

Granskning av väntelistor i Landstinget Dalarna

**Revisionsrapport framtagen på uppdrag
av de förtroendevalda revisorerna i Landstinget Dalarna**

2004-10-12

Helseplan Sverige AB

Konsulter

Anna Roland

Frank Pfeiler

SAMMANFATTNING

På uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Landstinget Dalarna har Helseplan Sverige AB genomfört en granskning av väntelistor till mottagning och behandling. För granskningen valdes i samråd med revisorerna klinikerna för kirurgi respektive ortopedi i Falun och Mora. Centralt i uppdraget har varit att kartlägga väntelistornas innehåll med avseende på antal väntande till mottagning respektive operation, deras prioritering samt hur man arbetar med väntelistor och remisser.

Granskningen visar att klinikerna redovisar väntetider nära eller strax över medianen för samtliga kliniker som erbjuder vård inom granskade områden i landet. Orsaker till väntetider är flera, framför allt bristande tillgång till vårdplatser och operationstider. Läkarbrist nämns också. Planerad vård vid klinikerna i Mora trängs undan under turistsäsongen av hög tillströmning akuta patienter vid både ortoped- och kirurgkliniken. För Faluklinikerna finns en ineffektiv resursåtgång i läkarnas resor till mottagningar utanför det egna sjukhuset. Granskningen visar vidare att klinikerna har (i augusti-september 2004) god kontroll över sina väntelistor, där samtliga väntande är bedömda med avseende på såväl prioritetsgrad enligt väl inarbetade prioriteringskriterier som preliminär diagnosgrupp. Kontrollen över om alla på väntelistan fortfarande är i behov av aktuell vård brister dock, då regelbundna uppdateringar av väntelista till mottagning saknas. Kontrollen över operationsväntelistan är god liksom tillvaratagandet av tillgängliga operationsresurser

Remisshanteringen har granskats med avseende på antal remisser och tid från ankomst till bedömning. Granskningen ger härvidlag ej hållpunkter för kritik. Ett observandum är falukirurgins synpunkter på den höga andelen, omkring en tredjedel, kvalitativt otillräckliga remisser. Valfrihetsvårdens betydelse har kommenterats av intervjuade och granskningen ger härvidlag intrycket att det finns anledning att uppmärksamma hur utomlänns valfrihetsvård utfaller med avseende på prioriteringar.

Granskningen ger intryck av att det finns effektivitetsvinster att göra genom optimering av samverkan mellan läkare och mottagningspersonal, uppdatering av väntelistor inklusive rutiner för avförning från väntelista vid visst antal avböjanden samt större tydlighet i målstyrningen. Klinikernas åtgärder för att öka effektiviteten redovisas och ger hållpunkter för positivt omdöme. Sammantaget ger granskningen hållpunkter för följande rekommendationer:

- Optimering av samverkan i mottagningsverksamheten
- Uppdatering av väntelistor
- Tydligare målstyrning i den planerade vården
- Uppföljning av utomlänns valfrihetsvård med avseende på såväl prioritetsgrad som faktisk kostnad i relation till den inomlänns bedrivna vården.
- Fördjupad revision avseenden styrsystemets fokus på verksamhetsmål, effektivitet, resursutnyttjande och samverkan.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1	BAKGRUND	4
1.1	Metod	4
1.2	Rapportens disposition	4
2	VÄNTETIDER	4
2.1	Bakgrund	4
2.2	Väntetider	5
2.3	Kommentarer ang väntetider	6
3	VÄNTELISTOR	7
3.2	Arbetsätt	9
3.3	Orsaker till väntetider vid granskade kliniker	10
3.4	Åtgärder för att minska väntetider	13
3.5	Kommentarer angående arbetsätt med väntelistor	14
4	REMISSERNA	15
4.1	Kommentar angående arbetsätt med remisser	16
5	AVSLUTANDE KOMMENTARER OCH REKOMMENDATIONER	16
5.1	Väntelistor och arbetsätt	16
5.2	Valfrihetsvård och prioriteringar	17
5.3	Styrning och effektivitet	17
5.4	Rekommendationer	17

1 BAKGRUND

Revisorerna i Landstinget Dalarna har önskat en granskning av väntelistor till mottagning och behandling, deras innehåll och hur man arbetar med dem respektive prioriterar. Vidare ingår en kartläggning av remisshantering. Utredningen är en del i en rad granskningar med fokus på tillgängligheten och har i samråd med de förtroendevalda revisorerna avgränsats till kirurg- och ortopedklinikerna i Falun och Mora, med särskilt fokus på fyra patientkategorier (gallstensoperation, ljumskbråcksoperation, höftplastik samt knäplastik.) Syftet är att få en belysning av den faktiska "kösituationen" samt effekter av det arbete som bedrivs för att korta väntetider. Ett annat syfte är att i möjlig mån formulera rekommendationer till hur väntetiderna kan kortas.

1.1 Metod

Granskningen har genomförts som en dokument- och intervjustudie. Intervjuade är samtliga klinikchefer samt en rad personer som själva aktivt arbetar med väntelistor och remisser. Centralt i uppdraget har varit att kartlägga väntelistornas innehåll med avseende på antal väntande till mottagning respektive operation, deras prioritering samt hur man arbetar med väntelistor och remisser.

1.2 Rapportens disposition

I kapitel 2 ges en bakgrund om väntetider i sjukvården, följd av redovisning av väntetider vid granskade kliniker och diagnoser. Kapitel 3 redovisar iakttagelser med kommentarer och rekommendationer avseende arbetet med väntelistor och väntetider. Därefter ges i kapitel 4 en beskrivning av hur remisser tas emot och hanteras. Avslutningsvis ges i kapitel 5 avslutande kommentarer till gjorda iakttagelser samt rekommendationer.

