

# Väntetider i Vården

## Uppföljning av granskningsrapport 5-02

## INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>1. BAKGRUND .....</b>	<b>2</b>
1.1 SYFTE OCH UPPDRAG.....	2
1.2 METOD OCH DISPOSITION .....	3
1.3 SLUTSATSER & REKOMMENDATIONER FRÅN GRANSKNINGSRAPPORTEN ”VÄNTETIDER I VÅRDEN”.....	3
1.4 REVISORERNAS SKRIVELSE OCH LANDSTINGSSTYRELSENS YTTRANDE.....	4
<b>2. RESULTAT</b>	
2.1 VÄNTETIDER & REMISSHANTERING.....	4
2.2 VÄNTETIDER & REMISSFÖRFARANDET VID DE UNDERSÖKTA KLINIKERNA ÅR 2002 .....	5
2.3 ORTOPEDI.....	6
2.4 ÖGON.....	9
2.5 UTPROVNING AV HÖRHJÄLPMEDEL.....	11
2.6 LOGOPEDI.....	13
2.7 SMÄRTKLINIKEN.....	14
2.8 ONKOLOGI .....	16
<b>3. KOMMENTARER OCH SLUTSATSER.....</b>	<b>17</b>

## 1. Bakgrund

Under 2002 fick Komrev inom Öhrling PricewaterhouseCoopers AB i uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Landstinget i Värmland att granska väntetiderna inom vården i Värmlands län, vilket resulterade i att granskningsrapporten ”*Väntetider inom Vården*” publicerades i december 2002.

Rapportens övergripande syftet var att granska väntetiderna inom vården utifrån ett antal frågeställningar:

1. Undersöka och värdera ändamålsenlighet, tillförlitlighet, aktualitet och användning av nuvarande väntetidsmätningar.
2. Redovisa hur patienter erhåller information om väntetider.
3. Om möjligt, granska produktions- och väntetidsutveckling under de tre senaste åren i syfte att skönja förändringar i produktion och väntetider samt vilka eventuella åtgärder som vidtagits i syfte att förändra produktion så att väntetiderna minskar.

Granskningen avgränsades till att omfatta besöks- och behandlingsväntetider samt produktion inom följande verksamheter:

1. Ortopedi – mottagningsbesök samt behandling av primär knäledsplastik och höftledsplastik.
2. Ögonsjukvård – mottagningsbesök samt behandling av katarakt (grå starr).
3. Öron-näsa-hals – utprovning av hörhjälpmedel.
4. Logopedi – bedömning och behandling av logoped.
5. Smärtkliniken – bedömning och behandling av smärttillstånd
6. Onkologi – bedömning och behandling vid den onkologiska kliniken.

I granskningsarbetet genomfördes intervjuer med verksamhets- och registreringsansvariga på respektive enhet samt andra nyckelpersoner. Utöver detta nyttjades aktuell dokumentation i form av riktlinjer, rapporter och beslut (*Väntetider i vården, 2002*).

### 1.1 Syfte och uppdrag

Det hör till god revisions sed att följa upp tidigare granskningar. Det övergripande syftet med att följa upp granskningsrapporten ”*Väntetider i vården*” är att granska utvecklingen mellan åren 2002-2006 utifrån nedanstående frågeställningar.

Uppföljningen följer ett likartat upplägg som den ursprungliga granskningen för att kunna göra jämförelser mellan år 2002 och år 2006. Frågeställningarna har avgränsats och preciserats enligt följande:

1. Redovisa remisshantering vid undersökta kliniker samt hur patient erhåller remissvar. I den mån det finns data tillgängligt granskas även utvecklingen av remisstrycket under de senaste åren.
2. Granska produktions- och väntetidsutvecklingen under de senaste åren.
3. Undersöka om revisorernas rekommendationer i någon mån implementerats vid klinikerna.

## 1.2 Metod och disposition

Data gällande förväntade väntetider har erhållits från Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) hemsida. Information och data har även erhållits från samtal med klinikerna, IT-enheten och verksamhetsutvecklingsenheten samt tertialrapport 3, 2005.

Rapporten disponeras genom att inledningsvis gå igenom granskningsrapporten "*Väntetider i vården*" slutsatser och rekommendationer. I kapitel 2 presenteras varje klinik, deras arbetssätt gällande remisser samt aktuell data för produktion och förväntade väntetider. I kapitel 3 redovisas revisorernas samlade iakttagelser och slutsatser.

## 1.3 Slutsatser & rekommendationer från granskningsrapporten "*Väntetider i vården*"

I granskningsrapporten "*Väntetider i vården*" urskiljdes följande slutsatser och rekommendationer:

1. Samtliga granskade kliniker informerade patient efter remissgenomgång om beräknad väntetid. Vid flera kliniker meddelades patienten muntligt och erhöll annan vital information inför kommande insats.
2. Klinikerna informerade icke patient som stått länge i kö om ny beräknad väntetid eller orsak till försening. På remissbekräftelsen fanns dock information om vart man kunde vända sig med allmänna frågor.
3. De dominerande orsakerna till förändringar i väntetiderna berodde till stor del på ändringar i de personella och ekonomiska resurserna. Väntetidsutvecklingarna redovisades varje tertial till landstingsstyrelsen och en sammanställning kring väntetider och produktion distribuerades till ledningspersonal och kliniker varje månad.

Revisorerna rekommenderade:

1. Att *Logopedin* i länet skulle enas om *system och rutiner för rapportering*. Dessutom ansågs organisationen vara i behov av en strukturförändring i syfte att bättre utnyttja de tillgängliga resurserna i hela länet.
2. Att de undersökta klinikerna skulle utarbeta *rutiner för hur patienten skall erhålla information* om eventuella väntetidsförseningar. Kopplat till detta ansågs det föreligga ett behov av att utforma ett systematiskt arbetssätt för uppföljning av väntetidskön och därmed enklare urskilja om behov ändras.
3. Att *enkla nyckeltal* gällande kötider borde tas fram för att *minska möjlig felinformation* internt och externt.
4. Att en *utveckling av remissmallar* skulle bidra till att minska förseningar och merarbete som uppstod på grund av *ofullständiga remisser*. Dessutom skulle ett bredare beslutsunderlag syfta till en säkrare bedömning och således borde respektive enhet utveckla någon form av mall.

5. Att utifrån *köstatistik* skilja mellan prioriteringsgrupper. Huruvida *väntetiderna för icke prioriterade patienter* skulle finnas med i väntetidsstatistiken borde diskuteras, då denna patientkategori sällan får tillgång till vårdinsatser.

## 1.4 Revisorernas skrivelse och Landstingsstyrelsens yttrande

Landstingets revisorer översände den 20 januari 2003 rapporten "Väntetider i vården" till landstingsstyrelsen för synpunkter. Landstingsstyrelsen framhöll i sitt svar att styrelsen i stort delade revisorernas slutsatser i granskningsrapporten.

## 2. Resultat

### 2.1 Väntetider & remisshantering

Under år 2005 uppdrog landstingets revisorer åt Komrev att granska hur klinikerna hanterade remisser och journaler. Detta resulterade i att C. Eriksson och L. Näsström skrev granskningsrapporten "*Hantering av remisser och journaler*". Inledningsvis pekar Eriksson och Näsström på att Socialstyrelsen under år 2004 gav ut en ny författning gällande remisshantering, SOSFS 2004:11.

I författningen finns angivet att:

**3 §** "Vårdgivaren skall ge skriftliga direktiv och säkerställa att det finns rutiner för hur remisser skall utformas och hanteras"

**4 §** "Verksamhetschefen på den *remitterade* enheten skall fastställa rutiner för de remisser som skall användas inom verksamhetsområdet, för hantering av utgående remisser och inkommande remissvar"

**5 §** "Verksamhetschefen på den *mottagande* enheten skall fastställa rutiner för de remisser som skall användas inom verksamhetsområdet, för hantering av inkommande remisser och utgående remissvar."

I § 4 och § 5 anges dessutom *vad* som skall anges i de dokumenterade rutinerna samt *föreskrifter* att personal med formell och reell kompetens för uppgiften ska *bedöma remisser och prioritera* samt *bedöma remissvaret*.

Granskningsrapporten visade att landstingsledningen under hösten 2004 med anledning av den nya författningen gav samtliga länsverksamheter direktiv om att utarbeta och implementera rutiner i linje med den nya författningen. Verksamheterna rapporteras ha genomfört sitt uppdrag och redovisat det för landstingsstaben som beräknar att sammanställningen av materialet bör vara färdigställt under våren 2006.

## 2.2 Väntetider & remissförfarandet vid de undersökta klinikerna år 2002

Utifrån Näsströms granskningsrapport ”Väntetider i vården” (2002) har en överskådlig tabell (2.2.1) konstruerats, för att åskådliggöra hur de undersökta klinikerna hanterade remisser under år 2002. Samtliga verksamheter hade en person som ansvarade för frågor kring registrering och kallelser. Klinikernas arbetsätt när det gällde remissprioritering och fastställandet av prioriteringsgrund skiljde sig åt mellan klinikerna. Varje klinik skickade ut ett remissvar och i vissa fall togs även kontakt via telefon.

Verksamhet	Remissansvarig	Remissbedömning	Finns en fastställd prioriteringsordning inom kliniken	Vilken information ges i remissvar till patient
Ortopedi	Ja	1 av 5 överläkare fastställer prioritet & tilldelar läkare	Nej, dock förs fortlöpande diskussioner kring bedömningsgrunder	Var & vilken mottagning/läkare som erbjuds samt beräknad väntetid
Ögonsjukvård	Ja	Läkare i bakjouren bedömer remiss.	Nej, men via möten varannan månad diskuteras bl.a. prioriteringsordning	Behandlande läkare, beräknad väntetid samt hänvisning vid frågor.
Ö/N/H Utprovning av hörhjälpmedel	Ja, kallar till gruppmöte för information om hörhjälpmedel		Ja, dokumenterad gemensam prioriteringsgrund	Kontaktperson samt information gällande möjlighet till vård på annan ort
Logopedi	Ja, i Karlstad, Säffle & Arvika	Ja, prioriteringsbedömning 1 g/v.	Ja, följer den nationella prioriteringsgrunden	Kontaktperson & beräknad väntetid
Onkologi	Ja, förbereder även remiss.	Ja, remisser bedöms dagligen	Ja, detaljerat regelverk finns för prioritering & behandling.	Kontakts skriftligt & via tf. m. info gällande väntetid & kontaktperson
Smärtkliniken		Ja, bedömning sker 1g./v vid remisskonferens	Ja	Remissvar till patient & remitterare m info gällande väntetid & kontaktperson

Tabell 2.2.1 Remissförfarandet vid undersökta verksamheterna år 2002

I granskningsrapporten framkom det att väntelistor inte i någon högre utsträckning användes för att omfördela resurser eller analysera produktiviteten. Inte någon av de undersökta klinikerna följde systematiskt upp klinikens eller individuell läkares kö i syfte att omfördela patienter.

## 2.3 Ortopedi

Länsverksamheten Ortopedi finns i Karlstad och Arvika och samverkan sker med ortopedenheten vid Sjukhuset i Torsby. Det bedrivs även mottagningsverksamhet i Kristinehamn och Säffle som drivs på entreprenad i Caremas regi. I länsverksamheten finns det ca 170 anställda.

### Remisshantering och förväntade väntetider

Eriksson och Näsström (2005) skriver att ortopederna har väldokumenterade rutiner för remisshantering och tertiär rapport 3 anger att verksamheten behandlar cirka 500 remisser per månad. Remissen registreras i Vania och skickas sedan till en särskilt utsedd remissbedömare som prioriterar remissen utifrån dokumenterade riktlinjer. Även remisser som ska till Carema och Torsby hanteras inom detta system. Remissbedömaren prioriterar oftast remissen inom två dagar och sorterar dem efter prioriteringsgrad.

Vid kliniken finns en remisskoordinator vars uppgift är att samordna länets remisser och hålla väntelistorna aktuella. Patienterna sätts upp på väntelistan utifrån besöksorsak, regional tillhörighet, medicinsk prioritering och om möjligt även patientens önskan. En remissbekräftelse skickas till patienten inom 14 dagar med information om väntetider samt vart patienten kan vända sig om man har frågor. Patienten kan även direktbokas beroende på prioriteringsgrad.

Den förväntade väntetiden mätt i veckor för primär protesoperation i höftled har sedan 2003 sjunkit både för Centralsjukhuset i Karlstad (CSK) och Sjukhuset i Torsby. Under samma tid kan man se att utvecklingen för Sjukhuset i Arvika har varit den motsatta. År 2003 hade Arvika en relativt låg väntetid (46 veckor) i jämförelse med CSK (83 veckor) och Torsby (76 veckor) och två år senare (2005) har CSK och Torsby märkbart lägre väntetider än Arvika, se diagram 2.3.1.

