

Uppföljning av tillgängligheten i Östergötland

Björn Hansson

I Landstinget Östergötland har uppgifter om förväntade och verkliga väntetider i vården samlats i ett central register baserat på uppgifter från kliniker och sjukhus. I denna artikel beskrivs databasens uppbyggnad och några resultat redovisas från den utvidgade vårdgarantin 2005.

Björn Hansson, projektledare vid Landstinget i Östergötland och har svarat för uppbyggnaden av landstingets väntetidsuppföljningar. Björn har också medverkat i projektet Väntetider i Vården och under det senaste året ingått i den grupp som arbetat med utveckling av den nationella väntetidsdatabasen.

kontakt: Bjorn.Hansson@lio.se

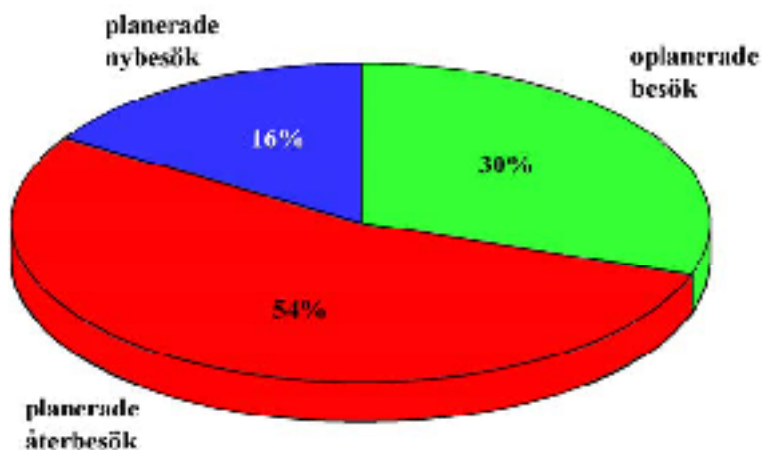
Inledning

Liksom i andra delar av landet har långa väntetider varit ett omdiskuterat problem i den östgötska sjukvården sedan många år. Som ett av de första landstingen i landet införde Landstinget i Östergötland i slutet av 90-talet en systematisk uppföljning av väntetiderna inom den specialiserade vården.

I denna artikel ges en beskrivning av hur uppföljningen av väntetiderna för närvarande är organiserad, vilka aspekter på tillgänglighet som följs samt några exempel på vilken information som uppföljningen kan ge.

För att få ett perspektiv på vänteti-

derna som problemområde är det viktigt att framhålla att väntetider inom den specialiserade gäller långt ifrån alla patienter. Av samtliga läkarbesök inom den specialiserade vården som gjordes i landstinget under 2005, var drygt hälften eller cirka 247 000 planerade återbesök. En knapp tredjedel var oplanerade besök och 16 procent var så kallade planerade nybesök där patienterna fick vänta kortare eller längre tid (figur 1). Även om andelen som får vänta är låg, är det många patienter (74 000 patienter under år 2005) som fått vänta på att få göra ett besök.



Figur 1: Olika former av läkarbesök inom den specialiserade vården i Östergötland år 2005

Även inom den så kallade slutna vården var det endast en mindre del av patienterna som fick vänta på behandling eller operation. Av samtliga inskrivningar under 2005 var hela 72 procent oplanerade.

Syfte och mål för uppföljningen

Syftet med tillgänglighetsuppföljningen är bland annat att få kunskap om eventuella problemområden och stimulera till förbättringar. En viktig målgrupp för uppföljningen är med andra ord medarbetare inom den specialiserade vården, som när uppföljningen infördes saknade överblick över de faktiska väntetiderna. Andra viktiga målgrupper är tjänstemannaledningen, den politiska ledningen, patienter och allmänhet. Sedan år 2001 presenteras resultat på landstingets webbplats (www.lio.se). Delar av uppföljningen ingår också i den nationella väntetidsdatabasen.

Det långsiktiga målet för tillgäng-

ligheten inom den specialiserade vården är sedan lång tid att alla patienter ska erbjudas besök eller behandling inom 90 dagar. För år 2006 gäller i Östergötland målet att minst 90 procent av patienterna ska tas emot inom 90 dagar.

Modell och metoder för uppföljning av den specialiserade vården

Tillgänglighetsuppföljningen baseras på en modell i tre dimensioner - tillbakablick var fjärde månad, månadsvis nulägesgenomgång av antalet väntande och hur länge dessa hittills har väntat respektive framåtblick för att vägleda patienter och andra intressenter om väntetiden för nytilkommande patienter. (figur 2) Modellen har under år 2006 anpassats till uppföljningen den nationella Vårdgarantin.

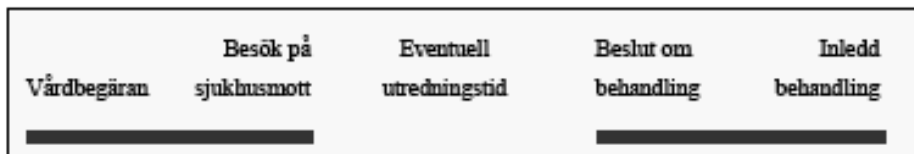
Uppföljningen av de faktiska väntetiderna omfattar tre steg i vårdprocessen. Nuvarande IT-stöd i Östergötland gör det inte möjligt att följa

Ursprungsmodell	Faktiska väntetider	Aktuella väntetider	Förväntade väntetider
	"bokslut" tillbakablick var fjärde månad	"målåge" genomgång varje månad	"prognos/framtidsbedömning" rapportering när läget ändras
Anpassad modell (2006)	Faktiska väntetider	Totalantal väntande Väntande mer än 90 dagar	Aktuellt väntetidsläge

Figur 2: Modell för uppföljning av den specialiserade vården

hela vårdprocessen för den enskilde patienten - det vill säga den totala tiden från vårdbegäran tills behand-

lingen är inledd respektive avslutad enligt den nationella "Flödesmodellen" (figur 3).



Figur 3: Olika steg i uppföljning av den specialiserade vården

Uppföljningen av behandlingsväntetiderna omfattar 29 olika behandlingar, varav 23 ingår i den nationella väntetidsdatabasen (från hösten 2006 följs nära 50 behandlingar nationellt). Behandlingarna har valts ut tillsammans med företrädare för den specialiserade vården i syfte att fokusera på behandlingar med tillgänglighetsproblem. Till skillnad från den nationella uppföljningen följer Östergötland besöksväntetiderna inom praktiskt taget alla specialiteter. Tills vidare ingår enbart läkarbesök med undantag för det psykiatriska vårdområdet där alla yrkesgrupper ingår. Uppföljningen inkluderar utomlänspatienter.

Inom alla landsting/regioner utom Östergötland har den enskilda kliniken ansvar för beräkning och rappor-

tering av aktuella väntetidsuppgifter. Landstinget i Östergötland har valt att hålla samman uppföljningen i en landstingsgemensam funktion. Uppföljningen av faktiska väntetider och antalet väntande baseras på registerdata på patientnivå, som klinikerna har registrerat i de patientadministrativa systemen. Alla bearbetningar och sammanställningar sker utifrån enhetliga principer och regelverk. Innan de östgötska resultaten offentliggörs och publiceras, får klinikerna godkänna de sammanställda uppgifterna. Klinikerna ansvarar endast för rapporteringen av aktuellt väntetidsläge, det vill säga den tid inom vilken alla nytillkommande patienter bedöms kunna tas emot.

Oavsett om väntetidsuppgifterna

tas fram av varje enskild klinik eller samlad för hela landstinget, måste uppgifterna ha hög kvalitet. Ett administrativt problem härvidlag har varit att vissa patienter som enligt registren fortfarande väntar på besök eller behandling redan har fått vård. Problemet har dock minskat successivt och inte minst i samband med införandet av Vårdgaranti 05. Praktiskt taget alla kliniker är numera aktiva i granskningen av uppgifter om patienter som har väntat mer än 90 dagar.

I väntetidsmodellen ingår att vissa avvikelser i vårdprocessen som kliniker inte råder över ska registreras i de patientadministrativa systemen. Detta gäller patientvald väntetid som ska registreras när patienten själv väljer att vänta minst 14 dagar längre än kliniken erbjuder. Vidare ska medicinskt orsakad väntetid registreras när besök/behandling inte kan genomföras som planerat på grund av komplicerande sjukdom.

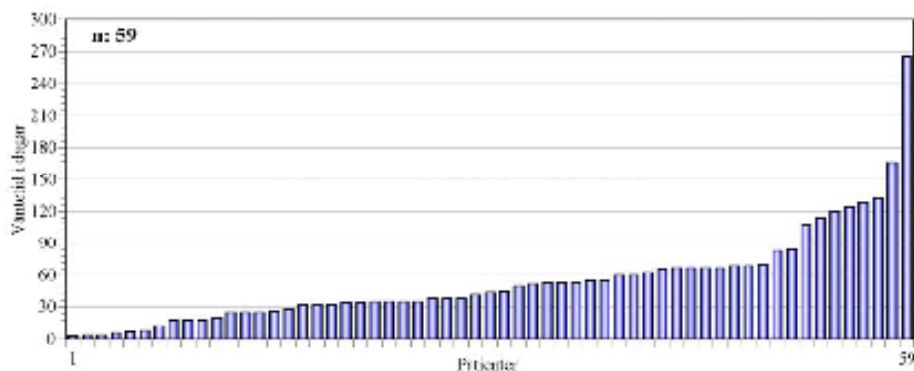
Det har blivit allt vanligare att länsövergripande centrum/kliniker erbjuder patienten besök/behandling vid

annat sjukhus i Östergötland för att förkorta väntetiden. Det förekommer dock att patienten tackar nej till ett sådant erbjudande och väljer att vänta kvar vid "sitt" sjukhus. Även om patienten därmed kan anses ha valt att vänta längre tid än som erbjudits, har beslutats att patientvald väntetid inte ska registreras i sådant fall. Eftersom patient med registrerad patientvald väntetid eller medicinskt orsakad väntetid exkluderas i beräkningarna av väntetider, skulle väntetiden för patient som vill fortsätta vänta vid närmaste sjukhuset annars inte synas i uppföljningen.

Olika statistiska mått för beskrivning av väntetider inom specialiserad vård

Väntetider till besök respektive till behandling inom den specialiserade vården varierar mellan enskilda patienter. Detta exemplifieras i följande figur som beskriver de faktiska väntetiderna för alla patienter som har opererats för åderbräck under våren 2006.

Skälet till att väntetiderna varie-



Figur 4: Faktiska väntetider för patienter opererade för åderbräck i Östergötland januari - april 2006

rar för olika patienter beror oftast på vilken medicinsk angelägenhetsgrad som fastställts. I Östergötland används inte den traditionella prioriteringen dubbel förtur (FF), förtur (F) respektive ingen förtur (0). I stället tillämpas sedan flera år en gemensam tidsrelaterad prioritetsgruppering på samtliga kliniker.

I och med införandet av vårdgarantin hösten 2005 har prioritet 4 - 6 blivit inaktuella för patienter med nya medicinska problem. Det är inte längre lämpligt att prioritera nya patienter till längre väntetid än högst 90 dagar. De lägre prioritetsgrupperna 4 - 6 har behållits för planerade kontroller och återbesök. Dessa grupper ingår dock inte i väntetidsuppföljningen.

Prioritet 1	besök/behandling inom 14 dagar
Prioritet 2	besök/behandling inom 15 - 30 dagar
Prioritet 3	besök/behandling inom 31 - 90 dagar
Prioritet 4	besök/behandling inom 91 - 180 dagar
Prioritet 5	besök/behandling inom 181 - 365 dagar
Prioritet 6	besök/behandling efter 12 månader

Figur 5: Tidsrelaterade prioritetsgrupper i Östergötland

Resultat

Resultaten av uppföljningen inom den specialiserade vården i Östergötland återrapporteras till sjukhuskliniker så snart de sammanställs. Redovisningen är öppen - alla ser allas resultat.

I de följande avsnitten ges exempel på resultat från den så kallade fasta rapporteringen respektive några exempel på resultat från de fördjupade analyser som materialet ger möjlighet till.

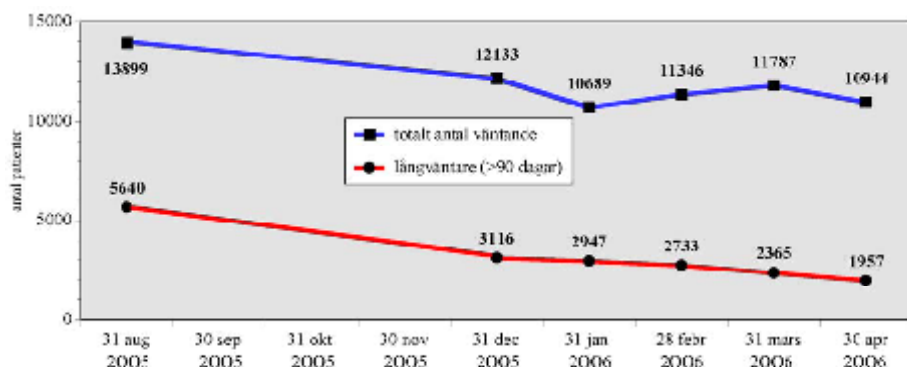
Standardiserade väntetidsredovisningar

Den standardiserade redovisningen avser utvecklingen av antalet väntande patienter respektive faktiska väntetider för patienter som redan tagits emot. Genomgången av väntande patienter fokuserades tidigare på patienter som hade väntat mer än 12 månader. Från hösten 2005 har

