarnas län	88	85
Gävleborgs län	113	92
Västernorrlands län	88	89
Jämtlands län	119	95
Västerbottens län	87	96
Norrbottens län	91	78
Totalt	79	78

Tabell 2: Andel (%) som fått vård inom tre månader, tredje tertialet 2005, i riket totalt.

<i>Väntetid till</i>	<i>Andel (%) som fått vård inom tre månader</i>	<i>Svarsfrekvens (%)</i>
Mottagningsbesök	57	62
Undersökning	75	44
Behandling	37	62

på att utveckla de patient-/vårdadministrativa system medan några inte uppfyllde detta till fullo.

Avsaknaden av heltäckande patient-/vårdadministrativa system för att registrera och fånga samtliga väntetidsuppgifter som skulle redovisas till databasen medförde begränsningar med att kunna presentera, följa och analysera tillgängligheten både på nationell och lokal nivå.

Uppbyggnaden av databasen har varit att den medverkat till utvecklingen av IT-systemen i hälso- och sjukvården genom att landstingen/regionerna har utvecklat eller kommer att utveckla de patient-/vårdadministrativa systemen för att kunna uppfylla kraven på redovisning och uppföljning av väntetider. Rapportörerna har också fått ökade kunskaper inom datorområdet genom att all rapportering skett via Internetbaserade formulär och att uppgifterna tagits fram ur de lokala IT-systemen. Inom väntetidsarbetet har också en terminologi utvecklats inom området vilken finns att tillgå i Socialstyrelsens termbank (<http://app.socialstyrelsen.se/termbank/>).

Ny vårdgaranti - nya krav på väntetidsmätningarna

Som framgår av figur 2 var svarsfrekvensen fortfarande efter fem års uppföljning inte tillfredsställande. Framförallt gällde detta de faktiska väntetiderna. När det beslutades att en ny generell vårdgaranti skulle börja gälla från den 1 november 2005, blev det aktuellt att se över såväl innehållet i den nationella databasen som dess syfte. Mera vikt kommer att läggas vid

att informationen skall kunna vara till stöd för de "vårdlotsar/slussar" som har inrättats i många landsting och mindre för att patienterna själva ska använda uppgifterna för att söka vård. Vårdlotsarnas uppgift är att underlätta samverkan mellan vårdgivare, men också att stödja och hänvisa patienterna.

I den reviderade databasen har uppgiften om förväntad väntetid för de lägst prioriterade har ersatts av "aktuellt väntetidsläge". Denna uppgift ska ge en indikation om hur väl vårdgarantins intentioner uppfylls vara vägledande för vårdgivare vid hänvisning av patienter, liksom den ska kunna ge information till patienter som själva vill välja vårdgivare. Det finns numera också en möjlighet för de enskilda enheterna att lägga in ett meddelande om ledig kapacitet.

Andra förändringar är att uppgiften om väntande över 12 månader har ändrats till väntande över 90 dagar och att denna uppgift liksom antalet väntande skall rapporteras varje månad istället för en gång per tertiäl.

Arbetet med den nya vårdgarantin har också ingått att ta fram nationella indikationer för beslut om behandling på ett antal områden (se artikel om Vårdgaranti05). Detta arbete kommer att fortsätta och i de fall indikationer utarbetas på områden som inte tidigare ingått i databasen kommer databasen att kompletteras.

Noter

1 Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet i samverkan.

2 Tillgängligheten i Fokus - en modell för att följa väntetider i sjukvården. Landstingsförbundet, 1998. beställningsnummer 1762.

- 3 Vägledning för hur den offentliga sektorn ska utveckla sina webbplatser så att de användbara och tillgängliga för alla.
- 4 Web Accessibility Initiative = riktlinjer för hur webbsidor ska utformas för att vara tillgängliga för alla.
- 5 Detta mått har numera ändrats till aktuell väntetid för nytillkommande patienter.

Summary in English

The National Database on Waiting Times in Specialized Care

The paper describes how the database was built up during 1999-2005 and the different measures that have been used. There is also a description of the changes that have been made recently in order to cope with the Maximum Waiting-time Guarantee. Also, there are some examples of how the data in the database can be analyzed at different levels in the health care system.

keywords: