

Förord

- Väntetider i vården

Health Consumer Powerhouse publicerade nyligen en jämförelse av sjukvården i olika europeiska länder¹. Sverige intog där en ledande position i alla avseenden utom ett - tillgängligheten. Dessvärre måste man konstatera att detta inte var någon nyhet. Problemet med långa väntetider och dålig tillgänglighet har länge varit den svenska sjukvårdens "Akilleshäla". Längre debatterades frågan också utan att det fanns så mycket fakta kring vare sig hur lång tid eller varför patienterna tvingas vänta. Under senare år har dock ett flertal större projekt genomförts vid Sveriges Kommuner och Landsting med syfte att förbättra såväl kunskaperna om problemets omfattning som vad som kan göras för att förbättra tillgängligheten.

Ett av dessa projekt var Väntetider i Vården. Projektet pågick mellan 1998 och 2004 och hade till uppgift att bygga upp ett nationellt system för att kontinuerligt följa upp och redovisa köer och väntetider. Projektet resulterade i att det idag finns en Internetbaserad väntetidsdatabas där väntetider till såväl primärvård som den specialiserade vården redovisas.

Att mäta och redovisa väntetider är dock långt ifrån tillräckligt för att åstadkomma de förändringar som är nödvändiga för att rå på problemen med långa väntetider. För detta krävs också förändringar i vårdens sätt att arbeta d v s i rutiner och praxis samt

ibland även förändringar av organisation och i vårdens strukturer. Detta kräver i sin tur en god kännedom om såväl resurser, logistik och produktionsplanering, liksom metoder för lokalt förbättringsarbete. När det gäller det senare påbörjade dåvarande Landstingsförbundet i slutet av 90-talet ett omfattande arbete för att sprida kunskap om olika metoder för lokalt förbättringsarbete. Tillgänglighetsproblematiken kom helt naturligt att bli ett centralt tema för tillämpning av dessa metoder.

Om väntetidsfrågan har varit ett ständigt återkommande ämne på den politiska agendan så har vårdgaranti varit det stående receptet. Garantier, nationella och olika lokala varianter, har funnits sedan 1992. Den senaste nationella garantin började gälla den 1 november 2005. För att underlätta införandet av garantin har Sveriges Kommuner och Landsting tillsammans med landstingen bedrivit projektet Vårdagaranti05.

Det övergripande syftet med detta temanummer är att ge en samlad redovisning av de erfarenheter och kunskaper som kommit fram ur Landstingsförbundets och sedermera Sveriges Kommuner och Landstings olika projekt för att följa upp, informera om, samt analysera och förbättra vårdens tillgänglighet

Avsikten är också att ge en mer översiktlig bild av "fenomenet" köer

och väntetider. I den inledande artikeln med titeln *"Väntetider i teori och praktik"* har undertecknad sammanfattat kunskapsläget när det gäller orsaker till och konsekvenser av väntetider. Därefter följer en artikel med rubriken *"I väntan på Närdå? - Allmänhetens, patienternas och professionens syn på väntetider inom ortopedi"*. I den har Sofia Löfvendahl analyserat olika studier för att se vilka uppfattningar de olika grupperna har när det gäller hur lång en acceptabel väntetid är. De väntetidsmätningar som görs nationellt är fortfarande inte heltäckande utan gäller enbart ett urval av behandlingar. I Östergötland har man dock sedan många år en individbaserad uppföljning av väntetider. För att ge en föreställning om väntetidsproblemets omfattning och hur långa väntetiderna faktiskt är har Björn Hansson i artikeln *"Uppföljning av tillgängligheten i Östergötland"* gjort ett antal analyser med hjälp av data från landstingets patientadministrativa system.

Som introduktion till två artiklar om de nationella väntetidsmätningarna har undertecknad och Olof Edhag som projektledare respektive ordförande i projektets styrgrupp i artikeln *"Väntetider i Vården - en utmaning"* sammanfattat våra erfarenheter av projektarbetet. Därefter ger Birgitta Källström i artikeln *"Den nationella väntetidsdatabasen för specialiserad vård"* en ingående beskrivning av tillkomsten av databasen, hur mätningarna är organiserade, vilka uppgifter de innehåller samt ger några exempel på hur uppgifterna kan analyseras. På liknande sätt beskriver Birgitta Edstöm i artikeln *"Uppföljning av primärvårdens*

tillgänglighet" de mätningar som görs två gånger per år för att följa upp väntetiden till allmänläkarbesök.

"Bättre flyt i vården" var namnet på ett omfattande arbete för att sprida kunskap om hur ett systematiskt förbättringsarbete kan vara lösningen på tillgänglighetsproblemen. I projektet som pågick under åren 2001-2004 fick 70 olika team från lika många enheter ta itu med sina problem. Carina Svensson och Eva Westerling har i artikeln *"Bättre flyt - ett förbättringsprogram för att öka tillgängligheten och förkorta väntetiderna"* sammanfattat resultatet av de olika teamens arbeten och sina erfarenheter av projektet.

Ett grundläggande synsätt vid uppbyggnaden av väntetidsinformation har varit att väntetider är "led" i en kedja av händelser eller som det kallas på logistikspråk - "flöden".