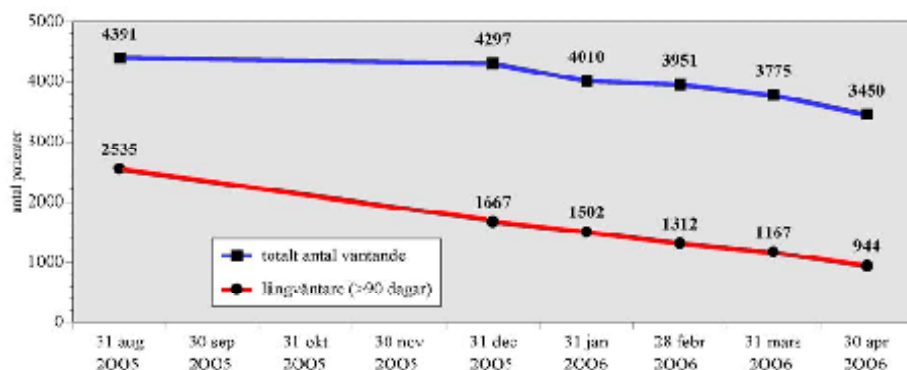
fokus i stället lagts på patienter som hittills väntat mer än 90 dagar - så kallade långväntare. Följande figurer visar den summerade utvecklingen av långväntare till besök respektive behandling sedan augusti 2005.

Den positiva utvecklingen beror på en medveten satsning på patienter som har väntat länge. Samtidigt har förbättringsarbete på många kliniker medfört ökad besöks- och behandlingsskapaciteten. Vidare har extra medel tillförts för förbättrad tillgänglighet.

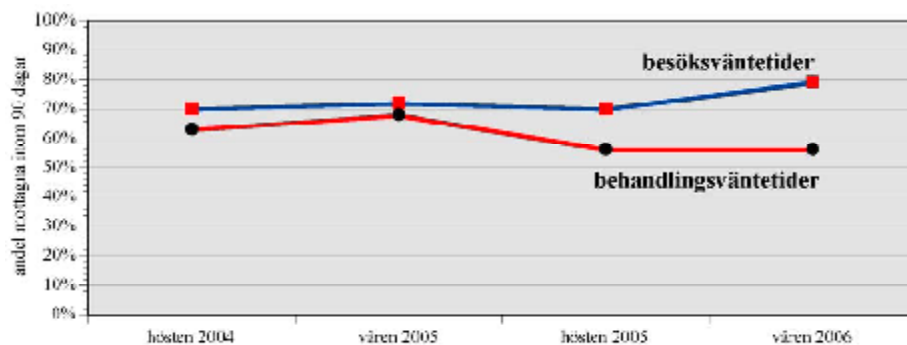
Figur 8 visar utvecklingen av de faktiska besöks- och behandlingsväntetiderna från hösten 2004 till våren 2006. Antalet patienter som tas emot under sommaren är begränsad, varför sommarresultaten inte är jämförbara med resultaten för övriga året. Sommarresultaten har utelämnats i figuren.



Figur 6: Totalt antal väntande och väntande mer än 90 dagar på BESÖK i Östergötland augusti 2005 - april 2006



Figur 7: Totalt antal väntande och väntande mer än 90 dagar på BEHANDLING i Östergötland augusti 2005 - april 2006