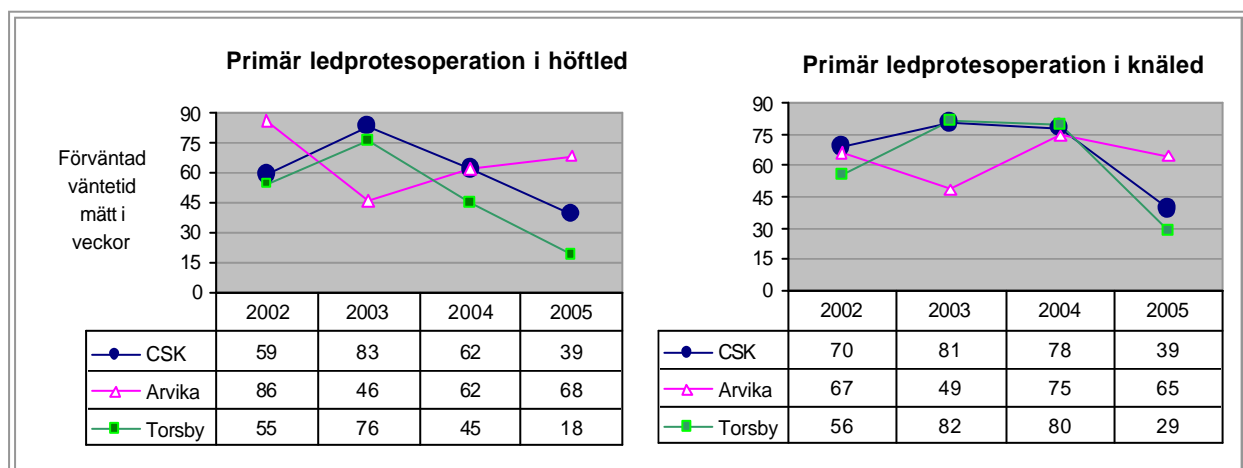


Diagram 2.3.1 Förväntad väntetid mätt i veckor för behandling/operation av primär ledprotes i höftled och knäled

Väntetiderna för primär protesoperation i knäled är jämförbara med väntetiderna för höftledsoperation under år 2003 och 2005, emellertid är väntetiderna längre för knäledsoperationer. Alla tre sjukhusen har under 2005 lyckats sänka sina väntetider markant i jämförelse med åren innan, se diagram 2.3.1.

Den förväntade väntetiden till mottagning har varierat med en standardavvikelse på 12 veckor under de senaste fyra åren. Under år 2003 var den förväntade väntetiden 58 veckor och under följande år markant lägre (32 veckor) för att öka till 40 veckor under år 2005.

Vid mätning av hur stor andel av patienterna som blev mottagna inom tre månader så klarade CSK att ta emot nästan 52 % av patienterna. Länsverksamheten i sin helhet kunde inom samma tidsram ta emot nästan 47 % av väntande patienter. För både länsverksamheten och CSK är det dryg en tioprocentig försämring mot året innan, se tabell 2.3.2.

ÅR	Mottagning till Ortopeden inom 3 månader		Behandling av protesoperation av knäled & höftled inom 3 månader
	CSK	Länsverksamheten (CSK, Arvika, Torsby, Carema)	CSK/Arvika
2002	38,0 %	60,7 %	30,8 %
2003	33,3 %	37,7 %	24,5 %
2004	62,7 %	58,0 %	20,5 %
2005	51,7 %	46,7 %	(Genomsnitt för CSK/Arvika & Sjukhuset i Torsby) 27,5 %

Tabell 2.3.2 Andelen patienter som blev mottagna till ortopederna respektive behandlade inom 3 månader

Centralsjukhuset i Karlstad och Sjukhus i Arvika har en gemensam väntelista för behandling. Under de senaste fyra åren har man klarat av att behandla mellan 20-30 % av de väntande patienterna inom tre månader. Genom införandet av det nya operationsverktyget (årsskiftet 2005/2006) strävar verksamheten till att på sikt erhålla en länsgemensam operationsväntelista.

## Produktion

Produktionsutvecklingen för primär höftplastik har varit positiv under de senaste åren, diagram 2.3.3 samtidigt har trycket av väntande patienter varit högt. Under 2002 och 2003 fanns det 842 respektive 778 patienter som väntade på behandling, men för 2005 hade antalet väntande patienter sjunkit till 437 stycken\*.

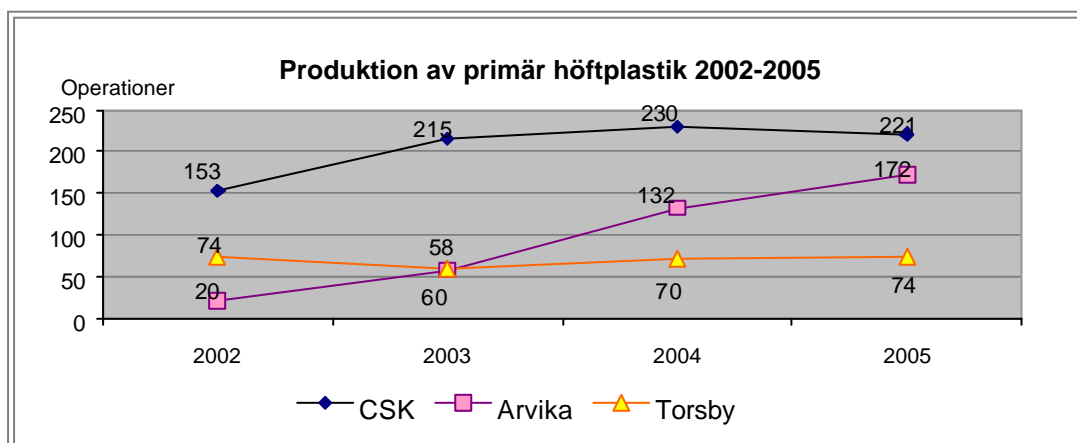


Diagram 2.3.3 Produktionsdata för primär höftledsplastik mellan 2002-2005.

\* Det kan finnas utrymme för felmarginaler gällande antalet väntande patienter då inte all tertialdata fanns redovisad under SKL:s hemsida.



Det finns en liknande trend i produktion av primär knäplastik. Mellan åren 2002 och 2003 ökade antalet väntande patienter från drygt 700 till nästan 1100. Detta höll i sig under 2004 och ledde till en produktionsökning med nästan 40 % (160 behandlingar), se diagram 2.3.4. Under 2005 hölls antalet behandlingar relativt oföränderligt, vilket reflekterades i att antalet väntande minskade till 589 patienter.