2 VÄNTETIDER

2.1 Bakgrund

Väntetider i sjukvården, dvs. den tid patienten får vänta från beslut om vård till dess vårdkontakten påbörjas, uppkommer i vårdprocessens olika led. En första väntan till undersökning hos primärvårdsläkare kan följas av väntan på specialistkonsultation och senare en väntan på operation eller annan behandling. Väntetiderna är en funktion av såväl balansen mellan vårdtillgång och vårdefterfrågan som sjukvårdens organisation och samverkansformer. I diskussionen om väntetider är det viktigt att framhålla att väntetider i huvudsak berör i genomsnitt 15 procent av all vård. Den absolut största delen, i genomsnitt 85 procent, är akut (oplanerad) vård. Denna relation får betydelse i värdering av resursramar och marginaleffekter av krympta eller vidgade sådana.

Med begreppet kö menas i allmänhet en ”rad av” personer som väntar – i detta fall på vårdkontakt. Samtliga patienter som väntar på vård ingår, oberoende av om de fått en tid eller ej. Orsakerna till långa väntetider är flera, t ex:

- att den erbjudna kapaciteten inte räcker till för att behandla alla som vill ha eller behöver ha en viss behandling
- att kategorin patienter är lågt prioriterad
- att vården inte är ändamålsenligt organiserad
- att det interna resursfördelningssystemet styr fel.

”Kön” till vård liknar inte andra köer, eftersom man inte behåller sin plats och kommer ett steg fram i taget. ”Kön” i sjukvården är kontinuerlig, rörlig och påverkas av medicinska prioriteringar och bedömningar. Det finns därför anledning att i diskussionen om tillgänglighet i sjukvården undvika att använda begreppet kö. Här är det faktiskt frågan om väntetider, orsakade av ett samspel mellan medicinska realiteter och bedömningar, hur arbetet planeras och genomförs på och mellan olika kliniker och med begränsning i resurser. Det är därför bättre att tala öppet om prioriteringar inom begränsade resurser – både med medborgare och patienter.

Hållbarhetstiden för en väntelista varierar med diagnos och planerad åtgärd. En vanlig synpunkt är att en väntelista som är längre än ett år per definition innehåller ”luft”. För vissa vårdinsatser är det dock rimligt att väntetiden kan vara ett år eller mer, t ex i de fall patienterna önskar en särskild läkare eller av andra skäl är beredda att vänta länge för att få sin behandling vid just den kliniken. Det är vanligt att patienter vill ha sin vård vid hemmasjukhuset, oavsett om det är kortare väntetider utanför länet. Sammantaget går det därför inte att ha en generell regel för hur lång väntetiden maximalt får vara. Viktigare är att väntelistor hålls uppdaterade, så att de som registrerats där faktiskt också väntar på vård. I annat fall kommer alla prognoser om väntetider liksom bedömningar av framtida kapacitetsbehov att bygga på osäkra uppgifter, vilket medför risk för felaktiga beslut i t ex långsiktig budgetplanering.

När väntetider anges bör informationen ses som en prognos, byggd på den samlade kunskapen om hur många som för tillfället väntar på vård ställt mot den vårdproduktion som man har kapacitet till. Den faktiska väntetiden kan komma att bli längre eller kortare.

2.2 Väntetider

2.2.1 ”Väntetider i vården”

”Väntetider i Vården” är den nationella databas som via internet sedan år 2000 presenterar information om väntetider till mottagningar och sjukhus, enligt deras egna rapporter till databasen. Landstingen rapporterar enligt de anvisningar som utformas och distribueras av projektansvariga. Samtliga landsting deltar i pro-

jektet. Informationen gäller väntetid till vård utan förtur och redovisas i systemet i flera aspekter: förväntad väntetid (antal veckor), antal väntande samt faktisk väntetid (andel som fått vård inom tre månader). Tillförlitligheten i uppgifterna är avhängig av systemen för insamling av information och rapportrutiner. Databasens information bör tolkas med utgångspunkt i att det ännu saknas ett enhetligt, nationellt system med säkring av tillförlitligheten – och därmed jämförbarheten – i de rapporterade uppgifterna.

2.2.2 Väntetider i Dalarna

Tabell 1 sammanfattar förväntade väntetider enligt "Väntetider i vården" i september 2004 avseende de diagnosområden, mottagning respektive behandling, som är fokus i föreliggande granskning. Tabellen sammanfattar uppgifter från 73-103 kliniker i Sverige i augusti 2004, med redovisning av statistisk median samt kortast respektive längst väntetid. "Min"-väntetiderna finns hos enstaka privata vårdgivare med enbart elektiv vård i sin verksamhet. Den faktiska väntetiden kunde ha varit mer intressant att återge här, men underlaget saknas i alltför stor utsträckning i internetdatabasen. Kirurgmottagningen i Falun redovisar som faktisk väntetid att 57 procent fått vård inom tre månader, vilket kan jämföras med den kirurgmottagning som har längst förväntad väntetid (160 veckor) och klarat att ge vård inom tre månader till 20 procent.