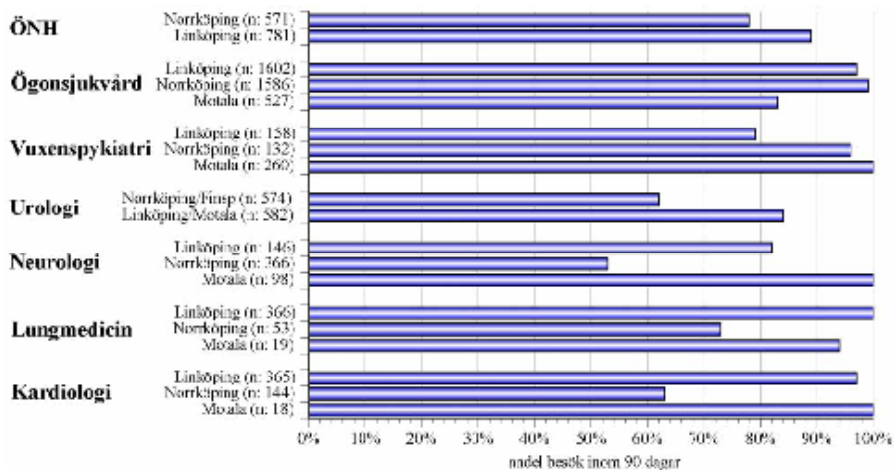
Figur 8: Faktiska besöks- och behandlingsväntetider hösten 2004 - våren 2006

Den negativa utvecklingen av behandlingsväntetiderna, som beskrivs i figur 8, beror på att allt fler långväntare har tagits emot.

De faktiska väntetiderna rapporteras per mottagning och behandling vid respektive sjukhus i Östergötland för att möjliggöra jämförelser. Några länsövergripande kliniker önskar att

resultaten endast redovisas summerat för hela Östergötland, men beslut har fattats om att resultaten ska redovisas öppet per enhet som så länge skillnader finns.

Figur 9 visar de faktiska besöksväntetiderna våren 2006 för ett antal utvalda specialiteter.



Figur 9: Faktiska besöksväntetider inom några specialiteter våren 2006

Fördjupade analyser

Utöver fasta resultatanalyser genomförs vid behov fördjupningar av olika slag. Exempel på detta är analyser av i vilken utsträckning patienterna fått vård i tid.

Vård i tid

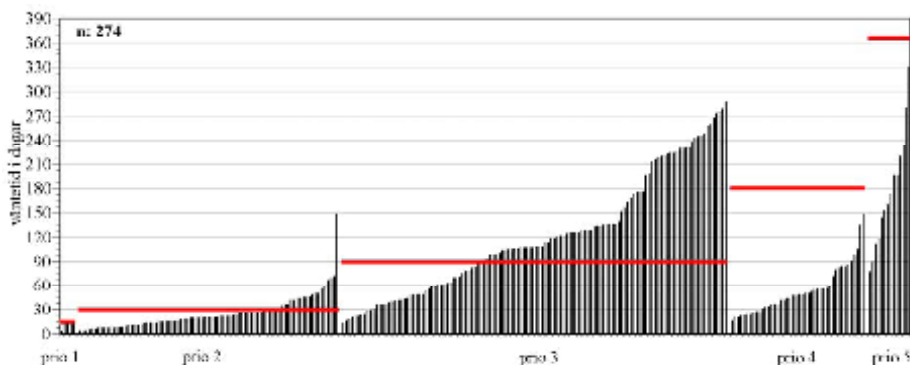
Analysen visar att patienterna inte alltid får vård i tid. Detta framkommer när de faktiska väntetiderna ställs mot den medicinska prioritet som sattes när beslut om besök respektive behandling togs för de enskilda patienterna. Figur 10 beskriver de faktiska väntetiderna för knäledsartroskopier i förhållande till den medicinska prio-

riteten för patienter med olika medicinsk prioritet (röd linje i figuren).

Figur 10 visar bland annat att väntetiden för en och samma prioritetsgrupp varierar avsevärt. Figuren visar också att vissa patienter med lägre medicinsk prioritet (t.ex. prioritet 4) tas emot snabbare än patienter med högre prioritet (prioritet 3). Detta fenomen kan avläsas på många kliniker i Östergötland.

Väntetider för män och kvinnor

I sjukvårdsdebatten hävdas ibland att kvinnor väntar längre tid än män på sjukvård. Studier visar dock att detta



Figur 10: Faktiska väntetider VS medicinsk prioritet för artroskopi i knäled i Östergötland januari - april 2006

inte stämmer med förhållandena i Östergötland.

Följande tabell visar resultatet för den specialiserade vården år 2005. Redovisningen av behandlingsväntetiderna omfattar alla planerade behandlingar - inte bara de 29 som ingår i tillgänglighetsuppföljningen.