Ur ett patientperspektiv är det viktigt att hela händelseförloppet som omger en behandling - från första kontakt tills dess att fallet är avslutat - sker i en följd utan alltför långa avbrott (=väntetider). Detta synsätt är numera också väletablerat som ett sätt att leda och styra verksamheter. TQM, Lean production och processtyrning är några varianter av produktionsstyrning som med framgång prövats i olika branscher.

Flödesmodellen är den modell för att följa "patientens väg genom vården" som legat till grund för utvecklingen av väntetidsmätningarna. Modellen har vidareutvecklats över åren och den har vunnit allt större gehör som ett sätt att inte bara följa upp tillgängligheten utan också som en mer generell modell för verksamhets-

uppföljning. I artikeln *"Flödesmodellen Version 1.0 - individbaserad verksamhetsuppföljning med hjälp av Flödesmodellen"* beskriver Jan Lindmark och Mattias Elg hur modellen är uppbyggd och hur den i tillämpning kan hjälpa till att förbättra den information som behövs för att leda och styra sjukvården.

När landstingen och regeringen i slutet av år 2004 beslutade att en ny mer omfattande vårdgaranti skulle börja gälla ett år senare, innebar detta att sjukvårdshuvudmännen fick relativt god tid till förberedelser av införandet. För att hålla ihop och stödja landstingens arbete med garantin startades projektet *"Vårdgaranti05"*. Detta arbete kom i mångt och mycket att bli ett sätt att sammanfoga och föra ut det utvecklingsarbete som skett i projekten Väntetider i Vården, Bättre flyt och Flödesmodellen. I artikeln *"Projektet Vårdgaranti 05 - mot en "kö-fri" sjukvård"* ger Johan Calltorp sina reflektioner över arbetet med att förbereda och implementera 2005 års vårdgaranti.

För mig som på olika sätt har varit engagerad i väntetidsfrågan sedan slutet av 1980-talet, har arbetet med detta temanummer av Socialmedicinsk tidskrift varit ett fantastiskt tillfälle att blicka bakåt och reflektera över vad som hittills gjorts. Det är inte ofta sådana möjligheter bjuds och jag tror att jag kan göra mig till tolk för alla som varit involverade i de olika delarna av detta nummer och slå fast att vi skulle ha önskat oss mer tid för att skriva artiklar av detta slag och på så sätt förhoppningsvis nå ut till en bredare krets inom sjukvården.

Om jag avslutningsvis ska försöka

mig på att i några punkter sammanfatta de viktigaste erfarenheterna och resultaten av de arbeten som bedrivits vid Sveriges Kommuner och Landsting skulle det vara följande:

- Kunskapsnivån inom området har ökat och idag är inte mer resurser det enda svaret på hur tillgänglighetsfrågan ska lösas. Det finns numer ett stort nätverk av personer i landstingen som är kunniga och engagerade i frågan. Det finns också tecken på att "kökulturen" i svensk hälso- och sjukvård är på väg att dö ut. Förståelsen för patienternas legitima krav om en god tillgänglighet har påtagligt ökat.

- Att åstadkomma förbättringar i form av kortare väntetider tar lång tid och kräver ett uthålligt ledarskap med starkt engagemang på alla nivåer inom organisationen. När en verksamhet har alltför långa väntetider måste detta leda till någon form av åtgärd - det går sällan över av sig självt.

- Den uppföljning av väntetider som byggts upp har medverkat till att det idag finns betydligt bättre uppgifter om hur många som väntar och hur långa väntetiderna är. Dock är det fortfarande en brist att uppföljningen inte kan följa hela vårdförloppet liksom att det endast är en begränsad del av verksamheten som följs upp.

- På ett eller annat sätt är väntetiden ett resultat av en obalans mellan utbud och efterfrågan. Hittills har enligt min mening alltför lite intresse ägnats åt att studera "tillflödet" av nya patienter som en följd av ny teknologi och de vidgade indikationer detta ofta leder till. Vi vet att praxis varierar kraftigt mellan olika läkare och enheter. Därför är det arbete med

tema

nationella indikationer som påbörjats inom projektet Vårdgaranti05 en stor utmaning och en viktig pusselbit i att hantera väntetiderna inom många områden.

- Väntetidsfrågan är mycket komplex och några snabba lösningar finns inte. Kunskapen om vilken funktion väntetider har i ett sjukvårdssystem som det svenska är fortfarande relativt begränsad. Vad händer med efterfrågan när det inte finns någon väntetid? Behövs fler operationer eller är det brister i organisationens administration som gör att patienterna får vänta. Vilka effekter får vårdgarantin? Vad kostar den bristande tillgängligheten och vad skulle det kosta att bli av med den?

Med all sannolikhet kommer väntetider och tillgänglighet att fortsätta att stå i fokus för den sjukvårdspolitiska debatten. Nya utmaningar har redan aviserats av den nya regeringen när man uttalat att man har för avsikt att se över lagstiftningen när det gäller patienträttigheterna. En ny vårdgaranti skall i framtiden ge patienterna rätt att välja såväl tidpunkt som plats och vårdgivare.

Stockholm den 6 november 2006

Marianne Hanning

Not

- 1 Euro Health Consumer Index, 2006, Health Consumer Powerhouse (www.healthpowerhouse.com)