Tabell 1 Antal veckor förväntad väntetid enligt "Väntetider i vården" till:	Landstinget Dalarna		Hela landet		
	Falun	Mora	Median alla	Min-Max alla	Antal kliniker
Kirurgisk mottagning	80	32	20	1-160	101
Ljumskbråcksoperation	53	12	20	2-208	90
Gallstensoperation	44	20	19	2-208	76
Ortopedisk mottagning	28	52	32	1-180	103
Primär höftledsplastik	28	28	28	2-100	74
Primär knäledsplastik	48	32	32	2-150	73

2.3 Kommentarer ang väntetider

Dalaskjukhusen ligger sammantaget mycket väl till när det gäller redovisade väntetider i jämförelse med de sjukhus som uppger längst väntetider. Den längsta väntetiden i landstinget är den till kirurgmottagningen i Falun (och Ludvika), så som den redovisats till databasen. I materialet ingår också urologi, vilket kan bidra märkbart till den relativt sett långa väntetiden, som dock är avsevärt kortare än den längsta i landet.

3 VÄNTELISTOR

Tabell 2 och 3 redovisar resultatet av granskningen med avseende på aktuella väntelistor per klinik i augusti/september 2004 samt några data avseende vårdproduktionen enligt årsredovisningar för 2003 som bakgrund. I uppställningarna redovisas först väntelista till mottagning, därefter väntelista till operation med angivande av hur de väntande fördelats i olika prioritetsgrupper.

Tabell 2. Väntelista Kirurgi aug 2004	Kir Falun (exkl urologi)	Kir Mora
Antal patienter på väntelista till mott.	Alla oavsett prio 5 776	Alla oavsett prio 436
Prioritetsgrupper	Prio 2: 3 Prio 3: 68 Prio 4: 874 Prio 5: 2 065 Prio 6: 416 Prio 7: 69 "Prio 8": 2 253 "Prio 99": 28	Prio 3: 1 Prio 4: 75 Prio 5: 55 Prio 6: 62 "Prio 8": 237 "Prio 99": 4
Längst väntande till mottagning har väntat sedan	Godartad hudtumör maj -96	Åderbräck jan-04
Diagnosgrupper på mottagningsväntelista	Bed plastikkir 1 009 Bed varicer 792 Bed haemorrhoider 382 Bed endokr sjdm 245 Bed ljumskbräck 239 Bed artärsjdm 190 Bed gastro-intest sjdm 181 Bed gallsten 123 Bed övr bräck 120 Bed övr cancer 118	Bed gallsten 4 Bed ljumskbräck 6 Bed bukbesvär 79 Bed bröst 144 Bed åderbräck 88 Bed hudåkomma 44
Antal patienter på väntelista till operation:	620 varav 92 har fått op-tid	387
Antal pat på väntelista till gallstensop	70	113
Prioritetsgrupper gallstensoperation	Prio 2: 1 Prio 3: 5 Prio 4: 31 Prio 5: 33	Prio 4: 25 Prio 5: 71 "Prio 99": 17
Antal pat på väntelista till ljumskbräcksoption	226 varav 23 fått optid (160 är pat i dagkir)	53
Prioritetsgrupper ljumskbräcksoption	Prio 3: 2 Prio 4: 22 Prio 5: 191 "Prio 99": 11	Prio 4: 11 Prio 5: 42
Längst väntande i granskade diagnosgrupper har väntat sedan	Gallsten juni -95 Ljumskbräck aug -95	Galloperation mars -04 Ljumskbräcksoption mars -04
Vårdproduktion 2003		
Mottagningsbesök	10 448	3 309
Operationer	3 083 på C-op, Falun 720 dagkir, Avesta el Ludvika	1 690
Gallstensoperationer	143	227
Ljumskbräcksoptioner	303	233

Tabell 3. Väntelista Ortopedi aug 2004	Ort Falun		Ort Mora	
Antal patienter på väntelista till mott.	Alla oavsett prio	2 182	Alla oavsett prio	1 253
Prioritetsgrupper	Prio 2:	9	Prio 3:	4
	Prio 3:	57	Prio 4:	268
	Prio 4:	646	Prio 5:	517
	Prio 5:	1 431	Prio 6:	15
	Prio 6:	31	Prio 7:	60
	Prio 7:	8	"Prio 8":	370
			"Prio 99":	20
Längst väntande till mottagning har väntat sedan			Åb efter höftplastik okt -03	
Diagnosgrupper på mottagningsväntelista	"Övre teamet":	434	Axlar:	125
	"Ryggteamet":	519	Fötter:	155
	"Höftteamet":	155	Händer	170
	"Knä/fotteamet":	783	Åb efter höftplastik:	258
			Nybesök bed ev höftop:	105
			Åb efter knäplastik:	316
			Nybesök bed ev knäop:	210
Antal patienter på väntelista till operation:	Höftplastik:	116	Höftplastik:	103
	Knäplastik:	199	Knäplastik:	208
Prioritetsgrupper Höftplastik	Prio 3:	7	Prio 3:	0
	Prio 4:	33	Prio 4:	21
	Prio 5:	45	Prio 5:	82
	Prio 6:	18		
Prioritetsgrupper Knäplastik	Prio 3:	2	Prio 3:	1
	Prio 4:	36	Prio 4:	66
	Prio 5:	122	Prio 5:	139
	Prio 6:	30	Prio 6:	2
Längst väntande i granskade diagnosgrupper har väntat sedan	Höftplastik	nov-01	Höftplastik	feb-04
	Knäplastik	okt-01	Knäplastik	nov-03
Vårdproduktion 2003				
Mottagningsbesök	14 545, varav 4 741 nybesök		5 637, varav 1 985 nybesök	
Operationer slutenvård totalt	2 163		1 993	
Operationer höftplastik	308		185 (varav 40 akuta)	
Operationer knäplastik	192		104	

Uppgifterna i tabell 2 och 3 är aktuella i september 2004. Ej oväntat är det ett litet antal patienter i de högsta prioritetsgrupperna, de som av medicinska skäl ej bör vänta länge på vård. De medicinska behoven avseende mottagningsbesök respektive operation kan tillgodoses inom målsatt tidsram för priogrupperna 2-3. (Priogrupp 1 faller utanför ramen av granskningen, då den endast används för akuta fall.) För priogrupp 4 och högre kan behoven tillgodoses inom målsatt tidsram i begränsad utsträckning. Gapet mellan målet för prioritetsgruppen och faktisk väntetid är större ju lägre prioritet som angivits.