Tabellen visar att det finns en statistiskt säkerställd skillnad mellan be-

söksväntetiderna för män och kvinnor och att kvinnorna väntat något kortare tid än män på besök hos läkare inom den specialiserade vården.

Det kan nämnas att det inte finns någon statistiskt säkerställd skillnad i väntetider till läkarbesök i primärvården för män och kvinnor i Östergötland.

	<u>Besöksväntetider år 2005</u>		<u>Behandlingsväntetider år 2005</u>	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
Antal patienter	21 837	26 973	11 790	13 618
andel patienter inom 30 dagar	40,6 %	41,4 %	40,1 %	43,5 %
andel patienter inom 90 dagar	72,7 %	73,9 %	71,7 %	73,1 %
medelvärde	74,2 dagar	68,8 dagar	84,3 dagar	85,9 dagar
mediansvärde	41 dagar	40 dagar	42 dagar	39 dagar
percentil 90	177 dagar	169 dagar	202 dagar	197 dagar
t-test	p = 0,001		p = 0,398	

Figur 11: Väntetider för män och kvinnor inom den specialiserade vården i Östergötland år 2005

Diskussion

Införandet av den utvecklade vårdgarantin i november 2005 har skapat en ökad medvetenhet i sjukvården när det gäller vikten av en god tillgänglighet. Man kan också avläsa en positiv förändring i attityderna till dessa frågor och att alla verksamheter tar kraven på allvar. Även om utvecklingen gått åt rätt håll i Östergötland, återstår tillgänglighetsproblem som måste lösas i. En viktig förutsättning för utvecklingen framåt är dock att tillgänglighetsuppföljningen upplevs trovärdig och att resultaten görs publika.

Resultaten av tillgänglighetsuppföljningen används aktivt i styrningen av sjukvården i Östergötland. Två gånger per år genomförs så kallade resultatdialoger mellan landstingsledningen och ledningen för respektive centrum där tillgänglighetsfrågorna har en given plats. Resultaten används också i landstingets uppföljning och styrning via balanserade styrkort. Vidare har politiska beslut om olika ”kö-satsningar” fattats utifrån publicerade resultat.

Något som vi bör förbättras är precisionen i besluten om vilka väntande patienter som skall tas emot på besök respektive behandling inom den specialiserade vården. Det kan förefalla orättvist att patienter med lägre medicinsk prioritet i vissa fall tas emot snabbare än patienter som prioriterats högre. Det kan inte uteslutas att detta beror på att patienter, som ofta tar kontakt med ansvariga för väntelistorna, hanteras på annat sätt än de som inte tar kontakt.

I de nationella mätningarna följs de faktiska väntetiderna var fjärde må-

nad. Det har diskuterats att införa en tätare uppföljning, men detta är inte meningsfullt ur flera aspekter. En sådan är att antalet patienter per behandling/åtgärd är för litet på många av landets kliniker.

Utvecklingen av antalet långväntare inom den specialiserade vården är en viktig vårdgarantiindikator, som bör följas varje månad under en övergångsperiod. Rapporteringen bör dock inte göras mer omfattande än nödvändigt, varför månadsrapporteringen av antalet väntande patienter bör upphöra och ersättas med tertialrapportering när antalet långväntare inte längre är ett problem i stort.

Nationella jämförelser ökar skärpan i landstingens egna analyser och slutsatser. Förutsättningen är dock att alla kliniker i landet rapporterar fastställda uppgifter till den nationella väntetidsdatabasen. Så är inte fallet idag.

Det är angeläget att alla patienter erbjuds vård på lika villkor. I detta ingår att väntetiderna inte ska vara beroende av vilket sjukhus man besöker. Analyser visar att så inte är fallet för närvarande i Östergötland. Geografiska skillnader i tillgänglighet inom det egna landstinget behöver därför följas och uppmärksammas.

Systematisk uppföljning av tillgängligheten har kommit för att stanna i Östergötland. Behovet av vidareutveckling är dock stort. Bland annat behöver IT-stödet utvecklas så att vårdprocessens samtliga steg kan identifieras och beskrivas enligt den nationella så kallade Flödesmodellen.

Summary in English

Assesment of Waiting Times in the County Council of Östergötland

In the paper there is a description of the system for monitoring and analyzing waiting lists and waiting times in Östergötland. There is also a thorough description of different measures that can be applied in the field. Also, there are a couple of examples of how long the waiting times are in different hospitals and for different specialities. Waiting times in different priority groups are also shown, as well as waiting times for men and women.

keywords: