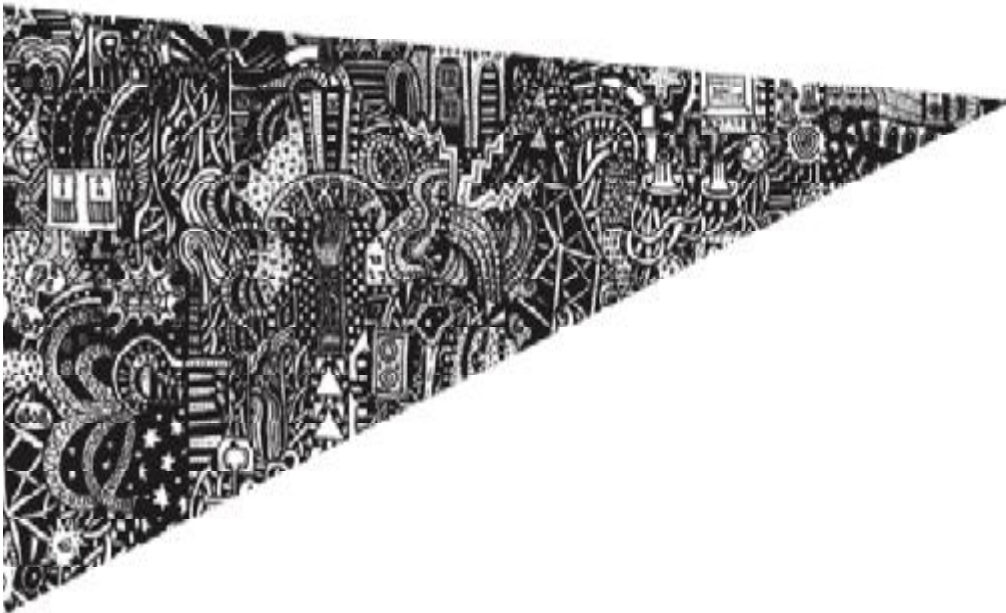


# Landstinget Dalarna

## Granskning av vårdcentralernas tillgänglighet



## Innehåll

<b>1. Sammanfattning</b> .....	<b>3</b>
1.1. Väsentliga iakttagelser och slutsatser .....	3
1.2. Rekommendationer .....	3
<b>2. Inledning</b> .....	<b>5</b>
2.1. Bakgrund .....	5
2.2. Syfte .....	5
2.3. Utgångspunkter .....	5
2.4. Metod .....	6
2.5. Kort beskrivning av närsjukvården i Landstinget Dalarna .....	5
<b>3. Landstingsledningens och närsjukvårdsledningens strategier för tillgänglighet</b> .....	<b>8</b>
<b>4. Vårdcentralernas arbete med att skapa tillgänglighet</b> .....	<b>9</b>
4.1. Granskningens bedömningsrunder för vårdcentralernas tillgänglighetsarbete .....	9
4.2. Mängden resurser .....	9
4.3. Närsjukvårdens- och vårdcentralernas kapacitetsstyrning .....	9
4.4. Bedömning av de 16 besökta vårdcentralerna .....	11
4.5. Matchning av efterfrågan och kapacitet .....	12
4.6. Användning av logistiska principer .....	13
4.7. Utvecklingsstatus och kunskapsläge .....	14
<b>5. Övriga resultat av granskningen</b> .....	<b>15</b>
5.1. Bilden av tillgängligheten på VC-nivå .....	15
5.2. Produktivitet .....	15
5.3. Prioriteringsstöd .....	16
5.4. Uppfattningar om landstingets krav på tillgänglighet .....	16
5.5. Kontinuitet vs tillgänglighet .....	16
<b>6. Slutsatser</b> .....	<b>18</b>
6.1. Övergripande bild av den landstingsdrivna primärvården i Dalarna .....	18
6.2. Telefontillgänglighet i geografi och tid .....	19
6.3. Tillgängligheten till läkarbesök .....	19
6.4. Utvecklingsarbetet mot tillgänglighet .....	20
6.5. Patientens val .....	20
<b>Bilaga 1 Antal läkarbesök per disponibel läkartimme vecka 16 och 17 2008</b> .....	<b>22</b>
<b>Bilaga 2 Tillgänglighetsläge enligt enkäten.</b> .....	<b>23</b>
<b>Bilaga 3 Bedömning av de sexton besökta vårdcentralerna</b> .....	<b>24</b>
<b>Bilaga 4 Sammanfattning av enkätresultat</b> .....	<b>25</b>
<b>Bilaga 5 Enkät till samtliga vårdcentralchefer</b> .....	<b>26</b>

## 1. Sammanfattning

Ernst & Young har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Landstinget Dalarna genomfört en granskning av vårdcentralernas tillgänglighet.

Syftet har varit att belysa:

- Hur den aktuella telefontillgängligheten ser ut i dimensionerna geografi och tid på dygnet för vårdcentraler och gemensam sjukvårdsupplysning.
- Hur den aktuella tillgängligheten till läkarbesök ser ut på vårdcentralsnivå.
- På vilket sätt utvecklingsarbetet inom primärvården är inriktat mot tillgänglighetsfrågan både vad gäller telefon och läkarbesök men även avseende besök i relation till andra yrkesgrupper.
- Vilken kunskap som finns i organisationen om medborgarnas val av vårdcentral, hur detta val hanteras och hur det efterlevs.

### 1.1. Väsentliga iakttagelser och slutsatser

Närsjukvården har sedan ett antal år haft ett starkt fokus på tillgänglighetsfrågan, särskilt den som avser tillgänglighet per telefon. Närsjukvårdsledningen har arbetet utifrån en tydlig strategi för att öka telefontillgängligheten, TeleQ-systemet har spelat en central roll i arbetet. Utvecklingsarbetet har varit framgångsrikt och telefontillgängligheten är vid Landstinget Dalarnas vårdcentraler bättre än riksgenomsnittet. Intervjuerna ger vid handen att fortsatta förbättringar har skett sedan den senaste nationella mätningen i mars.

Tillgängligheten till läkarbesök är däremot inte lika god. Landstinget har vid flera vårdcentraler betydande svårigheter att bemanna med fasta läkare.

Det tillgänglighetsskapande arbete som undersökts i denna granskning har kommit en god bit i Landstinget Dalarna. Flera vårdcentraler använder moderna logistiska principer och har ett utvecklingsklimat som sannolikt ger utdelning i förbättrad kapacitet och tillgänglighet. Samtidigt finns det vid många vårdcentraler en stor potential i att bättre planera verksamheten utifrån gällande efterfrågan och öka användningen av moderna logistiska principer.

En mer omfattande genomgång av rapportens slutsatser återfinns i kapitel 6.

### 1.2. Rekommendationer

*Med anledning av denna gransknings resultat lämnas följande rekommendationer till landstinget:*

- ▶ De vårdcentraler som ännu inte lyckats mobilisera sjuksköterskor i tillräcklig omfattning för att bemanna telefonerna vid belastningstoppar rekommenderas att ta detta steg både för att ge ett direkt värde till sökande patienter samt för att skapa en grund för inre effektivitetsarbete.
- ▶ Närsjukvårdsledningen bör överväga alternativa strategier för att stödja en snabbare utveckling mot bättre tillgänglighetsskapande åtgärder på vårdcentralsnivå. Kunskap om bl.a. modern vårdlogistik finns inom organisationen men den behöver spridas. Dessutom menar vi att kravet från närsjukvårdschefen på att verksamhetschefer ska anamma moderna logistiska principer bör tydliggöras ytterligare.
- ▶ Som ett alternativt sätt att följa upp tillgängligheten på vårdcentralsnivå rekommenderas de vårdcentraler som tillämpar konsekvent bokningshorisont och patientaktiv bokning att systematiskt notera hur många patienter som ombeds att ringa igen p.g.a. brist på tider. En sådan uppföljning kan tjäna som instrument för att balansera kapacitet mot efterfrågan för den enskilda vårdcentralen. Kanske kan ett sådant mått också vara ett alternativ till tredje tillgängliga tid (3T) för uppföljning på närsjukvårdsnivå.
- ▶ Närsjukvårdsledningen rekommenderas att utverka former för en bättre kundstyrning vid köp av externa hyrläkare. Sådana möjligheter bör finnas inom ramen för LOU.
- ▶ Landstinget bör överväga en strategi för hur SVR framgent kan vara en komponent i vårdcentralernas kapacitetsplanering.
- ▶ Det är önskvärt att gällande regelverk kring listning, inte minst avseende ekonomisk reglering av valfrihetspatienter, görs känt bland verksamhetscheferna. Tiden mellan att en patient listat



om sig till dess att kapiteringen styrs om bör kortas ned. Kanske bör detta regleras halvårsvis istället för som nu årligen.

## 2. Inledning

### 2.1. Bakgrund

Tillgängligheten till vården är av central betydelse för såväl allmänhetens tilltro till vårdssystemet som för vårdens ändamålsenlighet. Att snabbt få en första kontakt med vården via telefon liksom att snabbt få möjlighet att bli undersökt av sjukvårdsutbildad personal är viktiga tillgänglighetsområden. Även tillgänglighet till andra typer av kontakter, tex. för att avboka ett besök, få receptförnyelse etc. måste hanteras effektivt. Telefontillgängligheten är också en förutsättning för att kunna tillämpa en modern tidbokningslogistik.

Landstingets revisorer har signaler som tyder på att det finns brister i tillgängligheten till vårdcentralerna i landstinget. Revisorerna påtalade bristerna för landstingets ledning för drygt ett år sedan.

Med utgångspunkt från ovanstående har revisorerna önskat genomföra en granskning av tillgängligheten. Granskningen belyser även efterlevnaden av de krav som slår fast invånarnas rätt att välja vårdcentral i länet.

### 2.2. Syfte

Granskningens övergripande syften är att belysa:

- Hur den aktuella telefontillgängligheten ser ut i dimensionerna geografi och tid på dygnet för vårdcentraler och gemensam sjukvårdsupplysning.
- Hur den aktuella tillgängligheten till läkarbesök ser ut på vårdcentralsnivå.
- På vilket sätt utvecklingsarbetet inom primärvården är inriktat mot tillgänglighetsfrågan både vad gäller telefon och läkarbesök men även avseende besök i relation till andra yrkesgrupper.
- Vilken kunskap som finns i organisationen om medborgarnas val av vårdcentral, hur detta val hanteras och hur det efterlevs.