3.1.1 Prioriteringar

Kirurg- och ortopedklinikerna i Landstinget Dalarna använder sig av en gemensamt överenskommen prioritetslista. Listan har sju prioritetsgrupper och ansluter

till riksdagsbeslutets direktiv om prioriteringar i sjukvården. Prio-grupper 1-7 avser de prioritetsgrupper som används med utgångspunkt i medicinsk angelägenhetsgrad, där prio 1 (akuta) har högst och prio 7 har lägst prioritering. Tre av de fyra klinikerna använder två ytterligare priobeteckningar: "Prio 8" för kategorisering av patienter som väntar på återbesök till mottagning och "Prio 99" för kategorisering av patienter som själva valt att vänta och som ska höra av sig för bokning av tid när de själva anser att det passar dem.

Patienter som sätts upp på väntelista till mottagning eller behandling bedöms och tilldelas en prioritering enligt listans kriterier. Bedömningen görs av läkare och för att upprätthålla en samsyn kring hur prioriteringslistan används, så att den enskildes prioritet i högsta möjliga utsträckning ska bedömas lika oavsett bedömare, förs diskussioner i specialistgrupperna om hur prioriteringar görs och utfaller. Dessa diskussioner är i vissa fall systematiska och regelbundna.

Genom det IT-baserade väntelistsystemet är uppgifter om hur en enskild patient bedömts enligt prioriteringskriterierna och också hur många patienter som för tillfället finns i varje prioritetsgrupp lätt tillgängliga.

I enlighet med HSL:s intentioner innebär den systematiska prioriteringen av patienternas behov att väntetider blir olika för olika behov. Den som bedömts ha hög prioritet tas om hand vid mottagning eller till behandling efter kortare tid än den som bedömts ha en lägre prioritet.

3.2 Arbetssätt

Väntelistor till mottagningarna i denna granskning utgörs av en IT-registrerad databas, där förutom persondata uppgifter finns även om bl a tidpunkt för registrering, om det avser nybesök eller återbesök, preliminär diagnos samt prioritet enligt det landstingsgemensamma systemet för indelning i prioritetsgrupper. Eventuell förekomst av erbjudande om tid då patienten avböjt registreras också.

Ingen av de granskade klinikerna gör regelbunden, systematisk kontroll av att de väntande fortfarande vill (eller behöver) stå kvar på väntelistan. Det förekommer i enstaka fall att patienter tackar nej till vård när de kallas. Hittills har inte funnits någon regel om maximalt antal avböjanden innan man stryks från väntelistan, men en sådan har diskuterats.

Mottagningarnas dagliga program görs upp av den personal som har bäst insyn i väntelistans utseende, med utgångspunkt i den prioritering som gjorts av läkare och i tillgången till läkare för tillfället. Ingående förutsättningar är kunskap om preliminär diagnos/typ av besvär enligt remissen, information om prioritet, ny- eller återbesök samt läkarnas tjänstgöringsschema.

Framförhållningen i planeringen varierar, både mellan de granskade mottagningarna och över tiden. I bästa fall finns en planeringshorisont om sex veckor, men det förekommer även betydligt kortare tider. En orsak kan vara att läkarnas tjänstgöringsschema ej täcker den kommande sexveckorsperioden eller att förändringar i befintligt läkarschema annonseras med kort varsel.

Vid mottagningarna tas patienter emot under större delen av dagen. Hela arbetsdagen kan dock inte tas tillvara för mottagning hos läkare, då de ej sällan har annat program än tjänstgöring på mottagningen, vanligen på morgnarna med gemensamma möten. Det kan innebära att mottagningspersonalens resurser ej tas tillvara fullt ut, förrän läkarna finns tillgängliga för mottagningen. Samtidigt kan läkarnas resurser ej alltid heller tas tillvara på mottagningen, när mottagningspersonalen även har andra uppgifter utöver samverkan med läkarna i deras mottagning.

Läkarnas subspecialitet styr väntelistorna, så att de delas upp i olika kategorier beroende på vilken typ av sjukdom eller symtom som beskrivs i remissen till mottagningen. Det finns därför flera väntelistor till första besöket vid mottagningen och väntetiden skiljer mellan olika kategorier.

I Mora är mottagningen gemensam för kirurg- och ortopedkliniken, dvs lokaler och mottagningspersonal används gemensamt. I Falun finns separat mottagning för klinikerna och även mottagningar i Ludvika respektive Avesta.

Operationsplaneringen sköts av operationskoordinatorer, som utifrån prioriteringsgrad planerar in patienter på operationsprogrammet och skickar kallelse. Framförhållningen är kortare än i planeringen till mottagningen, 1-3 veckor. Operationskoordinatorerna har full kontroll över operationsväntelistan och håller kontakt med patienter, så att eventuella sena återbud kan identifieras snabbt och operationstiden tas tillvara för annan patient. Man använder sig då av ”kortvarsellista”, vilket innebär förteckning av patienter som är beredda att komma med kort varsel vid ev återbud. Konsekvensen är att operationsresurserna kan tas tillvara även när en inplanerad patient får anledning att lämna sent återbud, t ex i samband med plötslig förkylning eller annan oplanerad orsak.

