

Väntetider i Vården

- en utmaning

Marianne Hanning och Olof Edhag

Väntetider till vård och behandling har varit ett bekymmer inom hälso- och sjukvården under flera decennier. Information om hur länge patienterna faktiskt väntar och vad de väntar på har dock bara funnits sedan starten av den nationella väntetidsdatabasen år 2000. Arbetet med att utveckla denna databas gick under namnet "Väntetider i Vården". Det var ett Dagmarfinansierat projekt som byggde på årliga överenskommelser mellan staten och landstingen. Idag är databasen som är webbaserad i reguljär drift och de data som samlas in ingår bl a i de öppna jämförelser av hälso och sjukvården som för första gången publicerades sommaren 2004. Denna artikel är en sammanfattning och reflektion av projektet Väntetider i Vården.

Marianne Hanning, hälsoekonom, PhD. Var mellan 1998 och 2005 projektledare för Väntetider i Vården.

Olof Edhag, läkare, professor. Ordförande i styrgruppen i projektet Väntetider i Vården.

kontakt: marianne.hanning@skl.se

Inledning

I Dagmaröverenskommelsen för år 1999 enades dåvarande Landstingsförbundet och Socialdepartementet om att utveckla och implementera ett nationellt system för kontinuerlig uppföljning och redovisning av väntetider inom den svenska hälso- och sjukvården. Som en följd av överenskommelsen startades hösten 1999 projektet "Väntetider i Vården - ett nationellt arbete för förbättrad tillgänglighet". Projektet pågick till årsskiftet 2004/2005 och det har varit en av de större nationella satsningarna under dessa år för att förbättra och utveckla uppföljningen av den svenska hälso- och sjukvården. I denna artikel

försöker vi göra bokslut över projektet och reflektera över vilka problem som ett nationellt arbete av detta slag kan möta. Vi utgår från våra egna upplevelser som ordförande i styrgruppen respektive projektledare, men också från de olika utvärderingar som gjorts under projekttiden.

Väntetider i Vården - 1999- 2005

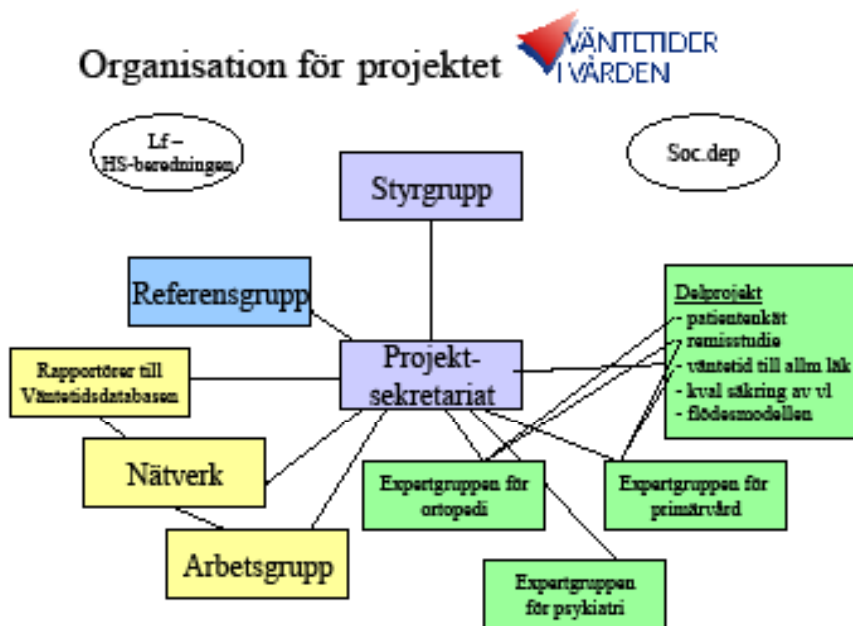
Förberedelserna för en nationell uppföljning av köer och väntetider kan sägas ha börjat redan 1995 i och med den inventering av landstingens möjligheter att redovisa väntetider som Landstingsförbundet då gjorde (1). Inventeringen visade att landstingen

hade mycket begränsad kännedom om hur länge patienterna faktiskt väntade på vård och behandling. Landstingsförbundet startade då tillsammans med Södra sjukvårdsregionen och landstingen i regionen ett projekt med målsättningen att ta fram en modell för uppföljning av köer och väntetider på lokal, regional och nationell nivå. I början av 1996 lämnade projektet sitt förslag (2) och den modell över "patientens väg genom vården" som presenterades då har sedan kommit att bli grundläggande för det fortsatta arbetet på nationell nivå.