### 2.3. Utgångspunkter

När det gäller just tillgänglighetsskapande arbete säger våra erfarenheter från andra landsting att det finns tre strategier som är väsentliga att arbeta efter. Dessa strategier används som ett raster för att värdera landstingets tillgänglighetsarbete.

- Selektiv kontinuitet - Det finns hos befolkningen en efterfrågan både på kontinuitet och på vård där tillgång till tid är viktigare än en specifik läkare, sjuksköterska eller annan kompetens. Vårdcentralernas tjänster kan utifrån detta delas upp i två kategorier som svarar mot olika behov. I en nyligen publicerad rapport från IHE (Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi) framkommer att äldre individer och individer med dålig hälsa föredrar kontinuiteten (att få träffa samma läkare) framför tillgängligheten. Ett omvänt förhållande kan ses hos förvärvsaktiva "friska" individer som således prioriterar att snabbt få en tid framför att alltid träffa samma doktor. Genom att i sin planering/organisering ta hänsyn till dessa båda behovsgrupper kan effektiviteten höjas.
- Ett systematiskt tillgänglighetsskapande utvecklingsarbete – en vårdcentralers tillgänglighet påverkas dels av de resurser som står till förfogande (eller som attraheras) dels av hur den aktuella vårdcentralen tillsammans med omgivande resurser lyckas organisera, koordinera och administrera verksamheten. För det senare krävs ett systematiskt lednings- och utvecklingsarbete.
- Modern vårdlogistik – en central utgångspunkt i denna granskning är den kunskap som tar sin utgångspunkt i modern logistik. Inom hälso- och sjukvården innehåller bland annat Bra mottagningskonceptet flera principer inom modern vårdlogistik. De vårdcentraler som granskats på djupet är analyserade utifrån huruvida det förekommer ett systematiskt utvecklingsarbete som präglas av denna "kunskapsfront".

Den teoretiska bakgrunden och tillämpade bedömningsprinciper beskrivs i detalj i kapitel 4.

## **2.4. Metod**

### **2.4.1. Referensgrupp**

För att öka delaktigheten från berörda verksamheter har en referensgrupp inom närsjukvården tillskapats för denna granskning. I gruppen har följande personer ingått: närsjukvårdschefen, den övergripande och tre lokala tillgänglighetssamordnare, tre närsjukvårdsområdeschefer samt chefen för länets sjukvårdsrådgivning (SVR). Gruppen har träffats två gånger och bl.a. diskuterat urval av vårdcentraler för fördjupad granskning, formulering av enkätfrågor/begreppsanvändning samt vilka dokument som granskarna bör studera. En avstämning av preliminära slutsatser har skett och denna grupp samt verksamhetscheferna för de 16 intervjuade vårdcentralerna, har fungerat som sakgranskare av rapporten.

### **2.4.2. Enkät**

För att få en komplett belysning av hur vårdcentralerna arbetar med tillgänglighetsfrågor har en webbaserad enkät tillsänts och besvarats av samtliga verksamhetschefer. I vissa fall har en verksamhetschef ansvar för flera vårdcentraler.

### **2.4.3. Intervjuer och platsbesök**

Vid följande 16 utvalda vårdcentraler har intervjuer skett dels med verksamhetschefen, dels med en personalgrupp i vilken de vanligaste yrkesgrupperna vid vårdcentraler funnits representerade:

Borlänge sjukhus  
Kvarnsveden Borlänge  
Hedemora  
Avesta  
Mora  
Gagnef  
Rättvik  
Tisken  
Skogsbo  
Grängesberg  
Solsidan  
Norslund  
Leksand  
Orsa  
Älvdalen  
Smedjebacken

Urvalet har skett för att få en geografisk spridning, en spridning mellan stora och små enheter samt en spridning mellan vårdcentraler som på förhand bedömdes ha kommit mer eller mindre långt i sitt tillgänglighetsarbete.

Utöver detta har intervjuer skett med: landstingsdirektör, närsjukvårdschef, närsjukvårdens tillgänglighetssamordnare och chefen för sjukvårdsrådgivningen (SVR).

#### **2.4.4. Dokument**

Följande dokument har granskats: Senaste Nysamrapport (2007), Öppna jämförelser (2008), Närsjukvårdens egna tillgänglighetsmätningar, Landstingsplan, Verksamhetsplan för Närsjukvården och för några närsjukvårdsområden/vårdcentraler, regler för listning, listningsstatistik, landstingets hemsida samt närsjukvårdens kvalitetsbokslut.

### **2.5. Kort beskrivning av närsjukvården i Landstinget Dalarna**

Närsjukvården tar hand om huvuddelen av människornas vardagliga sjukdomsbehov och är därför basen i hälso- och sjukvården. Enligt Landstingsplanen 2009-2012 ska 75-80 procent av befolkningens behov tillgodoses lokalt. Något som kräver en väl utvecklad och fungerande närsjukvård av hög kvalitet.

I takt med sjukvårdens utveckling måste närsjukvården successivt ta större ansvar för förebyggande vård, eftervård, rehabilitering och avancerad hemsjukvård. Enligt Landstingsplanen ska närsjukvården på sikt ha ett 24-timmarsuppdrag så att patienter kan söka hjälp dygnet runt. Genom närsjukvården ska medborgarna garanteras trygghet, tillgänglighet, kontinuitet och möta kompetenser som har en helhetssyn.

#### **2.5.1. Organisation**

Närsjukvården i Dalarna organiseras i fem närsjukvårdsområden. Primärvårdsverksamheten vid vårdcentralerna är basen i arbetet.

I Dalarna finns totalt 33 vårdcentraler, vilket motsvarar 30 verksamhetschefsområden. Kompetenserna på vårdcentralerna skiljer sig åt och utöver läkare finns personalgrupper som tex. distriktssjuksköterskor, barnmorskor, sjukgymnaster, arbetsterapeuter, undersköterskor, läkarsekreterare och mottagningssköterskor. I Landstingets Dalarnas primärvård ingår hemsjukvård, vilket inte är fallet i alla landsting.<sup>1</sup>

Vårdcentralerna erbjuder telefonrådgivning, en tjänst som på kvällar och helger utförs av sjukvårdsrådgivningen.

Sjukvårdsrådgivningen har funnits i Dalarna sedan 6-7 år och är idag öppen mellan kl. 16 och 23 på vardagar och 08 – 23 på helger. Intentionen i landstinget är att sjukvårdsrådgivningen skall uppgraderas till dygnet runt och anslutas till nätverket 1177<sup>2</sup> senast årsskiftet 2009/2010. Idag kan man inom SVR inte automatiskt följa upp från vilka vårdcentraler patienter ringer i större eller mindre utsträckning. Om en vårdcentral haft tillfälligt dålig tillgänglighet, exempelvis p.g.a. sjukdom, märker SVR dock detta genom att många av vårdcentralens patienter ringer till SVR efter kl. 16.00.<sup>3</sup>

Under perioden januari – juni 2008 tog SVR emot 45 609 samtal varav 42 579 ledde till journalanteckning.

<sup>1</sup> Vissa landsting har överfört hemsjukvården till kommunerna.

<sup>2</sup> Det finns ett nationellt nätverk dit man kan ansluta sig när man uppfyller givna tillgänglighetskrav. De anslutna landstingen kan vid behov hjälpa varandra vid hög belastning.

<sup>3</sup> Vårdcentralerna stänger vanligtvis sin sjukvårdsrådgivning kl. 16.

### 2.5.2. Faktisk tillgänglighet, nationell jämförelse

#### Statistik från Nysam

Enligt Nysams nyckeltalsrapport för hälso- och sjukvård i Dalarna framgår att landstinget Dalarna har en högre andel besökare till läkare inom primärvården ställt mot läkarbesök på sjukhusen. Samtidigt visar undersökningen att en mindre andel av patientbesöken inom primärvården sker till läkare då en större andel besöker exempelvis sjuksköterska, distriktssköterska och barnmorska. Resultatet skiljer sig något från övriga landsting som medverkar i studien där andelen besök till läkare generellt är något högre.

Det totala antalet läkarbesök i primärvården per 1000 invånare år 2007 visar på ett värde runt det framräknade medianvärdet 1,3 besök/år. Vidare kan utläsas att antal läkarbesök (exkl. jour) per årsarbetande läkare är strax över medianvärdet.

Av Nysamrapporten framgår också att andelen hälso- och sjukvårdsutbildad personal per läkare är den största i landet. Mätningen visar att Dalarna har den högsta andelen läkarbesök i patienternas hem jämfört med övriga landsting.

#### Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och verksamhet

Socialstyrelsens och SKLs öppna jämförelser visar att långa väntetider är det förhållande i vården som medborgare i landet är mest missnöjda med. Telefontillgängligheten utgör ett välkänt problemområde inom primärvården och är därför ett prioriterat område för uppföljnings- och förbättringsarbeten inom samtliga landsting/regioner.

Medborgarna i Landstinget Dalarna upplever att telefontillgängligheten förbättrats. År 2007 svarade 64 procent att telefontillgängligheten var god och 2008 var andelen 70 procent.

I undersökningen redovisas uppgifter från 2007 om att befolkningen i landstinget Dalarna hade ett lägre förtroende för vården vid vårdcentralerna/motsvarande, jämfört med riket som helhet. Andelen patienter som fick komma på ett läkarbesök i primärvården inom sju dagar i Landstinget Dalarna var 84,3 % i mars 2008. Detta kan jämföras med rikets 90,5 %.

Kostnaden per viktad vårdkontakt<sup>4</sup> i primärvården i Dalarna låg år 2007 11 % lägre än i riket.

### 2.5.3. Patienternas val av vårdcentral – regler och praxis

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen gäller att "Landstinget ska organisera primärvården så att alla som är bosatta inom landstinget får tillgång till och kan välja en fast läkarkontakt. Landstinget får inte begränsa den enskildes val till ett visst geografiskt område inom landstinget".