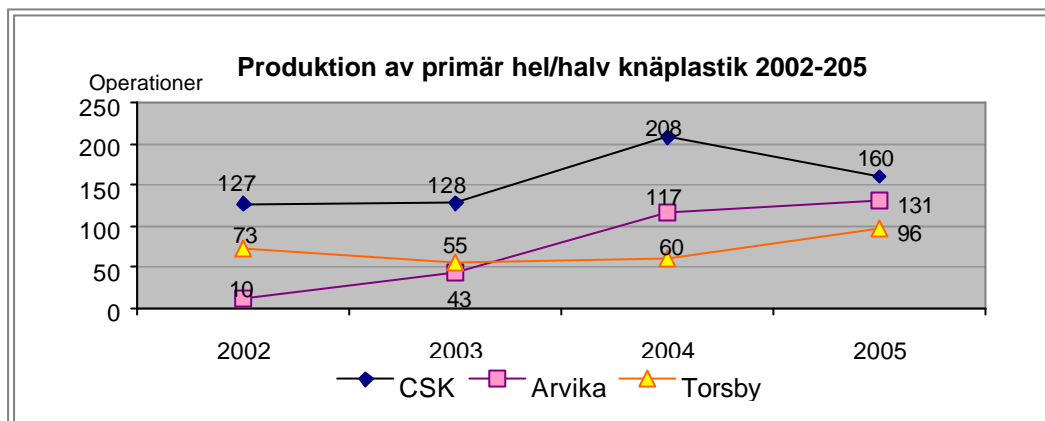


Diagram 2.3.4 Produktionsdata av primär knäplastik mellan 2002-2005

### Iakttagelser

Från att Näsström skrev granskningsrapporten "*Väntetider i vården*" har länsverksamheten strukturerat om sitt remissförfarande, bland annat genom att centralisera remisshantering. Detta leder till att verksamheten erhåller god översikt av väntetiderna.

Verksamheten arbetar för närvarande även med att implementera ett gemensamt operationsplaneringssystem i syfte att på sikt erhålla en länsgemensam operationsväntelista, även detta är ett led att skapa bättre översikt.

Länsverksamhetens arbete har under 2005 präglats av att implementera vårdgarantin, följaktligen har verksamheten ökat sin produktion av dels operationer och dels nybesök och mottagningsbesök.

Data från SKL:s hemsida visar tydligt att man under 2005 lyckats sänka den förväntade väntetiden för behandling av knä och höftplastik. Under de senaste åren har verksamheten även lyckats sänka väntetiderna till mottagning, dock har man en bra bit kvar till att klara vårdgarantins mål att patienten skall tas emot inom ramen av tre månader.

Länsverksamheten har sedan "*Väntetider i vården*" skrevs arbetat med att förbättra sina rutiner. En centralisering av remisser och på sikt ett länsgemensamt operationsplaneringsverktyg kommer troligtvis att både effektivisera och förenkla verksamhetens arbete inte minst när det gäller prioritering, patientsäkerhet, budgetarbete och uppföljning.

## 2.4 Ögon

Länsverksamheten ögon ansvarar för att tillgodose all specialiserad ögonsjukvård inom landstingets upptagningsområde och består av ögonmottagningen vid Sjukhuset i Arvika, ögonmottagning och syncentralen i Hagahuset, Karlstad samt ögonmottagning och ögonoperation på Centralsjukhuset i Karlstad. I verksamheten arbetar ungefär 50 personer.

### Remisshantering och förväntade väntetider

Gällande remisshantering skriver Eriksson och Näsström (2005) att bedömning och prioritering för remisser sker av läkare med specialistkunskap vilket säkerställer riktig bedömning även om det kan finnas risk för differentierad prioritering på grund av att dokumenterade riktlinjer för prioritering saknas. Vidare anser man att de praktiska rutinerna för hantering av remisser bedöms ändamålsenliga och säkra ur ett patientperspektiv. Återkoppling till patient sker alltid och remissvar skickas efter att patient genomfört behandling/besök.

Dessa rutiner har nyligen ändrats (januari 2006) och kliniken är i ett implementeringsstadium av de nya rutinerna. Remissansvarig sekreterare fördelar inkomna remisser två gånger dagligen till remissansvarig specialist och det finns fem överläkare som delar på remissansvaret jmf med tidigare 8 överläkare. Kliniken har dokumenterade prioriteringsgrunder och det hålls veckovisa möten i syfte att underlätta infasningen av de nya rutinerna. I remissvar till patient finns information om beräknad väntetid och beslutad aktivitet.

Antalet patienter som väntar på operation av gråstarr (katarakt) har ökat under de senaste åren, men kom att sjunka markant under 2005 vid jämförelse med året innan, diagram 2.4.1.

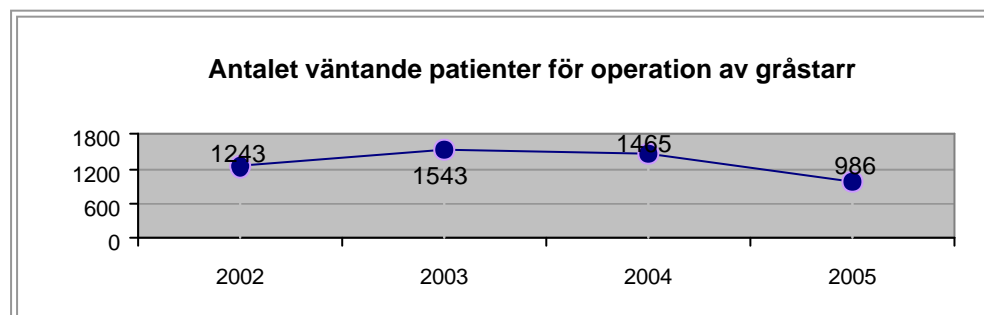


Diagram 2.4.1 Antalet väntande patienter på operation av gråstarr (katarakt).

En likartad trend kan urskiljas om man tittar på förväntad väntetid till operation, mätt i veckor. Den förväntade väntetiden för operation av katarakt har sakta ökat och kulminerade under 2004 för att under följande år återgå till en genomsnittlig "normal" väntetid för de fem senaste åren, se diagram 2.4.2.

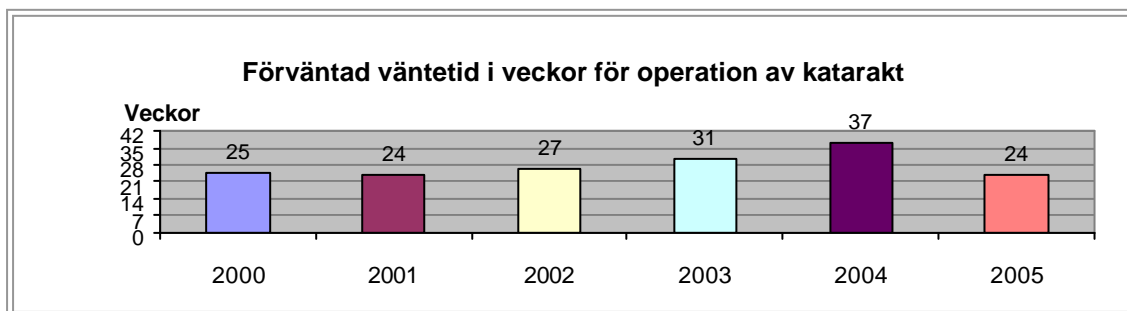


Diagram 2.4.2 Förväntad väntetid i veckor för katarakt behandling vid CSK

## Produktion

Trenden visar att trycket på kataraktoperationer ökar och man har anpassat verksamheten genom att öka produktionen betydligt. Under 2005 utfördes ca 200 fler kataraktoperationer vid jämförelse med året innan, se diagram 2.4.3.

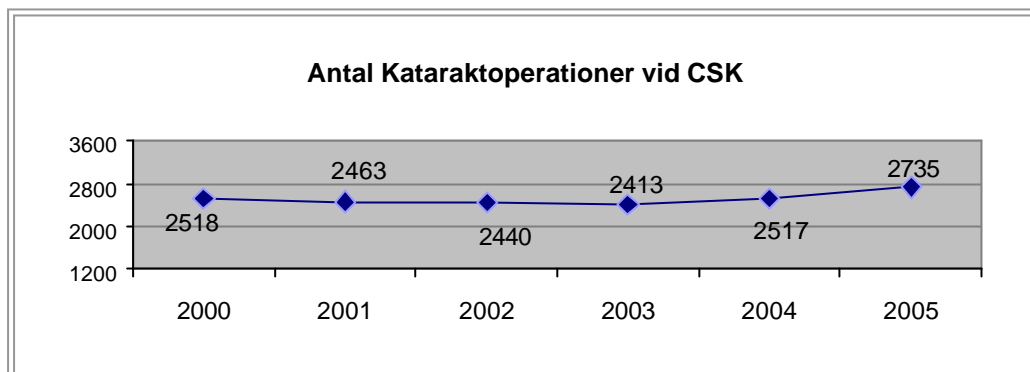


Diagram 2.4.3 Antalet utförda kataraktoperationer vid CSK mellan år 2001-2005

## Iakttagelser

Verksamheten har goda och väldokumenterade remissrutiner och under våren 2006 implementeras ytterligare försök till förbättringar.

Under 2005 präglades länsverksamhetens arbete av dels en omstrukturering av verksamheten vid CSK och dels av att uppfylla vårdgarantins mål med att patient ska erhålla behandling inom tre månader efter beslut. I ett led av att uppfylla vårdgarantin satsade man på att öka produktionen av gråstarrsoperationer markant, vilket var ekonomiskt genomförbart genom att omfördela en del av verksamhetens resurser.

Ett påtagligt problem för verksamheten inom en överskådlig framtid är svårigheten att rekrytera specialistläkare externt samtidigt som det är svårt att hinna med att utbilda egna specialister i den takt som krävs för att täcka behovet av specialister vid uppkommande pensionsavgångar. I tertialrapport 3 nämns även att verksamheten brottas med lokalproblem både vid CSK och i Hagahuset, Karlstad som man menar inte uppfyller kravet för den verksamhet som bedrivs idag.

## 2.5 Utprovning av hörhjälpmedel

Hörselvården tillhör länsverksamheten öron- näsa- hals och är en länsövergripande verksamhet, mottagningar finns i Karlstad, Arvika, Kristinehamn, Säffle, Torsby och Hagfors. Vid Hörselvården i Värmland finns det ungefär 40 hel- och deltidanställda.

### Remisshantering och väntetider

Vid remissregistrering bedöms patienten som prioriterad respektive icke prioriterad och det finns väldokumenterade kriterier för detta vid klinikerna. Under väntetiden sker en inventering av patientens behov, det vill säga patienten träffar en audionom som bedömer om patienten har behov av en insats utifrån verksamhetens prioriteringsgrunder. Detta är ett nödvändigt mellansteg då vårdcentralernas tonaudiogram ej ger tillräcklig information huruvida patienten har behov av ett hörhjälpmedel, då även taluppfattning måste mätas. Fastställs det att patienten har ett behov av ett hörhjälpmedel informeras patienten om vilka väntetider det är till utprovning och möjligheten att söka vård på annat håll inom och utanför länet.

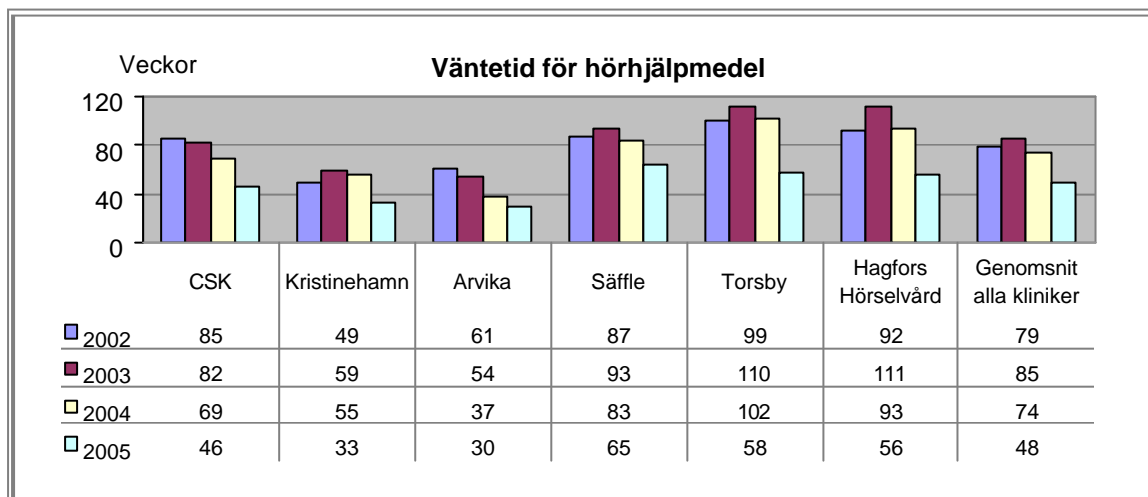


Diagram 2.5.1 Genomsnittlig väntetid i veckor för utprovning av hörhjälpmedel för respektive klinik & för landstinget i helhet.