Den första uppgiften för projektet Väntetider i Vården blev att föreslå vilka uppgifter som skulle ingå i de nationella uppföljningarna och hur mätningarna praktiskt skulle organiseras.

Med den grundläggande modellen som bas genomfördes regionala konferenser för att diskutera mätningarna med landstingen.

En organisation för projektet byggdes upp (Figur 1) och en styrgrupp med representanter från landstingen, Socialstyrelsen, Svenska Läkaresällskapet och Läkarförbundet bildades. Landstingsförbundet svarade för nationell samordning och administration av projektet. Varje landsting utsåg en huvudansvarig person för mätningarna lokalt. Dessutom bildades en mindre arbetsgrupp samt ett nätverk med representanter för landstingen. Under arbetets gång tillkom också tre expertgrupper; en för primärvård; en för psykiatri och en för ortopedi.



Figur 1: Organisation för projektet Väntetider i Vården

Efter diskussioner med huvudmännen stod det klart att de patientadministrativa systemen var olika långt komna i sin utveckling och att det därför inte var möjligt att fullt ut samla in den information som grundmodellen förutsatte. Styrgruppen beslutade därför att mätningarna skulle byggas upp etappvis och att den första etappen skulle koncentreras till den specialiserade vården samt väntetider till ett första läkarbesök respektive väntetid till behandling. Med landstingens och Svenska Läkaresällskapet specialistföreningars och Läkarförbundets sektioners hjälp fattades också beslut om vilket urval av mottagningsverksamheter och behandlingar som skulle ingå i databasen.

I mars 1999 fick Landstigsförbundets styrelse ett underlag för att fastställa vilka uppgifter som skulle ingå i en första utvecklingsetapp med början år 2000. I september 1999 gick en detaljerad information ut om vad som skulle mätas, samt hur organisationen av mätningarna var organiserade. I april 2000 öppnades webbplatsen "Väntetider i Vården".

För att upprätthålla en bra dialog med nätverket och rapportörerna inbjöds dessa två gånger per år till nationella konferenser. Vid dessa konferenser diskuterades mätningarnas innehåll, mätmetoder samt de resultat och analyser som mätningarna ledde fram till, dvs. nyttan för patienterna med projektet.

År 2002 fick projektet ytterligare ett uppdrag att - som en del av uppföljningen av den nationella handlingsplanen för hälso- och sjukvården - följa upp väntetider till primärvård.

Uppgiften kom senare att preciseras till väntetider till ett första allmänläkarbesök och den första mätningen gjordes våren 2002. Utöver att bygga upp och genomföra mätningar av väntetider genomförde projektet två enkäter om väntetider till olika patientgrupper, kartläggningar av olika verksamheter samt andra studier för att bredda kunskaperna om väntetider i den svenska sjukvården (3-9).

I början av år 2004 beslutade Sveriges Kommuner och Landsting att databasen skulle övergå i reguljär drift och projektet skulle avslutas. Inför denna övergång genomfördes på styrgruppens uppdrag en utvärdering av projektet (10) vars syfte var att ge underlag för styrgruppens förslag till fortsatt väntetidsuppföljning (11). Under projekttiden hade ytterligare tre utvärderingar gjorts; en webb-enkät om hur hemsidan uppfattades av användarna, ytterligare en enkät som riktade sig till verksamhetschefer (12) och slutligen en studie av organisationen och införandet av mätningarna i olika landsting (13).

Varför en utmaning?