Landstinget Dalarna har beskrivit sitt regelverk avseende val av vårdteam och läkare i dokumentet "Manual för listningsregistret" från oktober 2006. I kontakter med landstingets kansli har vi inte fått fram att något särskilt beslut fattats i landstinget kopplat till detta dokument.

Enligt dokumentet om listning gäller följande principer:

- Alla invånare får ett erbjudande om att tillhöra ett vårdteam med namngiven läkare
- Den som redan är listad hos ett vårdteam/läkare ska om hon/han så önskar få behålla detta vårdteam/läkare
- De som önskar vara listad hos annat vårdteam/läkare anmäler detta till vårdcentralen som skapar rutiner så att önskemålet kan tillgodoses inom rimlig tid

Riktvärdet för ett heltidsuppdrag är 1600 listade patienter, vilket dock inte ett absolut tak. Ersättningen ska följa med de listade vilket innebär att en vårdcentral som har fler listade ska få högre ersättning.

<sup>4</sup> Kostnaden bygger på ett viktat värde utifrån den personalkategori besöket avser respektive om besöket äger rum på mottagningen eller i hemmet.

### *lakttagelser*

Våra intervjuer vid vårdcentralerna ger vid handen att valet av vårdcentral inte är en stor fråga i primärvården. Få vårdcentraler informerar på eget initiativ om valmöjligheten, men när patienter aktivt önskar lista om sig finns på alla besökta vårdcentraler blanketter för ändamålet.

Ett grundläggande bekymmer på många håll är läkarbristen. För att valfrihetssystemet ska kunna fungera, dvs. för att en reell valmöjlighet ska föreligga, måste det finnas ledig kapacitet. Annars uppstår den situation som nu råder att valet i praktiken blir en önskan om byte som bara kan realiseras när och om den nya läkaren får plats på sin lista. Valfrihetssystem kräver med andra ord en överkapacitet för att kunna fungera och primärvården i Dalarna har idag en underkapacitet. En slutsats är att lagens krav om att alla bosatta i landstinget ska ha tillgång till en fast läkarkontakt inte infrias fullt ut.

Enligt uppgifter från närsjukvårdsledningen uppdateras listningsregistret veckovis, kapiteringsersättningen korrigeras dock endast vid årsskiftet. Hur den ekonomiska regleringen är kopplad till valfrihetsströmmarna är i begränsad omfattning känt bland de intervjuade vårdcentralerna.

### 3. Landstingsledningens och närsjukvårdsledningens strategier för tillgänglighet

#### 3.1.1. Strategier och andra styrsignaler

I närsjukvårdens styrkort, under rubriken målområde tillgänglighet, finns målet 100% nöjda patienter, anhöriga och befolkning. Måttet är andelen nöjda, andelen VC som mäter detta samt uppfyllelse av vårdgarantin. Telefontillgängligheten följs noggrant i kvalitetsboksluten. I landstingsplanen finns inga andra mål för tillgängligheten än vårdgarantin.

Frågan om läkartillgången i primärvården har under en tid varit en prioriterad fråga hos närsjukvårdsledningen. Regelbundna rekryteringsresor har genomförts till Tyskland.

I närsjukvårdens egen "Invärldsanalys" framgår att tillgänglighetsfrågan står i fokus. I delårsrapporten per augusti 2008 följs tillgängligheten inte upp. Det enda som redovisas är produktionstal av typen antal läkarbesök och sjukvårdande behandling.

Ersättningsmodellen baseras idag på följande komponenter:

- Kapitering 75%
- Självförsörjningsgrad 22 % (Innebär att om vårdcentralen "förbrukar" för mycket specialistvård görs avdrag i denna del)
- Kvalitet 3% (Telefontillgänglighet 95%, diagnoskodning och information om rökningens biverkningar)

Ingen besöksersättning utgår alltså. Nettoförändringen av listade patienter slår igenom på vårdcentralernas kapitering i samband med varje årsskifte.

#### 3.1.2. Utvecklingsresurser till vårdcentralernas förfogande

2006/2007 bildade närsjukvårdsledningen en arbetsgrupp med uppdrag att verka för förbättring av telefon- och besökstillgängligheten (TAGGEN). I denna grupp finns representanter från alla närsjukvårdsområden - chefer på olika nivåer - och vårdutvecklare. TAGGEN:s uppdrag är att stödja utveckling, bidra till kunskapspridning och närverksbygge för att förbättra tillgänglighet.

Det finns vårdutvecklare knutna till varje närsjukvårdsområde och dessutom centrala utvecklingsresurser vid landstingskansliet. Vårdutvecklarna har som uppdrag att stötta vårdcentralerna i verksamhetsutveckling. Den centrala utvecklingsenheten är för närvarande under översyn vilket eventuellt kommer att innebära att utvecklingsresurser tillförs närsjukvården.

Inspirations- och kunskapsseminarier samt utbildningar i bl.a. genombrottsmetodiken har erbjudits. Till dessa skickar respektive vårdcentral personer för deltagande när behov upplevs. Bland annat har utbildningar i sjukvårdsrådgivning hållits för mottagningsköterskor på vårdcentralerna. Bra Mottagningsprojekt har bedrivits vid fyra vårdcentraler.

#### *lakttagelser*

Närsjukvårdsledningen har i sin planering kraftfullt fokuserat tillgänglighetsfrågan. Denna strategi har i första hand tagit sikte på telefontillgängligheten. Utvecklingsstödet har backat upp strategin främst utifrån telefontillgänglighet.

Vårdcentralernas verksamhetschefer nyttjar de tillgängliga utvecklingsresurserna i varierande grad. Möjligheten att tillgå utvecklingsresurser framstår som olika kända bland de intervjuade verksamhetscheferna. Utbildningar har genomförts ganska brett men utan krav på koppling till utvecklingsprojekt. Detta bedöms som olyckligt.

## 4. Vårdcentralernas arbete med att skapa tillgänglighet

### 4.1. Granskningens bedömningsrunder för vårdcentralernas tillgänglighetsarbete

I detta kapitel görs en bedömning av hur tillgänglighetskravet hanteras av vårdcentralerna. Primärvården kan skapa tillgänglighet på två sätt. För det första är tillgängligheten beroende av *mängden resurser*. Resurser kan vara finansiella, personella, tekniska och kompetensmässiga. Ur ett vårdcentralperspektiv är vissa resurser mer eller mindre givna medan andra resurser är beroende av förmågan att attrahera resurser. En vårdcentral kan exempelvis påverka potentiella medarbetares vilja att söka sig till vårdcentralen eller orten.

För det andra är tillgängligheten avhängig hur väl närsjukvården, primärvården och vårdcentralerna lyckas *använda sina resurser*. Beroende på hur vårdcentralens resurser organiseras, administreras och koordineras skapas olika stor kapacitet.

I denna granskning är det framför allt kapacitetsstyrningen – *dvs. hur man lyckas skapa kapacitet / tillgänglighet med befintliga resurser* - som är föremål för uppmärksamhet.

### 4.2. Mängden resurser

Den mest kritiska problemställningen när det gäller primärvårdens resurser i Landstinget Dalarna är tillgången till ordinarie distriktsläkare. På den övervägande delen av vårdcentralerna finns en kombination av ordinarie distriktsläkare och inhyrda läkare från bemanningsföretag. Idag har landstinget ramavtal med 15 olika leverantörer av hyrläkare.<sup>5</sup>

Enligt den genomförda chefsenkäten utnyttjade 23 av 30 vårdcentraler hyrläkartjänster under perioden januari – april 2008. Av dessa hade 12 vårdcentraler under samma period mer än en tjänst bemannad av hyrläkare. I de intervjuer som gjorts med verksamhetschefer framkommer att det tidvis varit betydande problem med hyrläkares kompetens, IT-stödkunskap och vilja att anpassa sig till vårdcentralens rutiner. Den nuvarande konstruktionen med ramavtal och central administration upplevs av flera verksamhetschefer som problematisk. Möjligheten att ställa specifika krav och att utnyttja konkurrensen mellan leverantörerna är kraftigt beskuren för slutkunden (vårdcentralen). Av detta skäl har landstinget alldeles nyligen samlat representanter för de kontrakterade bemanningsföretagen för att diskutera hur läget kan förbättras.

Landstinget genomför årligen ansträngningar för att rekrytera läkare i bl.a. Tyskland och Holland.

### 4.3. Närsjukvårdens- och vårdcentralernas kapacitetsstyrning

Behovet av ett effektivt resursutnyttjande har sedan 90-talets början varit en stor fråga för sjukvården vilket gjort att man sökt verktyg för att effektivisera verksamhetens processer. En mängd olika modeller med det gemensamma syftet att komplettera den funktionsbaserade sjukvårdsorganisationen med en processinriktning tillämpades under 90-talet, ofta med stark koppling till begreppet kvalitet. TQM (Total Quality Management), QUL (Kvalitet, utveckling, ledarskap) samt "Kvalitet till er tjänst" är modeller som blivit väl kända, men inte alltid tillämpade. Beskrivandet och förbättringar av olika processer var en kärna och många arbetsgrupper har ritat processkartor med Post-It-lappar under åren.

Under senare delen av 90-talet växte två andra koncept fram inom svensk hälso- och sjukvård. "Genombrottsmetoden" var en av dåvarande Landstingsförbundet rekommenderad metod för utveckling och nu blev fokus på tillgänglighetsskapande åtgärder ännu tydligare. I samma period etablerades begreppet "Bra mottagning" vilket i många delar var en konceptualisering av genombrottsmetodiken just på mottagningsverksamhet, d.v.s. sjukhusmottagningar och vårdcentraler.

<sup>5</sup>I Dalarna används begreppen hyrläkare och stafettläkare som synonymer. Ordet stafett antyder att någon lämnar över uppdraget till någon annan och implicerar att "delsträckorna", dvs. tjänstgöringsperioderna, är ganska korta 2-4 veckor. I flera fall stannar dock inhyrda läkare i längre perioder.