3.3 Orsaker till väntetider vid granskade kliniker

Ur årsredovisningar har i *tabell 4* hämtats fakta, för att ge en sammanfattad bild av verksamheternas effektivitet mot bakgrund av de väntetider som redovisats ovan. Tabellen följs av iakttagelser hämtade ur årsredovisningar och intervjuer.

Tabell 4. Ur årsredovisning 2003	Kir Falun	Kir Mora	Ort Falun	Ort Mora
Beläggingsgrad genomsnitt	90%	94%	88%	92%
Förändring antal vårdtillfällen ¹	-0,3%	+6%	+2%	+5%
Andel akuta vårdtillfällen sv	70%	63%	65%	74%
Andel utomlänspatienter sv	3%	21%		25%
Förändr väntelista sv jmf -02 ²	-19%	+ ca 25%	-4,3%	-2,5%
Vårdtid/vårdtillfälle genomsnitt	Ca 4 dygn	3,7 dygn	4,5 dygn	4,0 dygn

¹ Förändring 2003 i jämförelse med 2002.

² Jämförelse årsskiftet 03/04 med årsskiftet 02/03. +-tecken = längre vl, -tecken = kortare vl.

Begränsande faktor vid *kirurgkliniken i Falun* är framförallt tillgången till operationsresurser, särskilt operationssalar, samt i viss mån vårdplatser. Trots detta har väntelistan till slutenvård minskat 2003 för andra året i rad. Det förklaras med den sammanlagda effekten av ökad egen vårdproduktion bl a genom samverkan med Mora och förra årets ”könsättning” med upphandling av operationer hos andra vårdgivare. Väntetiderna bedöms rimliga för patienter i prioritetsgrupp 1 – 3 (18 procent av väntelistan vid årsskiftet), medan lägre prioriterade patienter (i grupp 4 – 7) har ”långa eller mycket långa” väntetider. Det innebär t ex att i prioritetsgrupp 4 (42 procent) är väntetiden, enligt årsredovisningen, en dryg månad längre än målsättningen för gruppen. För ännu lägre prioriterade (40 procent) är gapet mellan faktisk och önskad väntetid betydligt större. Dessa tillhör diagnosgrupper med ”godartade sjukdomstillstånd” och kategorin utgörs i högre grad också av individer hos vilka ”önskan om valfrihetsvård är tydligast”. Konsekvensen av en iakttagen ökning i utomlänns valfrihetsvård är därför, enligt kliniken, en överföring av resurser från högre till lägre (medicinskt) prioriterade patientgrupper. Valfrihetsvård utomlänns genererar dessutom arbetsinsatser vid den egna kliniken i samband med komplikationer efter operationer.

Begränsande faktor vid *kirurgkliniken i Mora* är framförallt en hög andel akuta vårdtillfällen med vård av utomlänspatienter samt vakanser bland såväl läkare som vårdpersonal. Väntelistan ökade från 2002 till 2003, vilket till del kan förklaras av omprioriteringar inom kirurgin i hela landstinget. Det innebär att väntelistans prioritetsgrupper 4-5 har ökat parallellt med att Mora har opererat patienter från faluområdet med högre prioritetsgrad. Priogrupp 2 och 3 är ej omfattande och får vård inom målsatt tid. Akuta inläggningar har minskat i andel för andra året i rad, trots en ökning av antal akutinlagda utomlänsfall med korta vårdtider. En förklaring till minskad andel akut slutenvård anges vara välfungerande primärjourslinje. Samverkan med primärvården sker genom möten och utbildning av primärvårdsläkare och har exempelvis lett till att 80 procent av patienterna med symptomgivande ljumskbräck kan vårdplaneras direkt till operation utan föregående mottagningsbesök.

Kirurgiklinikerna i Dalarna samverkar i flera avseenden. Det innebär t ex att falupatienter opereras även i Mora (ex gallsten och ljumskbräck), ett resultat av organiserad samverkan mellan respektive operationskoordinatorer. Läkarna träffas regelbundet flera gånger om året, varvid bl a prioriteringskriterier ses över och samordnas. Vidare har man genomfört sektionering av vissa typer av operationer, så att t ex barnkirurgi, kärlkirurgi och sköldkörtelkirurgi utförs i Falun och antirefluxkirurgi utförs i Mora. En av verksamhetscheferna beskriver kirurgin i Dalarna som ”en länsgemensam resurs”.

Begränsande faktor vid *ortopedkliniken i Falun* är framförallt antal vårdplatser, vakans bland specialistläkarna samt hög andel utskrivningsklara patienter. Beläggingsgraden är i genomsnitt 88 procent, men vid intagningsavdelningen cirka 100 procent. Kliniken tycks ha hög andel patienter utan behov av inläggande specialistvård. En egen utredning har visat att 4-5 vårdplatser beläggs av

patienter som istället borde tas om hand av kommun eller primärvård, där det enligt klinikens uppfattning finns brister. Utrymmet för nybesök vid mottagningen är mindre än önskat, vilket innebär 5-6 månaders väntetid i genomsnitt enligt årsredovisningen. För vissa patientgrupper (ex hand- och ryggbesvär) är väntetiderna ”avsevärt längre”.