Att från den nationella nivån avkräva hälso- och sjukvården uppgifter för uppföljning väcker oftast inte någon större entusiasm. Förklaringen till detta brukar vara att man anser att insamlingen av data tar för mycket resurser i anspråk utan att man får så mycket värde tillbaka. Ett annat vanligt argument är att det är svårt att få fram tillförlitliga och jämförbara uppgifter. Därför var det inte förvånande att det fanns många skeptiker när mätningarna av väntetider starta-

de. Samtidigt fanns det också mycket starka krav på en bättre uppföljning av väntetiderna, inte minst från politiskt håll och från patienter och allmänhet. Medierna har också alltid haft ett stort intresse för väntetidsfrågan, vilket innebar att de ständigt försökte få fram uppgifter om hur länge patienterna behöver vänta.

Som vi uppfattade det fanns det största motståndet mot mätningarna bland klinikledningarna. I den utvärdering som gjordes med ett antal verksamhetschefer efter drygt två års rapportering (12) framkom också att man hade en avvaktande attityd till databasen. Man redovisade att det fanns en stor osäkerhet om de uppgifter som rapporterades in var tillförlitliga. En viktig orsak till detta menade man var att uppgifterna var svåra att få fram därför att IT-systemen inte gav stöd för rapporteringen. En fråga som några verksamhetschefer ställde var, vem har nytta av mätningarna? Inte jag i alla fall var deras eget svar. Belysande för inställningen till databasen - och kanske också till verksamhetsuppföljning i allmänhet och nationell sådan i synnerhet - var att man från verksamhetschefshåll undrade om man verkligen kunde lita på de presenterade uppgifterna. En märklig inställning eftersom det ju är klinikens egna, inrapporterade data som finns i databasen.

Motståndet var dock tack och lov inte helt kompakt utan det fanns också de som var positiva och menade att databasen och publiceringen på Internet hade potential att underlätta styrningen av patientflödet, så att skillnader i tillgänglighet kunde

utjämnas genom att bättre utnyttja de tillgängliga resurserna.

En annan utmaning bestod i att väntetider generellt ses som något negativt och ett misslyckande från världens sida. Man vill inte bli fastkedjad vid skampålen. Väntetider har också kommit att uppfattas som ett lite suspekt begrepp mycket beroende på att de använts som slagträ i den politiska retoriken.

Över åren har också en särskild "kökultur" kommit att utvecklats inom vården. Köer och väntetider har t ex varit användbara som argument i fördelningen av resurser. För många praktiskt verksamma läkare har "att sätta på väntelista" varit en utväg i en besvärlig beslutssituation. Detta har lett till att det funnits en hel del "luft" i väntelistorna. Ett annat exempel på inställningen till väntelistorna är en kommentar från en verksamhetschef som inte förstod varför det var viktigt att samla in uppgifter över de "lägst prioriterade patienterna på väntelistan" eftersom de flesta av dessa ändå aldrig skulle bli föremål för någon vård vid hans klinik.

Ytterligare ett märkligt skäl för att sätta upp patienter på väntelista var att om tillståndet försämrades så att indikationen för kirurgi stärktes skulle operationen kunna utföras snabbare. Det skulle med andra ord vara bra att finnas på väntelista för säkerhets skull. Detta synsätt speglar något mycket väsentligt då det gäller hela problematiken med väntetider, nämligen strikta, genomarbetade, av alla accepterade kriterier för olika typer av ingrepp. Dessa varierar nämligen påtagligt, vilket den studie av hur re-

missis hanterades inom specialistsjukvården som projektet genomfört, gav flera talande exempel på detta (8).

Landstingens intresse för att medverka i mätningarna var högst varierande. I några landsting hade man sedan länge egna mätningar och några hade också börjat redovisa data på Internet. De nationella mätningarna ställde emellertid krav på utveckling av de patientadministrativa systemen och det var inte alltid som detta överensstämde med annan planering för utvecklingen av IT-systemen inom de enskilda landstigen. När projektet startade kunde majoriteten av landstingen endast i begränsad omfattning redovisa uppgifter om de faktiska väntetiderna. Mycket arbete fick därför läggas ner på att motivera och övertyga landstingen att medverka i arbetet och leverera in de efterfrågade uppgifterna. I Dagmaravtalen för de år projektet pågick ingick fick landstingen också resurser för detta ändamål.

En viktig förutsättning för att databasens uppgifter skall vara användbara är naturligtvis att uppgifterna är tillförlitliga och jämförbara, dvs. att man utgår från gemensamma definitioner av de termer och begrepp som ingår och att data kvalitetssäkras. En annan utmaning blev därför att skapa gemensamma definitioner av väntande och väntetider eftersom detta saknades.