Den genomsnittliga väntetiden för alla kliniker i landstinget i Värmland har sedan år 2002 minskat betydligt och för CSK, Arvika, Hagfors Hörselvård och Sjukhuset i Torsby har väntetiderna nästan halverats, se diagram 2.5.1. Vid inrapportering till SKL:s nationella väntetidsdatabas finns bara en väntelista, vilket verksamheten menar ger en missvisande bild av patientens faktiska väntetid. Väntetiden beräknas från att remiss registreras till att patient erhåller insats i form av hörhjälpmedel.

Under de senaste åren har kliniken haft stora svårigheter att hitta en bra form för remissvar till patient, då man upplevde att patienterna blev frustrerade när man inte kunde hålla den förväntade väntetiden. Det bidrog till att det gick åt mycket tid till att besvara patienters telefonförfrågningar och personalen uppgavs känna alltmer obehag av att besvara samtalen. Detta har resulterat i att remissvar inte skickats till patienten och all information lämnas istället till patienten vid första mötet med en audionom. Verksamheten är medveten om denna brist och för diskussioner om hur man skall åstadkomma en lösning. Verksamheten kommer även inom kort att göra ett studiebesök i Karlskrona som genom sin modell i hög utsträckning lyckats med att hålla väntetiderna inom ramen av tre månader. Bland annat har Karlskrona lagt ett högre ansvar på patienten genom att patienten själv måste ringa och boka sitt besök efter erhållet remissvar.

## Produktion

Mellan år 2000 och 2005 provades det ut 10 512 hörhjälpmedel, se diagram 2.5.2. Verksamheten menar att de senaste årens produktionsökning bland annat kan härledas till en mer aktiv äldre befolkning.

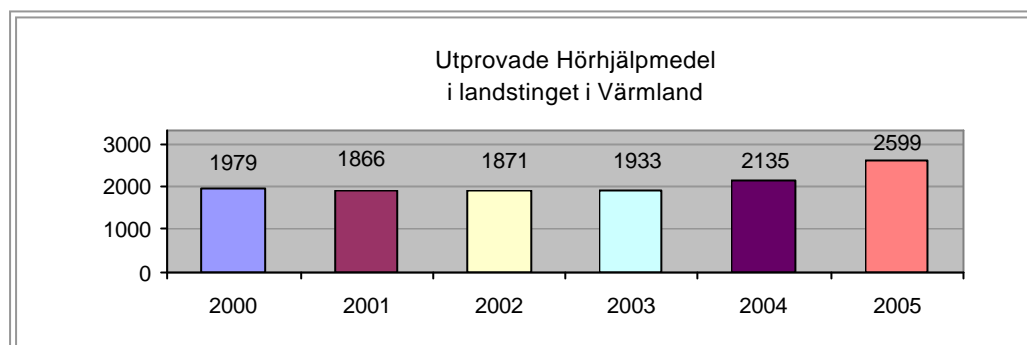


Diagram 2.5.2 Utprovade hörhjälpmedel 2000-2005 i landstinget i Värmland

Under år 2005 inkom det 1104<sup>1</sup> nya remisser till Hörselvården i Värmland.

## Iakttagelser

Vid remisshantering har det sedan Näsströms granskning (2002) successivt skett en försämring av remisshantering, då man inte längre skriver remissvar till patienten. Verksamheten är medveten om detta och söker aktivt efter en fungerande modell.

Vid inrapportering till den nationella väntetidsdatabasen är det ej tiden mellan att remissen registreras till att patienten blir kallad till ett första möte med en audionom för att fastställa om behov föreligger. Väntetiden beräknas istället från att remissen registreras fram till att patienten erhåller insats i form av ett hörhjälpmedel. Detta ger en missvisande bild av situation då verksamheten menar att man oftast kallar patienten till en audionom inom tre månader och att man försöker kalla patienten till utprovning inom ytterligare tre månader efter det första mötet.

Under år 2005 kan man se att väntetiderna för hela länsverksamheten sjunkit markant, vilket är ett resultat av att verksamheten ökat produktion av hörhjälpmedel med cirka 20 % vid en jämförelse med 2004.

Verksamheten är aktiv i sitt letande efter en modell att minska väntetiderna och i samband med detta hoppas man även finna goda hanteringsrutiner för remisser.

<sup>1</sup> På grund av problem med Hörselvårdens datasystemet, Audit Base, har det inte varit möjligt att erhålla statistik över nya remisser.

## 2.6 Logopedi

Från och med år 2003 organiserades Logopedenheten/landstingets allmänlogopedi som en enhet under länsverksamheten Hälsa, Habilitering och Rehabilitering. Verksamheten har 14 hel- och deltidanställda och finns på mottagningar runt om i Värmland. Enhetens uppdrag består i att hjälpa patienter med kommunikationssvårigheter till följd av störningar i röst-, tal- och språkfunktionen samt patienter med sväljningsproblematik.

### Remisshantering och förväntade väntetider

Logopedenheten har väldokumenterade nationella kriterier för prioriteringsordning. Mottagningarna följer likartade rutiner för remissshantering. Remiss registreras av en logoped eller sekreterare i Vania, den remitterade enheten erhåller ingen remissbekräftelse, däremot erhåller patienten en remissbekräftelse skriftligt eller muntligt. Remissvaret registreras i patientens journal tillsammans med en kopia på remissvaret.

### Produktion

Logopedenheten mäter produktion genom alla aktiviteter som genererar en journalanteckning, exempelvis återbesök, telefonsamtal eller nybesök.