Begränsande faktor vid *ortopedkliniken i Mora* är framförallt ökad andel akut vård av utomlänspatienter, till följd av ökande turism i upptagningsområdet. Antalet vårdtillfällen i kategorin har under klinikens åtta år som självständig klinik ökat med 75 procent. Antalet vårdplatser har varit oförändrat under denna tid. Den elektiva verksamheten koncentreras därför till de delar av året då turismen har lågsäsong. De ökade intäkter som uppstår av utomlänsverksamheten åtgår till täckning av kostnadsökningar inom vården av de egna patienterna, som ej täcks av tillgängliga budgeterade resurser.

Ortopedklinikerna i landstinget samverkar bl a genom sektionering av verksamhet så att revisionsplastiker, samt avancerad handkirurgi, rygg- respektive barnortopedi handhas i Falun. Man har också haft ett samarbetsprojekt där Mora utförde en del av faluområdets primärplastiker.

Faluklinikerna, både kirurgi och ortopedi, tyngs av uppsplittringen av verksamhet på flera orter, som försvårar såväl en processororienterad verksamhetsutveckling som rekrytering av framförallt läkare. Det medför dessutom förlorad arbetstid i form av restid. En annan faktor av betydelse för klinikerna i Falun är en enligt intervju uppgivet otillräcklig funktion hos primärvården i området, bl a till följd av hög andel läkare utan fast anställning (”stafettläkare”). Konsekvensen är bl a ett inflöde av, enligt uppgift från kirurgkliniken, otillräckligt underbyggda remisser med onödigt ökad arbetsbelastning för specialistkliniken.

Moraklinikerna, både kirurgi och ortopedi, karakteriseras av den höga andelen akuta utomlänspatienter. Kategorin har i genomsnitt kortare vårdtider, men den höga andelen akut vård under turistsäsongen ger undanträngningseffekter för den elektiva verksamheten. Svåra skador förekommer i betydande antal och dessutom en resurskrävande volym av mindre allvarligt skadade fall där det föreligger behov av utredning och observation, t ex på intensivvårdsavdelning. Överflyttningar till hemmasjukhus organiseras så tidigt i förloppet som möjligt. I Moraområdet tycks för övrigt föreligga ett bättre utvecklat samarbete med primärvården än i Falun, kanske till följd av högre andel fast anställda läkare i primärvården. Ett undantag utgör Moras närområde, där primärvården ”belastar” specialistvården i högre utsträckning än övriga delar av hela upptagningsområdet.

Ingen av de fyra klinikcheferna har något konkret uppdrag annat än det som framgår av tilldelad budget. Styrsystemet innehåller således inga direktiv avseende vad som ska åstadkommas utöver en budget i balans. Det efterfrågas i styrningen inte heller någon redovisning avseende effektivitet eller resursutnyttjande. Samtliga uppfattar sitt uppdrag likartat och på ett sätt som uttrycks t ex med

formuleringar som: ”vi ska åstadkomma mer för mindre pengar i en ständig rad-
da av omorganisationer”. Den ökande andelen valfrihetsvård utomläns är enligt
verksamhetscheferna ”ett kringgående av väntelistan”, som ”tar resurser från
mer prioriterade” och är dyrare än motsvarande vård i det egna landstinget.
”Valfriheten blir en rätt att välja väntetid!” är ett typiskt citat.

3.4 Åtgärder för att minska väntetider

Klinikernas ambitioner att minska väntetider uttrycks genom hög vårdproduk-
tion – beläggningsstatistikens höga andel vårdplatsutnyttjande och korta vårdti-
der liksom Nysamprojektets resultat avseende dalasjukvårdens kostnadseffekti-
vitets belägger detta. För att ytterligare öka tillgängligheten till såväl mottagning
som slutna vård sker vid granskade kliniker dessutom en rad olika förändrings-
aktiviteter. Några exempel på genomförda eller planerade åtgärder är:

- Minskad vårdtid i samband med operation genom utveckling av vård-
program, operationsteknik, postoperativ smärtlindring, samverkan med
kommuner, patientinformation m.m.
- Projektsatsning för ökad effektivitet på operationsavdelningar
- Striktare uppdelning mellan akut och elektiv operationsverksamhet
- IT-stöd i operationsplaneringen
- Minskad andel återbesök efter operation
- Utbildning av primärvårdsläkare för säkrare remisser
- Specialistmottagning vid vårdcentraler (”konsultmottagning”)
- Personsökare hos specialist för direktkonsultationer från primärvården
- Extramottagningar kvällstid under begränsad tid
- Temporär läkarstafett
- On-line-remisser
- Sjuksköterskemottagning
- Poliklinisering av behandling som tidigare utförts i slutenvård
- Samverkan mellan Falun och Mora
- Ökad kompetens i jourlinjen, med minskat antal akutinläggningar
- Arbetsmiljöprojekt för att befrämja rekrytering och minska personalom-
sättning
- Individuellt anpassade kompetensutvecklingsprogram och individuellt
tilldelade ansvarsområden
- Förbättrade rutiner för telefonkontakter med patienterna
- Punktinsatser med köp av vård utomläns, s.k. ”kösatsning”.