Att uppgifterna skulle användas av patienterna för att välja vårdgivare kan också ha väckt motstridiga känslor för att öppet redovisa väntetiderna på Internet. De ökade valmöjligheterna i vården debatterades under en stor del

av projekttiden och det fanns en viss oro för att databasen skulle medverka till att patientströmmarna skulle bli alltför omfattande och utom kontroll för det enskilda landstiget.

Väntetider är en het politisk fråga. Att kontinuerligt redovisa väntetiderna på Internet gjorde också att media ständigt var intresserade av att publicera uppgifter och då gärna i form av att peka ut var väntetiderna var som längst. Väntetidsproblematiken är dock komplex och några enkla samband finns inte. Därför blev det också en utmaning för projektet att försöka öka förståelsen för problematiken och att avstå från att göra enkla rankinglistor.

Hur gick det och vad har vi lärt oss?

Projektet Väntetider i Vården handlade huvudsakligen om att starta nationella mätningar av väntetider till vård och behandling och ur den aspekten kan vi konstatera att arbetet lyckats - idag finns en nationell databas i kontinuerlig drift. Vi kan också konstatera att trots att det tog fem år av intensivt utvecklingsarbete för att åstadkomma detta har mätningarna ännu inte nått upp till en riktigt tillfredsställande kvalitet vad gäller de faktiska väntetiderna. Inte heller har det långsiktiga målet om att kunna följa patientens väg genom vården, från den första begäran om vård till ett avslut, kommit så långt som vi hoppats. Förändringar av detta slag tar tid och det är nu viktigt att utvecklingen kan fortsätta på den inslagna vägen.

Eftersom det saknades vedertagna mått för att beskriva väntetider blev detta en mycket central uppgift i pro-

jektet. Då databasen inte bygger på individbaserade uppgifter blev det viktigt att komma överens med landstingen om vilka aggregerade uppgifter som skulle rapporteras. Efterson databasen skulle spegla både det aktuella väntetidsläget för patienter som stod i begrepp att välja vårdgivare (aktuell situation och en prognos) och utgöra underlag för uppföljning av väntetiderna (bokslut), blev det fråga om mått av helt olika karaktär. Så här i efterhand kan vi tycka att det kanske hade varit bättre att hålla isär dessa båda syften i skilda databaser, även om inrapporteringen skedde i ett sammanhang.

Med två databaser hade det kanske gått att undvika att den förväntade väntetiden användes som ett generellt mått på hur långa väntetiderna var. Detta var olyckligt eftersom dessa uppgifter byggde på en prognos och enbart redovisade den *längsta* tid som en icke-prioriterad patient skulle få vänta.

De förväntade väntetider som rapporterades in var också i vissa fall uppseendeväckande långa och det kom att spå på bilden av att databasen var oseriös och innehöll rena gissningar. Vi hade hoppats på att detta skulle vara en "barnsjukdom" och att publiceringen skulle leda till att man lokalt gick igenom sina väntelistor och satte in åtgärder. Våra förhoppningar kom dock på skam och med viss förvåning kunde vi konstatera att det fanns kliniker som år efter år redovisade extremt långa förväntade väntetider, utan att aktivt göra något åt detta.

Diskussionerna om databasens kvalitet och svårigheterna att få in upp-

gifter om de faktiska väntetiderna gjorde att projektledningen tyckte att det var viktigt att få bättre kännedom om hur man i landstingen byggt upp arbetet med rapporteringen av data. Våren 2003, när databasen varit i drift i tre år, fick avdelningen för Kvalitetsteknik vid Linköpings Universitet i uppdrag att göra en studie av hur rapporteringen till databasen var organiserad (13). I studien gjordes intervjuer med rapportörer och huvudansvariga för inrapporteringen i sju landsting.