I den retorik som finns kring utvecklingsstrategierna återkommer några grundläggande värderingar och axiom; ledningen måste vara engagerad och pådrivande, medarbetarna måste vara delaktiga och få kunskap om förbättringsarbete. Lean production har under den ovan beskrivna perioden från 1990 kommit att bli en av de managementfilosofier som vunnit starkt gehör inom den tillverkande industrin. Ursprungligen kommer konceptet och den tillhörande begreppsapparaten till stora delar från Toyotas företagsfilosofi. Under det senaste året har också Lean production rönt stort intresse inom svensk sjukvård.

Alla de ovan beskrivna koncepten innehåller på ett eller annat sätt ett antal logistiska principer som kan användas för att utveckla en verksamhet mot högre effektivitet och därmed större arbetsglädje för personalen. Enligt Ernst & Youngs erfarenhet har de nedan beskrivna logistiska principerna i första hand blivit etablerade inom primärvården och i mindre utsträckning inom sjukhusvården. En av flera orsaker till detta är att primärvård med den organisatoriska formen vårdcentral, är jämförelsevis likartad. Detta underlättar att idéer och arbetssätt kan spridas inom landsting och i landet.

Referensramen för den analys och bedömning som görs i nästföljande kapitel tar sin utgångspunkt i följande logistiska principer.

#### **4.3.1. Eliminering av köer**

Enligt modern logistik är köer av alla slag ett fenomen som genererar aktiviteter och kostnader som inte skapar något värde för kunden/patienten. På samma sätt som ett lager kostar pengar så vill väntande patienter ha information om läget och dessutom hur deras besvär kommer att prioriteras i förhållande till andras. Lager måste struktureras och ha god ordning så man hittar. På samma sätt behöver en lång väntelista analyseras så personalen vet vilka som bör prioriteras o.s.v. Därför strävar en effektiv verksamhet efter att minimera köer och väntetider. Att långsiktigt undvika köer förutsätter att verksamheten planeras efter en matchning av efterfrågan och kapacitet vilket i sin tur kräver information om båda dessa delar.

Vi väljer här att använda ordet efterfrågan istället för behov. Skälet är att en vårdcentral måste ha en strategi för att på ett resurssnålt sätt hantera alla ärenden från befolkningen, både ärenden som har med primärvård att göra och ärenden som kanske borde hamnat någon annanstans.

När det gäller efterfrågan på fysiska besök till läkare eller annan vårdkategori gäller dock att matchningen skall göras utifrån det besöksbehov som uppstår efter det att patientens söksak bedömts av medicinsk personal, ex, mottagningssköterska.

#### **4.3.2. Standardisering och transparens**

Ju mer det går att utveckla standards för hur arbetet skall gå till och vilka resurser som ska tas i anspråk desto större är möjligheterna att frigöra tid och säkerställa kvalitet. Dessutom kan möjligheterna till flexibilitet öka. Om en sjukhusmottagning exempelvis bestämmer att en viss typ av besök skall genomföras torsdag förmiddag så kan mottagningen planera verksamheten och erbjuda tider till patienterna oavsett om läkarschemat är lagt eller ej. Om en sjuksköterska utgår från en färdig dokumentationsmall och endast noterar avvikelser från planen kan mycket tid minskas för dokumentation.

En tydlig indikator på denna variabel i en vårdcentralens verksamhet är huruvida tidböckerna är vårdcentralens eller individens verktyg. De vårdcentraler som flyttat den huvudsakliga tidbokningen av läkartider till sjuksköterskor kan sägas ha gjort verksamhetsplaneringen transparent och i olika grad standardiserad. En standard kan man alltid göra avvikelser ifrån. Om dessutom dessa tidböcker är utformade på ett sätt där utgångspunkten är den aktuella efterfrågan och delaktighet från berörda individer varit rådande finns förutsättningar för en god vårdlogistik och en god arbetsmiljö.

#### 4.3.3. Flexibilitet

För att kunna balansera kapaciteten mot aktuell efterfrågan krävs att det finns flexibilitet i systemet. Ett besök kan ersättas med telefonsamtal, ett läkarbesök kan i vissa fall med fördel ersättas av ett sjuksköterskebesök. Utgångspunkten för flexibilitet bör vara matchning av efterfrågan och kapacitet.

För de vårdcentraler som exempelvis använder sig av en kort bokningshorisont<sup>6</sup> (3-5 dagar) kan det vara av betydelse att man har möjlighet att vara flexibel för att hela tiden ligga i balans med efterfrågan.

#### 4.3.4. Patientaktiv tidbokning

Genom att i större utsträckning överlåta initiativet till patienten att boka tider kan en större träffsäkerhet erhållas genom att båda parter väljer en tid som passar båda. Patientaktiv bokning är främst aktuellt vid återbesök eller andra planerade besök. Tider på nätet, patienten ringer kort innan ett återbesök och får tid direkt och symptomstyrda besök är sådana exempel. Istället för att patienten får en kallelse efter ett halvår tar patienten själv kontakt för att boka tid då det är dags. I kombination med kort bokningshorisont är patientaktiv bokning lämplig att överväga.

En annan aspekt av patientaktiv tidbokning är att vårdgivaren bokar en tid *i direkt samråd* med patienten för att därigenom öka träffsäkerheten så att tiden passar för båda parter.

#### 4.4. Bedömning av de 16 besökta vårdcentralerna

De ovan beskrivna principerna<sup>7</sup> utgör de centrala kriterierna i bedömningen av de 16 vårdcentraler som besökts. Det finns fler aspekter av en modern vårdlogistik som kan finnas med som bedömningsgrund.

Som beskrivits är en vårdcentralers tillgänglighet beroende av både dess resurser och dess kapacitet. En vårdcentral som på det mest adekvata sätt tillämpar all känd kunskap om logistik och kapacitetsstyrning kan alltså ändå brottas med väntetider.

Med ovanstående teoretiska bakgrund har de besökta vårdcentralerna bedömts i tre dimensioner:

##### 1. Matchning av kapacitet och efterfrågan.

I vilken mån planerar de granskade vårdcentralerna sin verksamhet utifrån hur mycket kapacitet som krävs för att möta den rådande efterfrågan. Finns underlag? Används informationen? Planeras resurserna efter denna information? Finns uppdaterad information om eventuella väntelistor? Har mätningar gjorts?

##### 2. Metodanvändning

I vilken utsträckning har vårdcentralen prövat och övervägt de olika logistiska principerna? Finns kunskap om metoderna? Har dessa översatts till det lokala sammanhanget? Har experiment gjorts? Har dessa utvärderats och resulterat i nya rutiner. Det bör betonas att vi inte bedömer på vilket sätt principerna används utan endast om medvetenheten finns och om den aktuella vårdcentralen övervägt eller prövat. Exempelvis bedöms en vårdcentral som har tre dagars bokningshorisont inte på något annat sätt än en vårdcentralen med 7 dagars bokningshorisont.

##### 3. Utvecklingsstatus

I vilken utsträckning finns på vårdcentralen en uppmärksamhet på dessa frågor bland både chefer och medarbetare? Resulterar lärdomar från andra vårdcentraler i handling? Finns ett engagemang och en trygghet i förändringar och transparenta system? Planeras fortsatta förbättringar?

<sup>6</sup> Med bokningshorisont menas att vårdcentralen inte annat än undantagsvis bestämmer sig för att bara boka tider 3, 5 eller 7 dagar framåt, d.v.s. man bokar inte längre fram. Vad som är optimal längd på en bokningshorisont är föremål för olika uppfattningar och bör bemötas från vårdcentral till vårdcentral men det övergripande syftet är att bl.a. att undvika administrativt arbete för ändringar.

<sup>7</sup> De principer som beskrivs här är Ernst&Youngs urval av vad vi menar är väl etablerad (men ej tillfullo tillämpad) kunskap inom hälso- och sjukvårdsutveckling. Det finns en mängd olika källor varav två kan nämnas. Dels *Förändringskoncept – 33 punkter*. Dok finns på [www.tillgangligvard.nu](http://www.tillgangligvard.nu)/ Dokumentbibliotek/ Ledning och styrning, dels *Can lean save lives?* Tidsskriften "Leadership in Health Services" Vol. 20 No. 4, 2007 pp. 231-241

Vi har bedömt vårdcentralernas status i de tre dimensionerna med hjälp av begreppen *i låg grad, i någon grad, i hög grad och i mycket hög grad*. Skalan bör inte läsas som en absolut giltig skala utan mer som en sammanfattande värdering utifrån de tidigare beskrivna teoretiska utgångspunkterna och den referensram vi som konsulter har på området. Bedömningarna är alltså till viss del subjektiva men ger ett bra underlag för att se mönster inom primärvården i Dalarna.

Om en enhet exempelvis bedöms vara ”i mycket hög grad” framstående i alla dimensionerna innebär det att vårdcentralen i fråga till fullo utnyttjar existerande kunskap om vårdlogistik och förbättringsarbete. Referenspunkten är alltså inte andra landsting eller vårdcentraler utan den etablerade kunskapsfront som råder på området.

Vi har i bilaga 3 sammanställt de vårdcentralvisa bedömningar som de följande avsnitten bygger på.

I samband med respektive tema presenteras också resultat från den enkät som besvarats av alla vårdcentraler.

#### 4.5. Matchning av efterfrågan och kapacitet

Den samlade bedömningen av hur väl de olika besökta vårdcentralerna matchar efterfrågan och kapacitet är:

Matchar efterfrågan/kapacitet	Antal vårdcentraler
I mycket hög grad	0
I hög grad	9
I någon grad	5
I låg grad	2

Drygt hälften av de besökta vårdcentralerna bedöms i hög grad ha en god, välkänd och aktuell kunskap om hur balansen mellan efterfrågan och kapacitet ser ut. I vissa fall har mätningar genomförts för att se hur stort normalbehovet är och hur många besök vårdcentralen behöver planera för som standard. Bland de nio finns de fyra vårdcentraler som genomfört ”Bra Mottagningsprojekt” vilket är förväntat eftersom fundamentet för en aktiv styrning av kapaciteten är att skapa en god bild av efterfrågan.