3.5 Kommentarer angående arbetssätt med väntelistor

Kontrollen över innehållet i väntelistor till mottagning respektive operation är god vid samtliga kliniker. Priosystemet, som ska garantera vård inom medicinskt motiverad tidram och med medicinskt motiverad prioritering, tycks väl inarbetat som styrmedel för bokning av patienter. Det faktum att alla inte får vård inom målsatt tidram är ett uttryck för obalans mellan behov och tillgänglig vårdproduktion. Enda sättet att eliminera gapet mellan målsatt och faktisk väntetid är att öka vårdproduktionen. Förutsatt att denna idag sker med optimal effektivitet är enda sättet att göra det att öka resurserna inom respektive enhet. Flera iakttagelser pekar dock på att det kan finnas effektivitetsvinster att göra genom förändring av vissa arbetssätt, t ex:

- Optimering av samverkan mellan läkare och mottagningspersonal, med längre framförhållning i läkarnas tjänstgöringsschema och bättre överensstämmelse mellan olika personalkategoriernas planering av arbetsuppgifter. Det merarbete som uppstår genom t ex plötsliga förändringar i en läkares tjänstgöringsschema är inte till gagn för effektiviteten. På samma sätt är det viktigt att mottagningspersonal finns tillgänglig för samverkan med läkare under dessas mottagningspass, så att luckor och onödig väntan elimineras så långt det är möjligt.
- Regel för gränsdragning av antal gånger det kan accepteras att patienter som tackar nej till erbjuden tid så att de kan avföras från väntelista samt regelbunden uppdatering av mottagningsväntelistan, så att inaktuella patienter ej längre finns registrerade i systemet. Båda arbetssätten har potential att skapa färre tillfällen med telefonkontakter ”i onödan” och frigöra tid till viktigare åtgärder.
- Tydliggörande i styrsystemet av mål för planerad vård, så att uppgiften i högre grad konkretiseras för varje medarbetare. Tydliga mål för kliniken kan brytas ned till delmål per sektion och vidare till delmål per medarbetare.

När det gäller flaskhalsar i organisationen framhålls antal vårdplatser och tillgången till operationsresurser som begränsande faktorer. Utvecklingen med kortare vårdtider liksom satsningen på IT-stöd i operationsplaneringen och projekt för ökad effektivitet på operationsavdelning ter sig därför relevant. På samma sätt har arbetssätt som skiljer akut och planerad verksamhet potential att bidra till ökad effektivitet, särskilt om den planerade verksamheten kan styras och följas upp med konkreta mått och relateras till ekonomiska aspekter. Förändring av vårdprogram med minskat antal återbesök, överflyttning av vissa öppenvårdsbesök till sjuksköterska i stället för läkare liksom tillfällen med ”avbetning” av väntelistor genom extramottagningar kvällstid är andra exempel på åtgärder som måste uppfattas som relevanta och berömvärda. Sammantaget ger granskningen hållpunkter för positivt omdöme om klinikernas sätt att angripa en rad hinder i verksamheten.

Restid för faluläkarna till klinikernas mottagning på annat håll är en betydande resursanvändning, som dock ligger utom klinikernas möjligheter att påverka.

4 REMISSERNA

Remisser från omvärlden, framförallt primärvården, stämplas med ankomstdatum, vilket registreras i IT-systemet för väntelista, och distribueras till den eller de läkare som ansvarar för remissbedömningen. Klinikerna har lite olika organisation för denna del. Det kan vara uppdelat på två namngivna specialister, uppdelat efter sektorindelning/subspecialitet eller knutet till viss funktion enligt schemat. I samtliga fall är utgångspunkten att remisser bedöms av erfarna läkare med specialistkompetens.

Läkaren gör sin bedömning av remissen med avseende på vilka åtgärder som föranleds och med vilken prioritet dessa åtgärder ska planeras. Dessa uppgifter antecknas på remissen, som därefter sänds till respektive mottagning och tas emot av den person som ansvarar för väntelista. Uppgifterna registreras i IT-systemet och remisserna sparas dessutom i pärmar. Den fortsatta hanteringen med kallelse, inbokning till mottagning osv. utgår från IT-registret. Remissen tas åter fram i samband med patientens besök eller om patient kallats och tackat nej, vilket förekommer, dock ej ofta. I sådana fall görs anteckning om det direkt på remissen, liksom i IT-registret.

Remisshanteringens studerades under två på varandra följande veckor i augusti 2004. Resultatet redovisas i *Tabell 5*. Kommentarer angående remissernas kvalitet talar för att denna är huvudsakligen god med relevant remissorsak och relevant innehåll. Vid kirurgkliniken i Falun förefaller bilden dock något mörkare, då man upplever en försämrad kvalitet i remisserna med behov av kompletterande information i alltför hög utsträckning. Någon exakt siffra anges ej, däremot en uppskattning att omkring 1/3 av remisserna inte håller måttet. Det medför dock inte att remisser återsänds i någon större omfattning, snarare en tids- och resurskrävande komplettering av uppgifter och utredning. En orsak till den otillräckliga remisskvaliteten är enligt intervju det faktum att primärvården i närområdet har en hög andel tillfälligt anställda läkare.

Tabell 5 Remisser under två veckor	Kir Falun	Kir Mora	Ort Falun	Ort Mora
Antal remisser	170	70	155	91
Andel bedömda inom 1 dag	?	41%	10%	0%
Andel bedömda inom 2 dagar	?	50%	75%	8%
Andel bedömda inom 5 dagar	?	90%	89%	80%
Andel bedömda inom 10 dagar	?	96%	100%	96%
Andel bedömda inom 2 veckor	100%	100%	100%	100%
Antal remisser återsända till remittenten	?	1	?	5

4.1 Kommentar angående arbetssätt med remisser

Den detaljering av remisshanteringen som efterfrågats i granskningsplanen har ej kunnat uppnås till fullo. Uppgifterna som saknas från kirurgkliniken i Falun kan dock förmodas ha ungefär samma fördelning som övriga klinikers, med minst 80 procent av remisserna bedömda inom 5 och minst 90 procent inom 10 dagar. Vår bedömning är att detta är uttryck för en rimlig processhantering när det gäller remisserna. Från kirurgkliniken i Falun har hörts bristande tillfredsställelse när det gäller remissernas kvalitet i omkring en tredjedel av fallen. Att remisser trots det inte återsänds i ökad omfattning talar för en ambition att patienterna ändå inte skall drabbas. Det är dock problematiskt i effektivitetshänseende, eftersom det tycks skapa (onödigt) merarbete vid specialistkliniken och därmed ta resurser från annat.