Intervjuerna visade att sättet att organisera rapporteringen skiljde sig mycket mellan landstingen. De samordnare som utsetts hade exempelvis mycket olika roller och de kunde vara allt ifrån en aktiv "spindeln i nätet" till att ha en mer passiv roll med ett diffust uppdrag. Det var också stora skillnader i graden av automatisering i rapporteringsprocessen, vilket gjorde att uppdraget för en del rapportörer gick väldigt smidigt medan andra fick ägna betydligt mer tid för att göra egna beräkningar innan uppgifterna kunde rapporteras vidare. Även insatserna för att kontrollera korrektheten i uppgifterna varierade stort.

I studien pekade man också på vikten av att arbetet var väl förankrat och fick stöd av ledningen på olika nivåer i landstinget. Likaså lyfte man fram vikten av att arbetet var kopplat till andra insatser för att förbättra tillgängligheten. Om ingen efterfrågar uppgifterna blir det svårt att finna en mening med att rapportera. Även när det gäller dessa förhållanden visade intervjuerna att situationen var mycket olika i de landsting som ingick i studien.

En kritik som riktats mot projektet har varit att det enbart omfattade tillgängligheten till den planerade vården vid sjukhus och då framför allt de kirurgiska specialiteterna. Man menade att dessa väntetider inte utgjorde ett så stort problem utan att det fanns andra tillgänglighetsproblem som var mist lika allvarliga. Även om ambitionen i projektet var att vrida intresset från enskilda väntetidsmätt till att se väntetiderna ur ett helhetsperspektiv genom att följa patientens väg genom vården är det lätt att förstå att det fanns delar av hälso- och sjukvården som inte kände sig direkt involverade i arbetet eftersom det inte är alla verksamheter som har tillgänglighetsproblem i form av långa väntetider.

En särskild enkät gjordes dock till patienter med kronisk sjukdom och som därför har långvariga vårdbehov (3). Enkäten syftade till att ge en bild av vilka förhållanden som av dessa patienter upplevdes vara av störst betydelse för en god vårdkvalitet. Resultatet visade att väntetider för t ex återbesök kunde vara ett stort problem och att ökad tillgänglighet tillmättes en stor betydelse för att förbättra vården för dessa grupper. Denna grupps problem med tillgänglighet till vård behöver i större utsträckning än idag analyseras och åtgärdas.

Som nämnts tidigare fick projektet ett uppdrag att utveckla en kontinuerlig uppföljning av primärvårdens tillgänglighet. Dessa mätningar som över Internet vänder sig direkt till samtliga vårdcentraler är av en helt annan karaktär än databasen för den specialiserade vården. Vårdcentralerna behöver inte hämta data från något

patientadministrativt systemen utan man rapporterar in uppgifter manuellt om hur länge de patienter väntat som under en viss dag (numera under en viss vecka) besöker en allmänläkare. Systemet är också uppbyggt så att de som rapporterar in får en snabb återföring av sina uppgifter i form av diagram och tabeller där de kan se hur de ligger till i jämförelse med andra vårdcentraler. Om det är denna direkta feedback, eller sättet att mäta och rapportera som gjort att vårdcentralernas intresse för att medverka i mätningarna varit stort, vet vi inte, men införandet av dessa mätningar har inte på samma sätt mötts av diskussioner och ifrågasättanden som databasen för den specialiserade vården.

Arvet efter Väntetider i Vården

Inför beslutet om att projektet Väntetider i Vården skulle avslutas och mätningarna av väntetider övergå i reguljär verksamhet, gjordes en omfattande utvärdering av projektet av Berlith Persson (10). Utvärderingen gjordes med hjälp av s.k. fokusgrupper. Ett tjugotal geografiskt spridda grupper med sammanlagt 140 personer från olika organisationer, nivåer och projekt diskuterade; Ska väntetider i vården följas upp? Om ja, vad, hur och av vem?; Hur ska resultaten kommuniceras?; Dessutom skulle man i grupperna lämna förslag till utveckling och förbättring av den nuvarande databasen.

Att väntetiderna även fortsättningsvis skall följas fanns det inte någon tveksamhet kring, inte heller ifrågasattes att det skulle vara en uppgift för Sveriges Kommuner och Landsting.

Något som kom fram i så gott som alla fokusgrupper var dock att man saknade ett ledarskap och en samordning av uppföljningen av hälso- och sjukvården i stort såväl lokalt som på den nationella nivån. För den fortsatta utvecklingen av väntetidsuppföljningen menade man att det också är viktigt att denna ses som en del av det samlade kvalitets- och säkerhetsarbetet.