De vårdcentraler som tillämpar en strikt bortre bokningshorisont får kontinuerligt indikation på om tiderna räcker till. Olika lösningar tillämpas då tiderna tar slut men den vanligaste lösningen tycks vara att patienten ombeds att ringa igen eller att sjuksköterskan tar kontakt med aktuell läkare för att hitta en lösning. Ett annat alternativ kan vara att den aktuella vårdcentralen erbjuder tider för första bedömning hos sjuksköterska.

Två av de besökta vårdcentralerna hade initierat förändringar genom att analysera antalet akuta besök i förhållande till planerade besök. Exempelvis konstaterade Kvarnsvedens vårdcentral att de hade alldeles för stor andel akuta besök och tolkade detta som ett uttryck för att sjuksköterskorna ofta hamnade i trångmål då de hade svårt att hitta planerade tider inom rimlig tid. Lösningen blev ett akutbesök. Denna insikt bildade utgångspunkten för utvecklingsarbetet. En annan vårdcentral tittade på samma förhållande men ville öka antalet akuta besök.

En annan utgångspunkt för att styra kapacitet efter efterfrågan kan vara att sätta målvärden för hur många besök som behöver genomföras av läkare och sköterskor. I enkätresultatet framgår att endast tre av alla 30 vårdcentraler arbetar med uttalade målvärden för besök och vid de besökta vårdcentralerna stötte vi inte på någon vårdcentral som utgått från de nationellt kända riktvärdena för antalet besök per invånare och år i primärvården. Vanligt är att man utgår från 1,2 – 1,4 besök/år. I närsjukvårdens kvalitetsbokslut framgår dessutom att Dalarnas värde ligger på 1,3 besök/år.

De andra sju vårdcentralerna har inte ett lika aktivt fokus på balansen mellan efterfrågan och kapacitet och inte heller en samlad bild av hur många patienter som väntar på att få en tid till läkare.

Från enkäten kan vidare noteras att endast två vårdcentraler av 30 har någon typ av kvällsmottagning. Kvällsmottagning kan ses som ett uttryck för att kapaciteten anpassas efter efterfrågan. Huruvida det finns en efterfrågan på kvällstid råder det dock delade meningar om.

När det gäller telefontillgängligheten så har alla vårdcentraler via införandet av Tele Q fått ett mycket bra signalsystem beträffande efterfrågans storlek. Alla har dock inte utnyttjat detta för sin kapacitetsplanering. De nio vårdcentraler som fått bedömningen ”i hög grad” har alla bemannat telefonerna med många sköterskor de tider då samtalsbehovet är som störst d.v.s. tidig förmiddag och speciellt i veckans första del. Vår uppfattning från intervjuerna är att även övriga intervjuade vårdcentraler insett behovet av att bemanna telefonerna på motsvarande sätt. De har däremot inte ännu fullt ut lyckats styra om bemanningen så att den motsvarar behoven. Samma sak bekräftas även i den enkätfråga som avser bemanningen av telefonerna där flera vårdcentralchefer uttrycker svårigheter med bemanningen.

#### 4.6. Användning av logistiska principer

Nästa bedömning avser i vilken grad de granskade mottagningarna kan anses använda sig av de logistiska principerna i sin planering och utveckling av verksamheten.

Använder moderna logistiska principer	Antal vårdcentraler
I mycket hög grad	1
I hög grad	5
I någon grad	8
I låg grad	2

Sex vårdcentraler bedöms vara väl insatta i och prövar på olika sätt dessa principer i sin strävan att balansera efterfrågan och kapacitet. Vissa vårdcentraler beskriver tydligt hur de söker vägar för att eliminera köbildningar av olika slag.

Nedan följer några exempel från de vårdcentraler som fått bedömningen i hög- eller i mycket hög grad.

Patientaktiv bokning tillämpas medvetet. Från att tidigare ha skickat kallelser ombuds patienten nu att själv ta kontakt för tidbokning vid överenskommen tid. På så sätt bokas tiden för återbesök i samförstånd mellan patient och vårdgivare. Dessutom är inte planeringen låst långt fram i tiden. Principen används som standard från vilken undantag görs för de patienter som av olika anledningar inte kan ta detta ansvar.

Ett annat exempel från dessa vårdcentraler är att man arbetar med en tydlig bokningshorisont, oftast 7 dagar. Dock finns variationer. Den bild som framkommer är att vissa vårdcentraler bokar planerade besök längre fram än bokningshorisonten. Andra använder principen för alla besök men i regel har den enskilde läkaren ett begränsat antal tider per vecka som denne själv bokar då enbart när speciella omständigheter kräver detta.

Standardisering har också utnyttjats som ett verktyg av dessa vårdcentraler. I och med att bokning av läkartider och distriktsskötersketider oftast görs av mottagningssköterskor har ett transparent system skapats. Detta skapar också möjligheter att planera kapaciteten utifrån efterfrågan.

I enkäten till alla vårdcentralchefer ställdes frågan vilka som främst bokar tider. 27 vårdcentralchefer anger att det främst är sjuksköterskor som bokar tider. Resultatet tyder på att införandet av Tele Q samt fokuseringen på telefontillgänglighet också har påverkat tidbokningsförfarandet i riktning mot det som beskrivits ovan, d.v.s. modern vårdlogistik.

I enkätresultaten framgår också att 9 vårdcentraler har en bokningshorisont på 10 dagar eller mindre. 11 vårdcentraler har ingen tidsgräns alls.

I flera fall finns bland de sex vårdcentraler som bedöms ha kommit långt i metodtillämpning, tydliga riktlinjer för hur mottagningssköterskorna skall agera i telefonsamtalen och de bedömningar som görs där, riktlinjer som utvecklats i samverkan med läkarna. Kvarnsvedens vårdcentral är ett sådant

exempel. Denna standardisering och transparens har också skapat en bättre arbetsmiljö, inte minst för läkare. Vid en vårdcentral beskrevs hur en läkare velat behålla all tidbokningsadministration själv medan övriga läkare arbetat enligt ovan. Efter en tid och efter diskussioner gick den aktuella läkaren med på att arbeta enligt den nya ordningen och har sedan dess varit mycket nöjd med arbetssättet och dessutom gått upp i tjänstgöringsgrad.

Vid intervjuerna framkommer att flera vårdcentraler skapat flexibilitet vid de tillfällen då tiderna inom bokningshorisonten inte räcker till. När sådana situationer uppstår tar sköterskan kontakt med läkaren för att hitta en lämplig lösning. Ett annat uttryck för flexibilitet är flexibilitet mellan yrkesgrupper. Vid intervjuerna framkommer att det finns ett flertal specialistsjuksköterskemottagningar och mottagningar även hos andra yrkesgrupper förutom läkare. I flera fall är det även möjligt för de som bemannar telefonerna att direkt boka besök hos dessa yrkesgrupper. Systemet med att direkt boka tider hos dessa yrkesgrupper är dock inte fullt utbyggt.

Omvänt har vi sett exempel på bristande standardisering bland de övriga vårdcentralerna. Vid en vårdcentral hade i princip alla läkare sin egen rutin för tidbokningsadministrationen och logistiken. Skälet som angavs var att flera läkare skulle sluta om ledningen tog ett helhetsgrepp och standardiserade bokningsadministrationen. Detta förfaringssätt strider mot all etablerad kunskap om hur en effektiv arbetsplats ser ut. Många olika rutiner ökar komplexiteten och medför administrativt merarbete. Dessutom visar erfarenheten att arbetsglädjen och motivationen gynnas då gemensamma, transparenta och begripliga rutiner tas fram utifrån värdeskapandet för patienten.

Det bör betonas att vissa av dessa principer även har prövats av vårdcentraler som fått bedömningen "i låg eller någon grad".

Separering av samtal har slagit igenom på bred front vid samtliga besökta vårdcentraler som har TeleQ. Möjligheten till detta har påtagligt förbättrats just genom TeleQ:s införande.

#### 4.7. Utvecklingsstatus och kunskapsläge

Slutligen görs en bedömning av enheternas status avseende vilket systematiskt utvecklingsarbete som bedrivs för att ständigt överväga, testa och implementera olika lösningar för att på så sätt skapa en arbetsplats där processerna är smidiga och värdeskapande för patienterna. Vilket är kunskapsläget när det gäller förbättringsarbete och vårdlogistik?

Har ett utvecklingsklimat	Antal vårdcentraler
I mycket hög grad	2
I hög grad	3
I någon grad	7
I låg grad	4

Vår bedömning är att Smedjebackens vårdcentral och Avesta vårdcentral utmärker sig i detta avseende. Vid dessa vårdcentraler tycks både chefer och medarbetare vara väl förtrogna med hur vårdcentralen som system fungerar och vad det är för faktorer som påverkar möjligheterna att balansera efterfrågan och kapacitet.

Vårdcentralen i Hedemora bedöms också ha ett mycket fruktbart utvecklingsklimat som kan komma att ge stora förbättringar framöver. Utsikterna är goda att vårdcentralen framgent kommer att kunna skapa optimal tillgänglighet med de resurser finns. Vårdcentralerna Orsa och Kvarnsveden i Borlänge bedöms också ha mycket positiva förutsättningar vad gäller utvecklingsklimatet. Båda dessa chefer är dock ganska nya och därför är det svårt att bedöma om kunskapen och modern vårdlogistik, viljan att experimentera och engagemanget delas av både chef och medarbetare fullt ut.

Vid de övriga vårdcentralerna har vi sett ganska få spår av ett systematiskt utvecklingsarbete som leder till nya arbetssätt. I flera fall refereras till genombrottsprojekt som genomförts för 4 – 8 år sedan och som oftast resulterat i separering av ärenden i telefonen, tex. att sekreterare tar emot samtal om receptförmynelse.

## 5. Övriga resultat av granskningen

### 5.1. Bilden av tillgängligheten på VC-nivå

Primärvårdsledningens bild av tillgängligheten på vårdcentralsnivå inskränker sig till de nationella väntetidsmätningar som genomförs. Just nu pågår försök med att använda tredje tillgängliga tid (3T) som en uppföljningsmetod vid tre vårdcentraler.