Remissvar skickas vanligen inte förrän mottagningsbesöket eller vårdtillfället är genomfört, varför det inte har kunnat följas i granskningens tvåveckorsperiod.

5 AVSLUTANDE KOMMENTARER OCH REKOMMENDATIONER

Väntetider i vården, särskilt om de uppfattas oacceptabelt långa, kan lätt skapa bilden av en otillräckligt fungerande sjukvårdsorganisation. Det är därför viktigt att inte bara se till vad sjukvården inte klarar av – det som skapar väntetider – utan också till vad vården faktiskt klarar att genomföra. I Landstinget Dalarna utförs vård till låg kostnad i jämförelse med flera andra landsting, visat genom Nysamprojektet. Medarbetarna i sjukvården uttrycker i intervjuer ej sällan frustration över ett bristande erkännande för det de faktiskt gör och kritik för att patienter får vänta. Föreliggande granskning visar att prioriterade patienter får vård inom rimlig tid. Den visar också att de granskade klinikerna samtliga har en påtagligt hög beläggning i genomsnitt, vilket kan ses som ett uttryck för effektivt resursutnyttjande. Väntelistorna har i tre av fyra fall också krympt under 2003. Om resursutnyttjandet i stort är optimalt och om processerna drivs med hög grad av effektivitet går dock inte att säkert uttala sig om genom denna granskning. Väntelistornas längd är såtillvida ett otillräckligt mått.

5.1 Väntelistor och arbetssätt

Varje krav på kostnadsreduktion riskerar att i första hand gå ut över elektiv vård – helt enkelt eftersom det är där det är möjligt att besluta om och genomföra besparingar. Å andra sidan utgör den elektiva vården en begränsad andel av den totala, vid granskade kliniker 26-35 procent av vårdtillfällena. Det innebär att även små effektivitetsvinster i arbetssätten har potential att gynna en ökad planerad vårdproduktion. Likaså skulle en ökning med ett mottagningsbesök per dag och läkare genom bättre utnyttjande av tillgänglig tid ge stor effekt på den årliga produktionen. Huruvida detta är möjligt eller inte faller dock utanför denna granskning. Intrycken är dock att fokus på konkret målstyrd effektivitet i vårdproduktionen kan förstärkas. Om styrsystemet fokuserar på det som faktiskt ut-

förs och sätter mål för en ökad elektiv produktion skulle konsekvenser av ett begränsat resurstillskott – liksom av effektivitetsökning där så är möjligt – därför kunna uppmätas som ett positivt utfall för den elektiva vården.

Iakttagelser i granskningen av mottagningsverksamheten ger intryck av att det skulle kunna finnas utrymme för ökad effektivitet med en åtminstone marginellt ökad vårdproduktion som konsekvens.

5.2 Valfrihetsvård och prioriteringar

Valfriheten för patienterna har inneburit att utomlänsvård pga valfrihetsoptionen ökar. Samtidigt kan effekter med kortare väntelistor för vissa diagnoser avläsas i områden där utomlänsvård fått ökad betydelse. Det kan därför te sig som ett lockande alternativ att köpa vård utomlänsvård för att därmed kunna välja ut en viss ”vårdkö”, t ex till höftplastikoperation (där väntetiderna åtminstone i Falun har minskat), och beskriva resursinsatsen som nyttig. När detta sker bör man dock uppmärksamma om och i vilken utsträckning det kommer att leda till att oprioriterad valfrihetsvård ges (utomlänsvård) samtidigt som högre prioriterad vård ej medges inom de kvarvarande ekonomiska resurserna (inomlänsvård).

5.3 Styrning och effektivitet

Det är en svaghet inom Landstinget Dalarna att styrsystemet saknar tydligt definierade mål för vad som ska åstadkommas och en tydlig koppling mellan det som faktiskt utförs och tilldelade resurser. Klinikerna tvingas att definiera sina mål själva vilket innebär en ständig jakt på ökade produktionsresultat utan utsikt att i gengäld få ett kvitto på att åstadkommanden är tillräckliga. Styrsystemet kan förstärkas även när det gäller fokus på effektivitet i processer och samverkan. Förutsättningarna att varaktigt förändra och förbättra resursutnyttjandet påverkas i hög utsträckning av engagemang och intresse hos alla ledningsnivåer. Det är därför positivt när ett styrsystem innehåller moment som uppmärksammar och värderar den typen av utvecklingsaktiviteter, dvs att mål och åstadkommanden förtydligas i styrdokument och uppföljningar.

5.4 Rekommendationer

Sammantaget ger granskningen hållpunkter att rekommendera:

1. Optimering av samverkan i mottagningsverksamheten
2. Uppdatering av väntelistor
3. Tydligare målstyrning i den planerade vården
4. Fördjupad revision avseende utomlänsvård med avseende på framförallt prioritetsgrad
5. Fördjupad revision avseende styrsystemets fokus på verksamhetsmål, effektivitet, resursutnyttjande och samverkan.