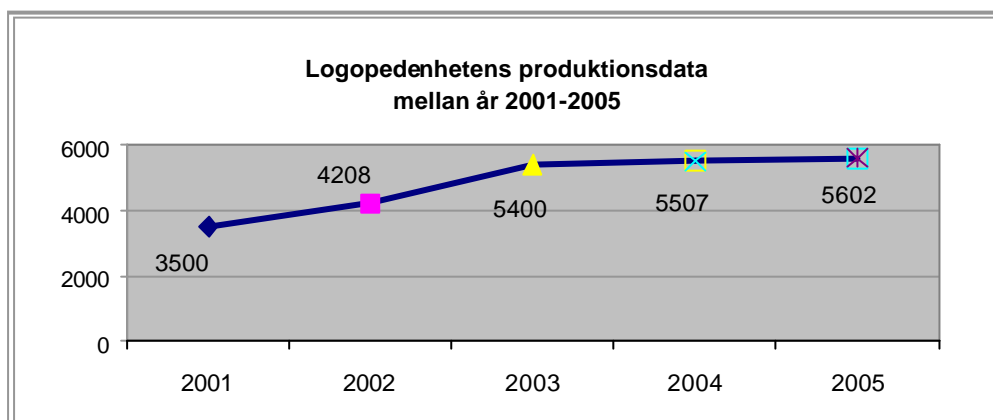


Diagram 2.6.1 Produktionsdata för Logopedenheten för landstinget i Värmland

Produktionsdata mätt före år 2003 kan vara förenat med felmarginaler, då logopedenheterna under år 2003 organiserades under länsverksamheten Hälsa, Habilitering och Rehabilitering och påbörjade successivt införliva gemensamma rutiner och datasystem (Vania).

### Iakttagelser

Logopedenheten har mycket väldokumenterade rutiner när det gäller hantering av remisser och man arbetar kontinuerligt med att förbättra verktyg för att utvärdera och förtydliga verksamhetens innehåll.

I granskningsrapporten "*Väntetider i vården*" rekommenderade revisorerna särskilt logopedin att se över sin organisationsstruktur och anamma enhetliga system och rutiner för rapportering. Detta har kliniken arbetat med sedan år 2003 då logopedin organiserades in som en enhet under länsverksamheten Hälsa, Habilitering och Rehabilitering.

## 2.7 Smärtkliniken

Smärtkliniken i Karlstad är en relativt liten enhet med 16 anställda och verksamheten är uppdelad på två kliniker, Haga och Centralsjukhuset. Smärtkliniken uppdrag är i första hand att utreda och kartlägga smärttillstånd och i samförstånd med patient rekommendera vidare behandling och insatser. Smärtkliniken vid CSK arbetar främst med inläggande patienter med akut smärta, cancer- och nervskaderelaterade smärttillstånd, medan kliniken i Haga arbetar med patienter som lider av långvarig smärta.

### Remisshantering och förväntade väntetider

För att komma till smärtkliniken krävs en remiss och redan i 2002 års rapport menade Näsström att remisstrycket ökade. Under 1999 inkom 267 remisser och 82 refuserades och under 2005 inkom 589 varav 242 refuserades, se diagram 2.7.1. Med refuserade remisser menas att patienten ej kallas till kliniken utan att remissvar ställs till den remitterande läkaren med ett förslag till behandling.

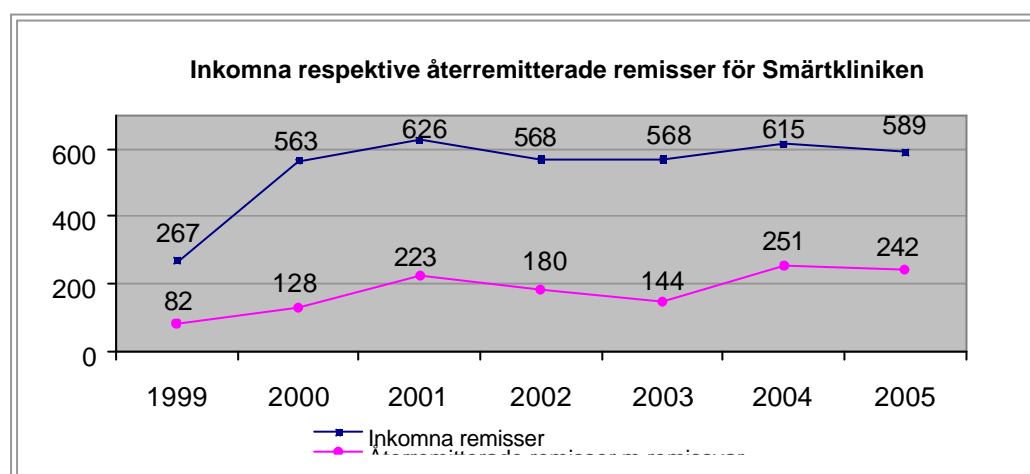


Diagram 2.7.1 Inkomna respektive återremitterade remisser för Smärtkliniken i landstinget i Värmland

Utöver de skriftliga remisserna verkar smärtkliniken även rådgivande, bland annat besöks den palliativa avdelningen en gång per vecka för en genomgång av deras patienter i syfte att ge råd gällande behandling och förslag till medicinering.

Den procentuella andelen patienter som blivit mottagna till Smärtkliniken inom en tidsram av tre månader har minskat under de senaste sex åren, se diagram 2.7.2. Under 2005 verkar dock klinikerna ha brutit den negativa trenden.

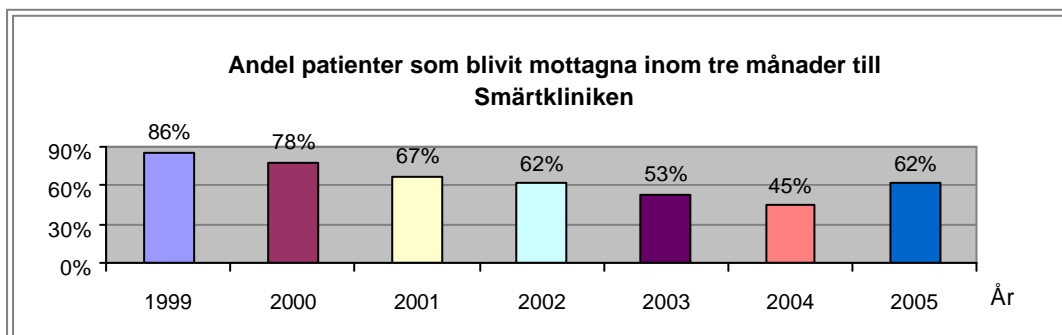


Diagram 2.7.2 Den procentuella andelen av patienter som blivit mottagna till klinik inom 3 månader.

I diagram 2.7.3 kan man utläsa antalet patienter som blivit mottagna inom ett visst tidsintervall\*. Under 2005 blev 65 personer mottagna till Smärtkliniken inom en månad och under hela året tog kliniken emot sammanlagt 168 patienter. Detta kan jämföras med att man under år 2005 mottog 589 remisser varav man behöll 347 stycken, vilket är mer än dubbelt så många remisser som kliniken klarade att ta emot i form av patientbesök under det året.