Även om det i förra avsnittet beskrevs att hälften av de besökta vårdcentralerna hade en god bild av förhållandet mellan efterfrågan och kapacitet så visar enkätsvaren en något annorlunda och svårtolkad bild. Enligt enkäten är det bara tre vårdcentraler som anser sig ha väntande patienter, d.v.s. patienter som borde varit på besök men som inte kunnat på grund av bristande kapacitet. Övriga svarar att de inte har några köer medan hela 11 chefer svarar "vet ej". Vi antar att de som inte vet i första hand saknar information men det bör analyseras vidare om dessa 11 vårdcentraler har bristande data eller frånvaro av köer.

Däremot finns dagsaktuell information att tillgå om respektive vårdcentralers telefontillgänglighet. De gröna respektive röda staplarna<sup>8</sup> har blivit ett mycket uppmärksammat instrument för att mäta tillgänglighet.

Telefontillgängligheten i ett geografiskt perspektiv kan vi kommentera utifrån enkätfrågan om hur ofta problem uppstår med att ta emot inkommande samtal. I bilaga 2 är detta sammanställt och där framgår att 24 av 30 vårdcentraler uppger att de aldrig eller sällan har sådana problem. Av de sex vårdcentraler som har vissa bekymmer att ta emot inkommande samtal återfinns tre i Närsjukvårdsområdet Norra och Västra Dalarna.

På frågan i enkäten *Hur ofta kan ni inom rimlig tid ge patienten en tid till läkare?* svarar 25 av 30 vårdcentraler "ofta" och endast fem svarar "ibland". När svaren grupperas närsjukvårdsområdesvis framkommer att tre av de som svarar "ibland" finns i Falun.

Enkätfrågorna innehåller tolkningsproblem. Vi väljer därför att inte dra några slutsatser av dessa resultat.

#### *Vårdcentralernas öppettider:*

Vårdcentralerna har vanligen telefonerna öppna till kl. 16.00. Ett fåtal har öppet till 17.00. Ett antal vårdcentraler har kortare öppettider på fredagar. Vidare finns det vårdcentraler som har olika rådgivningstider beroende på kompetens (sjuksköterska, distriktssköterska osv.). På dessa vårdcentraler ges rådgivning under begränsad tid oftast på morgon/förmiddag.

### 5.2. Produktivitet

I enkäten till vårdcentralercheferna ställdes en fråga kring hur många läkarbesök som genomfördes under vecka 16 och 17 år 2008. Vi har ställt antalet besök i relation till antalet disponibla läkartimmar under samma veckor, d.v.s. efter att sjukfrånvaro och andra uppdrag räknats bort. Medelvärde för alla vårdcentraler ligger på 1,35 läkarbesök per läkare och disponibel läkartimme eller 10,8 per läkare och dag. Enligt Ernst & Youngs erfarenheter räcker inte det riktigt för att svara upp mot ett tänkbart behov på 1,3 besök/inv/år och med 1500 – 1800 listade patienter per läkare. Dessa riktvärden måste emellertid ses som ungefärliga och måste anpassas efter lokala villkor.

De vårdcentraler som fick de mest positiva bedömningarna i föregående avsnitt hade vecka 16 och 17 i de flesta fall en högre produktivitet än övriga vårdcentraler. Noteras bör också att flera av dessa vårdcentraler initierat förbättringsåtgärder efter vecka 16 och 17 varför jämförelsen haltar något i tiden. Detta produktivitetsmått presenteras i sin helhet i bilaga 1.

<sup>8</sup> Detta syftar på de rapporter som kan erhållas från TeleQ-systemet. Staplarna illustrerar hur väl vårdcentralen lyckas ta emot de inkommande telefonsamtalen.

Vi vill även betona att ovanstående mått måste ses som en faktor bland andra. Det är inte säkert att det största värdet för patienten skapas genom ett fysiskt läkarbesök men besökskapaciteten till läkare är en avgörande faktor ur verksamhetsplaneringssynpunkt.

### **5.3. Prioriteringsstöd**

Centrala riktlinjer för prioritering inom primärvården finns fastställda i ett landstingsstyrelsebeslut från 2003. Dessa framstår dock inte som kända. Vi har genomgående ställt frågor om förekomsten av gemensamma riktlinjer för prioritering (vid sidan av den nationella prioriteringsutredningen) till de 16 besökta vårdcentralerna. Ingen har tagit upp att sådana riktlinjer existerar i landstinget. Flera har däremot påtalat behovet av detsamma.

Vid några av de besökta vårdcentralerna finns prioriteringsstöd för de sjuksköterskor som bemannar telefonerna. Ett sådant stöd finns exempelvis vid VC Skogsbo i Avesta. Här har sjuksköterskor och läkare i samverkan utarbetat prioriteringslistor för att underlätta sortering av patienter. Man har klargjort på vilka indikationer patienter kan hänvisas direkt till sjuksköterska sjukgymnast etc.

Några av de besökta vårdcentralerna använder det prioriteringsstöd som SVR har.

### **5.4. Uppfattningar om landstingets krav på tillgänglighet**

I den enkät som riktats till samtliga vårdcentraler framkommer att flertalet (2/3) av de svarande anser att landstingets krav på tillgänglighet är lagom ambitiösa. Övriga (1/3) anser att kraven är för högt ställda. I intervjuerna har vi förstått det som att kravet på att alla ska få kontakt samma dag uppfattas som rimligt av nästan alla. Däremot är det relativt många som anser att kraven på tillgänglighet till läkarbesök (inom sju dagar) är för högt ställda. Detta kan ses dels mot bakgrund av att många vårdcentraler har bemanningsbekymmer på läkarsidan dels mot bakgrund av att kraven anses otydliga. I praktiken upplever många vid vårdcentralerna att patienterna kräver att få träffa en läkare inom sju dagar. Vårdgarantin stipulerar visserligen att denna rättighet gäller från det att patienten av medicinsk utbildad personal bedöms ha ett medicinskt behov av läkarkontakt. De intervjuade menar att kravet på att ett medicinskt behov ska föreligga inte är känt hos befolkningen och att uttalanden från den politiska ledningen inte bringar klarhet i vad som gäller.

I intervjuerna framkommer dessutom att den uppföljning som sker avseende tillgänglighet inte ger tillräckliga underlag för att belysa situationen fullt ut. Rapporteringen av telefontillgänglighet fungerar tillfredsställande för de vårdcentraler som har TeleQ. När det gäller rapporteringen av tillgänglighet till läkarbesök rapporteras hur stor del som kunnat erbjudas läkarbesök inom sju dagar. Om vi antar att 80% av patienterna kunnat erbjudas läkarbesök inom sju dagar blir nästa fråga varför vårdcentralen inte kunde erbjuda de resterande 20% en tid inom sju dagar. Detta fångas däremot inte i dagens uppföljning. Om skälet var att det inte fanns medicinska skäl för ett läkarbesök är "resten på 20%" inte ett stort problem. Fanns medicinska skäl för ett läkarbesök är istället resten på 20% ett tecken på betydande kapacitets- / tillgänglighetsproblem.

### **5.5. Kontinuitet vs tillgänglighet**

Vid intervjuerna på de besökta vårdcentralerna har vi berört frågan om kontinuitet och tillgänglighet. Vi har funnit en mycket pragmatisk hållning till detta. Kontinuitet eftersträvas, speciellt för äldre och kroniskt sjuka, men går det inte att lösa så försöker vårdcentralerna erbjuda en annan läkare. Eftersom en stor del av vårdcentralerna har svårt att bemanna med ordinarie läkare blir förhållningssättet pragmatiskt.

Vi har dock stött på exempel där medarbetare i intervjuer talar om team eller geografiska områden som inte har några fasta läkare. Som granskare uppfattar vi detta som en diskutabel effekt av listningssystemet. Ur både medicinsk synpunkt såväl som ur effektivitetssynpunkt tycks det vara mer ändamålsenligt att tillse att de patienter som verkligen har ett kontinuitetsbehov sprids på de ordinarie läkare som finns. Med andra ord borde kanske den inledningsvis beskrivna tanken om selektiv kontinuitet tillämpas i större utsträckning än vad som tycks vara fallet.

Vi vill framhålla ett illustrativt exempel på selektiv kontinuitet (se avsnitt 2.3) från Avesta vårdcentral. Här har ett äldreteam skapats med två distriktssköterskor och en geriatriker. Till detta team slussas de äldre patienter som har ett stort behov av kontinuitet. Detta har också medfört att man kan fokusera mer på tillgänglighet för övriga patienter. Även andra vårdcentraler använder sig av denna resurs.

I primärvårdens kvalitetsbokslut från 2007 redovisas för första gången ett mått som kopplar till frågan om kontinuitet och tillgänglighet. Svensk förening för allmänmedicin (SFAM) menar att kvoten mellan kroniska sjukdomar / infektionssjukdomar (diagnossatta besök) bör ligga på 1,2. En enhet som har lika många diagnossatta besök avseende kroniska sjukdomar som de har diagnossatta besök avseende infektionssjukdomar hamnar får 1,0. För år 2007 ligger de flesta närsjukvårdsområden mellan 0,8 och 1,0 medan Södra Dalarna hamnar på ca 1,3.