Uppföljningarna bör också byggas ut till att omfatta fler verksamhetsområden och behandlingar. Ytterligare en slutsats från dessa diskussioner var att tempot i förändringsarbetet mot en mer flödesorienterad uppföljning bör öka för att underlätta det fortsatta arbetet med att förbättra tillgängligheten.

Avslutningsvis kan vi konstatera att projektet Väntetider i vården innebar många utmaningar och att det fortfarande är en bra bit kvar innan tillgängligheten i den svenska hälso- och sjukvården kan följas upp på ett tillfredsställande sätt. Projektet har dock givit ett grundläggande koncept för att följa väntetiderna och stakat ut en väg framåt. Det är också glädjande att Sveriges Kommuner och Landsting beslutat att bygga upp ett särskilt programområde för uppföljning och utveckling av vårdens tillgänglighet där mätningarna intar en central plats, något som också fanns med i styrgruppen för Väntetider i Vårdens förslag till fortsättning av projektets arbete (11).

Den kanske viktigaste slutsatsen som kan dras av projektet är att det går att genomföra ett nationellt projekt där så gott som samtliga kliniker

inom den slutna sjukvården och primärvården medverkar utan tvingande lagar eller myndighetskrav.

Det nätverk av samordnare, rapportörer och andra engagerade som träffats regelbundet och utbytt erfarenheter har varit en starkt bidragande orsak till framgången i projektet. På så sätt har projektet till en betydande del styrts av de som i vardagen arbetar med rapporteringen, dvs. de som löst praktiska problem på hemmaplan och varit idégivare åt projektledningen.

Referenser:

1. Hanning M. Vad vet sjukvården om köer och väntetider? Läkartidningen, vol 93, nr 24:1996(2360-2363)
2. Tillgängligheten i fokus - uppföljningssystem för köer och väntetider i sjukvården. Landstingsförbundet och Samverkansnämnden i den södra sjukvårdsregionen. Stockholm, 1998, best nr 1762.
3. Patientattityder. SCB:s kvalitetsmodell med Nöjd-Patient-Index. Diabetiker, lungsjuka och reumatiker om sjukvården. En undersökning inom ramen för projektet Väntetider i vården. Landstingsförbundet, 2003.
4. Väntelistor. Gemensamma rutiner. Landstingsförbundet, 2002
5. Metoder för kvalitetssäkring av väntelistor. Delrapport. Landstingsförbundet, 2003.
6. Väntetid till operation. Enkät till tre patientgrupper inom ortopedi. Landstingsförbundet, 2003.
7. Nationell kartläggning av MRT-undersökning - resurser, verksamhet och väntetider. Landstingsförbundet, 2003.
8. Löfvendahl S, Hellberg S, Hanning M. Hur tolkades remissen? Enkät om prioritering av patienter remitterade till ortopedspecialist visade stora skillnader remissgranskare emellan. Läkartidningen 17(99), 2002; 1931-39.
9. Patientens väg genom vården. Flödesmodellen som verktyg för beskrivning och analys av vårdens tillgänglighet. Projektbeskrivningar. Landstingsförbundet, 2003.
10. Persson, B. Krav på resultatredovisning eller utvecklingsstöd med tålomod? En resa i spåren efter projektet Väntetider i Vården. Sveriges Kommuner och Landsting, 2004.

tema

11. Projekt Väntetider i Vården - hur går vi vidare? Sveriges Kommuner och Landsting, 2004.
12. Verksamhetsföreträdarens synpunkter på ”Väntetider i Vården”. Förstudie. Ernst&Young AB, 2002.
13. Elg M, Persson B, Rapportören i centrum. Kvalitetssäkringsmönster och principer för rapportering av väntetidsdata. Avdelningen för Kvalitetsteknik, Linköpings Tekniska Högskola, 2003.

Summary in English

Waiting Times in Health Care – a challenge

The project Waiting Times in Health Care (1999-2005) aimed to set up a national model for follow-up and reporting of waiting times in Sweden. In the paper the two authors – project manager and chair of the steering-group – reflect over the work and the results.

keywords: Evaluation, Waiting lists