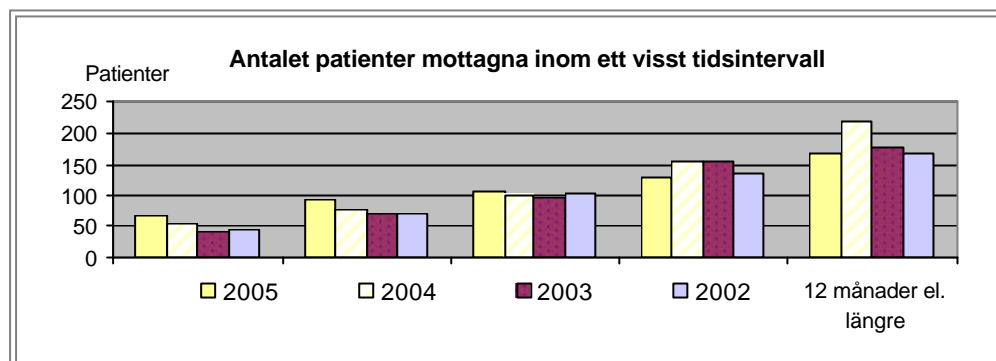


Diagram 2.7.3 Antalet personer mottagna till Smärtkliniken inom ett visst tidsintervall.

Under de senaste fyra åren kan man se att antalet mottagna personer inom tidsramen av tre månader ligger runt 100 personer och sammanlagt har klinikerna tagit emot mellan 168-224 personer per år.

### Iakttagelser

Det finns en påtaglig oro att nyrekrytering inom smärtverksamheten är förenat med svårigheter. Inte minst med tanke på att den genomsnittliga åldern på specialister vid de undersökta klinikerna är hög samt att det under en längre tidsperiod varit 0,5 tjänst vakant på grund av sjukskrivning, vilket ökar belastningen på övrig personal. Ett annat dilemma som framhålls av verksamheten är att de är uppdelade på två kliniker, vilket minskar möjligheten att samråda i komplexa situationer samtidigt som resurserna för att sköta klinikernas administration inte optimeras.

\* Observera att detta är den faktiska väntetiden, ej att förväxla med den förväntade väntetiden som redovisas för de andra verksamheterna.



## 2.8 Onkologi

Onkologen har ett länsövergripande ansvar och verksamhetens inriktning är att behandla patienter med cancer. Verksamheten är inriktad på omhändertagande av patienter under pågående strål- och/eller medicinsk behandling. Vid kliniken finns det ca 80 anställda.

### Remisshantering och förväntade väntetider

Vid kliniken finns en mottagningsköterska som ansvarar för att förbereda remisserna och sedermera fördelar dessa till respektive läkare utifrån vilka diagnosgrupper läkaren ansvarar över. Det finns ett detaljerat regelverk för hur prioritering och behandling av patienter sker. Remissansvarig sköterska kallar patient skriftligt och i remissvaret skickas bland annat journal och annan praktisk information med. Ett remissvar skrivs även till inremitterad läkare och i de fall patient inte bedöms behöva komma till onkologen skickas endast ett remissvar till inremitterad läkare. Generellt sett tar det aldrig mer än maximalt tre veckor för att bli kallad till onkologen.

Under år 2003 implementerades ett nytt datasystem på onkologen, Cambio Cosmic, vilket har fördelen att all aktuell information om patienten t.ex. röntgensvar, kan enkelt plockas fram i dess datajournal. Ett problem är dock att systemet kräver en högre grad av ”handpåläggning” och således tar det längre tid att arbeta med systemet än i tidigare system. Utöver detta så finns inte någon möjlighet att plocka fram statistik, vilket beror på att en statistikmodul ännu inte kunnat levereras. Avsikter finns dock att modulen skall levereras inom en överskådlig framtid.

### Iakttagelser

Onkologens remisshantering sker strukturerat och följer ett väldokumenterat regelverk. Onkologin har inget problem med att uppfylla vårdgarantin, då deras maximala väntetiden ligger runt tre veckor.

I 2002 års granskningsrapport pekade Näsström på svårigheterna att rekrytera specialister och problemet är idag inte fullt ut åtgärdat, dock är förhoppningen på kliniken är att behovet av överläkare skall vara fyllt år 2007.

Eftersom Cambio Cosmic i dagsläget saknar en statistikmodul tas all data gällande bl.a. remisstryck och väntetider fram manuellt. Detta betyder i förlängningen merarbete och att resurser binds för att kunna följa upp och överskåda verksamheten.

### **3. Kommentarer och slutsatser**

För att på ett tydligt sätt följa upp granskningsrapporten "*Väntetider i vården*" definierades tre revisionsfrågorna under avsnitt 1.1. Utifrån dessa frågeställningar redovisas följande iakttagelser och slutsatser:

#### **Remisshantering och remissutveckling:**

De granskade verksamheterna har arbetat med att skapa väl utvecklade rutiner kring remisshantering, vilket i huvudsak genererat välfungerande rutiner för information från klinik till patienten/inremitterad instans.

En rationell utveckling av remissrutiner kan man se hos ortopedin som genom att centralisera remisshanteringen för hela länets verksamhet dels ökar patientsäkerheten och dels optimerar sina resurser.

#### **Produktions- och väntetidsutvecklingen:**

Generellt sett har produktionen för alla undersökta verksamheter ökat och väntetiderna har minskat.

Ortopedi har minskat sin förväntade väntetid markant både för ledprotesoperation i höft- och knäled och produktionsutvecklingen har varit positiv, framförallt under de senaste två åren.

Både Ögon och Öron har tydligt ökat sin produktion av kataraktoperation respektive hörhjälpmedel, vilket resulterat i att väntetiderna minskat.

Smärtkliniken uppvisar ett ökat remisstryck men en viss oförmåga att möta trycket, då befintliga resurser inte räcker till. Den procentuella andelen patienter som blivit mottagna inom tre månader har dock ökat under 2005.

#### **Implementering av revisorernas synpunkter:**

Revisorerna kan konstatera att bland annat förslaget gällande logopedienheten som redovisades i "*Väntetider i vården*" har implementerats. Utöver detta är det svårt att direkt härleda revisorernas rekommendationer då de granskade verksamheterna aktivt arbetat med att förbättra sina rutiner kring remisshantering.

#### **Vårdgarantin:**

Granskningen visar att verksamheterna lagt ner ett omfattande arbete på att uppfylla vårdgarantin. Vissa av de granskade verksamheterna är närmare målet än andra, men i dagsläget är det endast onkologienheten som klarar av att hålla vårdgarantin.

Cecilia L Karlsson

Bo H Eriksson