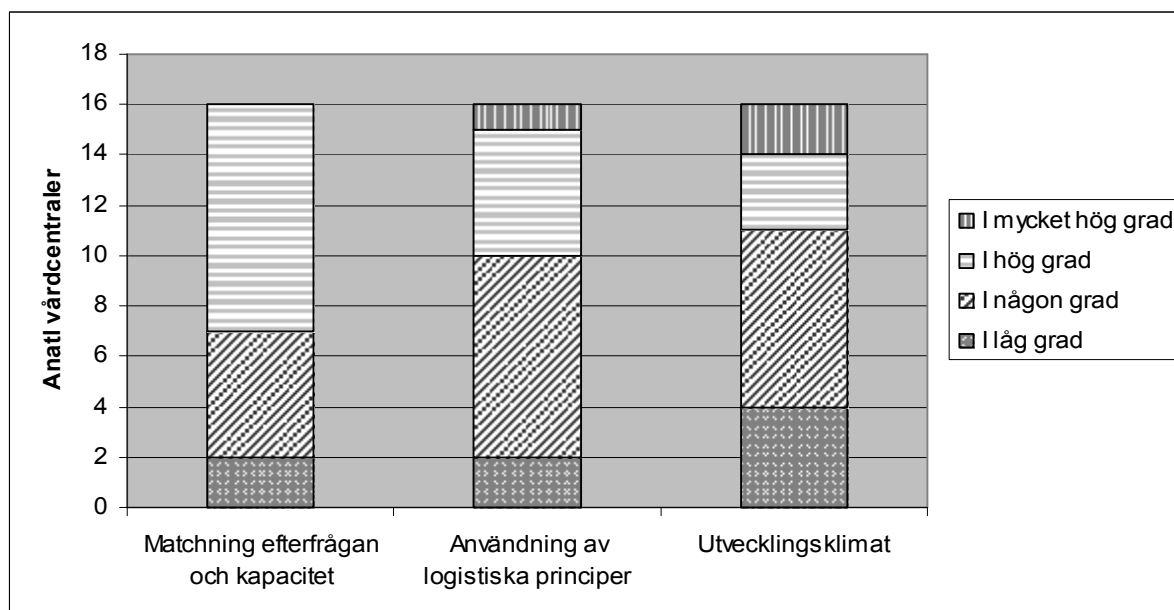
## 6. Slutsatser

### 6.1. Övergripande bild av den landstingsdrivna primärvården i Dalarna

Vid en övergripande jämförelse utmärks primärvården i Landstinget Dalarna av följande:

- Andelen övrig personal i relation till läkare är hög
- Kostnaden per viktad vårdkontakt i primärvården är relativt låg (år 2007)
- Telefontillgängligheten har förbättrats och ligger i senaste mätningen (Öppna jämförelser) något bättre än riksgenomsnittet
- Tillgängligheten till läkarbesök var däremot sämre än riksgenomsnittet

Nedanstående figur ger en samlad bild av den bedömning som vi gjort av hur de 16 besökta vårdcentralerna arbetar med tillgänglighetsfrågorna.



#### 6.1.1. Matchning av efterfrågan och kapacitet

Bilden visar att drygt hälften av de 16 utvalda vårdcentralerna bedöms ha en tillfredsställande bild av hur balansen ser ut mellan efterfrågan och kapacitet och att verksamhetsplanering i stora stycken utgår från denna bild. Detta betyder samtidigt att det finns en förbättringspotential vid många vårdcentraler där man kan komma längre med att:

- Bedöma / uppskatta den totala efterfrågan på vårdcentralens tjänster
- Dimensionera olika verksamhetsdelar på bästa sätt för att möta denna efterfrågan med kapacitet
- Tydliggöra förväntan på insatser (antal besök, antal telefonsamtal i växel, antal provtagningar etc.) för var och en i personalen

Sammantaget bedömer vi att det är många vårdcentraler som kan använda sig av att tydliggöra förväntan på insatser per anställd.

Många av vårdcentralerna har lyckats bemanna telefonerna vilket är en central kapacitetssäkring ur flera synvinklar. För det första upplever patienten en kvalitet då de kommer fram per telefon för en första bedömning. Den andra konsekvensen av en säkrad telefontillgänglighet är att den inre

logistiken med bl.a. transparenta tidböcker, bokningshorisont och patientaktiv bokning bygger på att telefontillgängligheten är säkrad. Med andra ord påverkas tillgängligheten positivt för alla patienter av en säkrad telefontillgänglighet. Flera vårdcentraler vittnar också om dessa samband.

### **6.1.2. Användning av logistiska principer**

När det gäller det systematiska arbetet med att pröva de logistiska principerna bedöms sex av 16 vårdcentraler styra verksamheten utifrån de principer som kännetecknar modern vårdlogistik. Principerna kan tillämpas på olika sätt och lokala anpassningar bör ske. Det råder däremot ingen tvekan om att de vårdcentraler i Dalarna som i högre grad medvetet laborerar med principerna ser en förbättrad arbetssituation och en bättre tillgänglighet som resultat. Erfarenheter från andra håll i landet ligger i linje med denna iakttagelse. I och med att denna kunskap finns inom primärvården i Dalarna (vid vissa vårdcentraler) finns goda möjligheter till fortsatt utveckling.

I sammanhanget bör också betonas att bland de vårdcentraler som bedömts som mest framgångsrika finns fullbemannade såväl som vårdcentraler med stort beroende av hyrläkare, exempelvis Hedemora Vårdcentral. Full läkarbemanning är alltså ingen förutsättning för att arbeta med modern vårdlogistik.

### **6.1.3. Utvecklingsklimat**

Slutligen är det fem av 16 vårdcentraler som bedöms ha ett aktivt utvecklingsklimat som främjar ett prövande av bland annat de i denna rapport beskrivna principerna. Utvecklingsklimatet är beroende av ledningens kunskap och engagemang men i lika stor utsträckning av att kunskapen om sambanden mellan principerna och hur de påverkar systemet är spridd bland personalen.

Av de tre perspektiv från vilka vårdcentralerna bedömts är det perspektivet matchning av efterfrågan och kapacitet som ger det bästa resultatet. nio av 16 vårdcentraler får bedömningen i "hög grad". En stark förklarande faktor till detta tror vi är införandet av Tele Q och den förstärkning av telefonbemanningen flera vårdcentraler åstadkommit. Matchningsdimensionen är också fundamentet i en välfungerande verksamhet varför detta också bör tolkas som att primärvården har en god grund för fortsatt utveckling.

## **6.2. Telefontillgänglighet i geografi och tid**

Det fokus som har varit på telefontillgänglighet har gett resultat, inte bara i form av telefontillgänglighet utan även på vårdcentralernas sätt att planera sin verksamhet och bedriva tidbokningslogistik.

24 av 30 vårdcentraler uppges i enkäten att de aldrig eller sällan har problem med att ta emot inkommande samtal. Av de sex vårdcentraler som har vissa bekymmer att ta emot inkommande samtal återfinns tre i Närsjukvårdsområdena Norra och Västra Dalarna. Definitionen av vad som är ofta och sällan kan dock skilja sig åt varför vi inte gör några djupare analyser utifrån svaren.

Landstinget Dalarna kommer väl ut i den nationella väntetidsmätningen av telefontillgänglighet. Intervjuerna ger dessutom vid handen att telefontillgängligheten fortsatt har förbättrats efter senaste nationella mätningen i mars 2008.

Sjukvårdsrådgivningen är en betydande resurs för första linjens sjukvård. Idag har sjukvårdsrådgivningen en tillgänglighet på 65-70 % svar inom tre minuter och cirka 85-90% svar inom nio minuter. Inför det förmodade beslutet att gradera upp SVR till dygnet-runt-öppet, tycks ingen gemensam strategi finnas för hur SVR framgent kan vara en komponent i vårdcentralernas kapacitetsplanering.

## **6.3. Tillgängligheten till läkarbesök**

I nationella väntetidsmätningar av tillgänglighet till läkarbesök inom primärvården är Landstinget Dalarna betydligt sämre än riksgenomsnittet. På närsjukvårdsledningsnivå finns i princip ingen mer detaljerad eller kompletterande information om hur tillgängligheten ser ut i Dalarnas primärvård. Försök pågår med att använda tredje tillgängliga tid (3T).

Denna granskning visar att det på många håll saknas en aktuell och tydlig bild av hur tillgängligheten ser ut eller rättare sagt hur stor en eventuellt bristande tillgänglighet är. På frågan i enkäten *Hur ofta kan ni inom rimlig tid ge patienten en tid till läkare?* svarar 25 av 30 vårdcentraler "ofta" och endast fem svarar "ibland". När svaren grupperas Närsjukvårdsområdesvis framkommer att tre av de vårdcentraler som svarat "ibland" finns i Falun.

Det allmänna intrycket är dock att flera vårdcentraler definitivt är på väg åt rätt håll för att i ökad grad skapa tillgänglighet av de resurser som finns.

Primärvården i Dalarna är i stor utsträckning beroende av hyrläkare för att bedriva verksamheten. 23 av 30 vårdcentraler anlätade hyrläkartjänster under perioden januari – april 2008. Av dessa hade 12 vårdcentraler under samma period mer än en tjänst bemannad av hyrläkare. Som beskrivits tidigare är full bemanning av ordinarie läkare ingen förutsättning för att kunna arbeta med modern vårdlogistik. Däremot har landstinget ett betydande behov att hitta en lösning som gör att den enskilda vårdcentralen kan ställa skarpare krav på leverantörerna av hyrläkare. Idag råder obalans i förhållandet mellan kund och leverantör vad gäller påverkansmöjligheter vilket i viss mån beror på rådande ramavtalskonstruktion.

Samtliga besökta vårdcentraler hävdar att de klarar att erbjuda tider till samtliga patienter som akut behöver träffa en läkare

#### **6.4. Utvecklingsarbetet mot tillgänglighet**

I likhet med andra landsting tycks det inte råda något tvivel om att en medveten styrning mot de logistiska principerna leder till påtagliga förbättringar, både vad gäller resursanvändning, värdeskapande för patienten och för arbetsmiljön. Närsjukvårdsledningen har sedan en tid haft ett tydligt fokus på tillgänglighetsfrågan och främst den som avser telefontillgänglighet. Vi bedömer att detta har varit rätt och att det nu är dags att starta ett än kraftfullare utvecklingsarbete. Verksamhetschefens roll för framgången i detta avseende kan inte nog betonas vilket bör föranleda aktiviteter för just cheferna och den framtida rekryteringen av dessa. Dessutom menar vi att kravet från närsjukvårdschefen på att verksamhetschefer ska anamma moderna logistiska principer bör tydliggöras ytterligare.

En god källa till kunskap finns hos fler av landstingets vårdcentraler som bedriver ett systematiskt utvecklingsarbete i riktning mot modern vårdlogistik.

I verksamhetsplanering som bygger på modern vårdlogistik kan dagens nationella krav på läkarbesök inom sju dagar anses något defensivt. Detta kan också belysas med att några vårdcentraler i enkäten faktiskt svarat att rimlig tid för ett läkarbesök är inom kortare tid än sju dagar. En vårdcentral som etablerat balans mellan efterfrågan och kapacitet kan lika gärna klara att erbjuda tider till läkare inom kortare tid än sju dagar. Detta är önskvärt eftersom det erbjuder patienterna en bättre service. Dessutom minskas administrationen när bokningshorisonten kortas, det blir exempelvis mindre köhantering.

#### **6.5. Patientens val**

Våra intervjuer vid vårdcentralerna ger vid handen att patientens val av vårdcentral inte är en stor fråga i primärvården. Få vårdcentraler informerar aktivt om valmöjligheten men när patienter aktivt önskar lista om sig finns på alla besökta vårdcentraler blanketter för ändamålet. Ett grundläggande bekymmer på många håll är läkarbristen. För att valfrihetssystemet ska kunna fungera, dvs. för att en reell valmöjlighet ska föreligga, måste det finnas ledig kapacitet. Annars uppstår den situation som nu råder att valet i praktiken blir en önskan om byte som bara kan realiseras när och om den nya läkaren får plats på sin lista. Valfrihetssystem kräver med andra ord en överkapacitet för att kunna fungera och primärvården i dalarna har idag en underkapacitet. En slutsats är att lagens krav om att alla bosatta i landstinget får tillgång till en fast läkarkontakt inte infrias fullt ut. Detta återspeglar rådande förhållande i många landsting.



Det är önskvärt att gällande regelverk kring listning, inte minst avseende ekonomisk reglering av valfrihetspatienter, görs känt bland verksamhetscheferna. Tiden mellan att en patient listat om sig till dess att kapiteringen styrs om bör kortas ned. Kanske bör detta regleras halvårsvis istället för som nu årligen.

Stockholm den 5 november 2008

Helena Bengtsson

Anders Hellqvist

Andreas Endrédi

## Bilaga 1 Antal läkarbesök per disponibel läkartimme vecka 16 och 17 2008

Vårdcentral	Antal läkarbesök/läkartimme vecka 16-17	SSK/läkare
Hedemora	1,01	1,72
Säter		2,62
Gagnef	1,56	2,17
Kvarnsveden	1,39	2,38
Långshyttan		1,44
Mora		2,44
Ludvika norra	1,35	2,44
Skogsbo	1,84	2,31
Malung	0,97	(1,73)
Bäckaskog	1,37	1,79
Jakobsgårdarna		1,97
Borlänge sjukhus		2,82
Orsa	1,73	1,63
Grängesberg	1,32	2,44
Smedjebacken	1,14	1,57
Älvdalen		1,76
Tisken	1,08	1,33
Krylbo	0,89	1,86
Rättvik	0,74	2,21
Avesta	0,94	1,58
Leksand	1,22	3,21
Britsarvet		0,15
Särna		5,6
Sälen	0,46	2,33
Grycksbo		0,28
Svärdsjö		2,01
Norslund	2,69	2,05
Fredriksberg/Grangärde	1,31	2,53
By		0,8
Solsidan	1,57	3,94

Symbolförklaring:

( ) = Total hyrläkarresurs på 128 timmar jan-mars. Frågan i enkäten gällde för perioden jan-april.

## Bilaga 2 Tillgänglighetsläge enligt enkäten.

Närsjukvårdsområde	Vårdcentral	Hur ofta uppstår problem med att ta emot inkommande telefonsamtal?	Hur ofta kan ni inom rimlig tid ge patienten en tid till läkare?
Falun	Norslund	Någon gång varje vecka	Ibland
Falun	Tisken	Sällan	Ibland
Falun	Britsarvet	Sällan	Ibland
Falun	Grycksbo	Sällan	Ofta
Falun	Svärdsjö	Sällan	Ofta
Mellersta Dalarna	Gagnef	Ofta på måndag och tisdag	Ofta
Mellersta Dalarna	Säter	Sällan	Ofta
Mellersta Dalarna	Kvarnsveden	Sällan	Ofta
Mellersta Dalarna	Jakobsårdama	Sällan	Ofta
Mellersta Dalarna	Bortlänge sjukhus	Sällan	Ofta
Norra och Västra Dalarna	Malung	Aldrig	Ofta
Norra och Västra Dalarna	Bäckaskog	Aldrig	Ofta
Norra och Västra Dalarna	Säma	Aldrig	Ofta
Norra och Västra Dalarna	Sälen	Aldrig	Ofta
Norra och Västra Dalarna	Mora	Någon gång varje vecka	Ofta
Norra och Västra Dalarna	Leksand	Ofta på måndag och tisdag	Ibland
Norra och Västra Dalarna	Rättvik	Ofta på måndag och tisdag	Ofta
Norra och Västra Dalarna	Orsa	Sällan	Ofta
Norra och Västra Dalarna	Ålvdalen	Sällan	Ofta
Södra Dalarna	Skogsbo	Ofta på måndag och tisdag	Ofta
Södra Dalarna	Hedemora	Sällan	Ofta
Södra Dalarna	Långshyttan	Sällan	Ofta
Södra Dalarna	Krylbo	Sällan	Ofta
Södra Dalarna	Avesta	Sällan	Ofta
Södra Dalarna	By	Sällan	Ofta
Västerbergslagen	Grängesberg	Aldrig	Ibland
Västerbergslagen	Ludvika norra	Sällan	Ofta
Västerbergslagen	Smedjebacken	Sällan	Ofta
Västerbergslagen	Fredriksberg/Grangärde	Sällan	Ofta
Västerbergslagen	Solsidan	Sällan	Ofta

### Bilaga 3 Bedömning av de sexton besökta vårdcentralerna

Vårdcentral	Matchning kapacitet/efterfrågan	Användning av logistiska principer	Utvecklingsstatus
Borlänge sjukhus	2	2	2
Kvarnsveden Borlänge	3	2	3
Hedemora	3	3	3
Avesta	3	3	4
Mora	1	1	1
Rättvik	3	2	2
Tisken	2	2	1
Skogsbo	2	2	2
Grängesberg	3	3	2
Solsidan	3	3	2
Smedjebacken	3	4	4
Gagnef	3	2	2
Norslund	2	2	1
Leksand	2	2	2
Orsa	3	3	3
Älvdalen	1	1	1

4 = "I mycket hög grad"

3 = "I hög grad"

2 = "I någon grad"

1 = "I låg grad"

## Bilaga 4 Sammanfattning av enkätresultat

Enkäten har skickats ut till samtliga 30 verksamhetschefer. Svarsfrekvensen är 100 %.

Enkäten kan i huvudsak sammanfattas i följande punkter:

- 9 vårdcentraler har en uttalad förväntan på hur många besök varje läkare ska genomföra under en vecka.
- Tele Q används i huvudsak till selektering av samtal och till hänvisning till annat nummer.
- Hälften av vårdcentralerna skapar tillgänglighet genom att ha ett separat nummer för receptförnyelse.
- 19 vårdcentraler upplever att det sällan är problem att ta emot inkomna samtal. 4 har ofta problem på måndagar och tisdagar medan 5 aldrig upplever problem.
- 14 vårdcentraler anser att det inte är problem att bemanna telefonerna medan 13 tycker att det är ett problem.
- På frågan om vilken yrkesgrupp som främst bokar tider för läkarbesök svarar 90 % av vårdcentralerna att det främst görs av sjuksköterskor.
- 13 vårdcentraler vet inte hur många patienter som idag väntar på läkarbesök. 11 uppger att det är 0 på kö och 1 förklarar att alla får tid inom en vecka.
- 25 vårdcentraler kan inom rimlig tid ge patienter en tid till läkare. 86,2 % av dessa anser att rimlig tid är inom 7 dagar.
- Om antalet väntade patienter är ojämnt fördelat mellan läkarna hanterar de tillfrågade vårdcentralerna situationen på olika sätt.
- 11 vårdcentraler har svarat ett de inte har någon specifik tidsgräns för hur långt fram i tiden de bokar läkarbesök.
- 25 vårdcentraler har standardtider för läkarbesökens längd. Den vanligaste standardtiden är 30 minuter. För de som saknar standardtider gör sköterskorna i telefon en uppskattning av besökstiden.
- Diabetesmottagning, astma/kol mottagning och blodtryckmottagning är de vanligaste specialistsköterskemottagningarna på vårdcentralerna. Fler finns fast i mindre grad.
- Totalt 26 vårdcentraler anser att det är ganska eller mycket ovanligt att patienter vill utnyttja rätten att välja vårdcentral. Det vanligaste svaret patienterna får då de önskar byta vårdcentral är att det är fritt att välja, men att det oftast är långa köer till läkare.
- 13 vårdcentraler hanterar väntelistor/köer/läkartider enskilt per läkare medan 12 hanterar det gemensamt på vårdcentralnivå.
- Analys av innehållet i väntelistorna sker vanligen varje vecka eller månad.
- 20 vårdcentraler anser att landstingets mål är lagom ambitiösa. 20 anser att kraven är tydligt formulerade medan 13 delvis tar avstånd gällande påståendet om kraven fokuserar på rätt aspekter av verksamheten.

## **Bilaga 5 Enkät till samtliga vårdcentralchefer**

# Tillgänglighet i Vårdcentraler

## Landstinget Dalarna

**1) Hur många läkare i procent var anställda vid vårdcentralen i genomsnitt under jan-april 2008?**

Info	Antal läkare	Vet ej
VC Ludvika norra	333	
Solbacken	0	
VC Älvdalen	375	
VC Krylbo	215	
VC Skogsbo	275%	
VC Malung	500%	
VC Kvarnsveden	470	
VC Jakobsgårdarna	740	
VC Avesta	4.55	
VC Orsa	140%	
VC Säter	310	
VC Grängesberg	25	
VC Fredriksberg/Grangärde	185	
VC Bäckaskog	500	
VC Sälen	300	
VC Borlänge sjukhus	750	
VC Leksand	550	
VC Hedemora	380	
VC Långshyttan	285	
VC By	250	
VC Rättvik	580%	
VC Särna	100	
VC Britsarvet	9,28	
VC Grycksbo	400	
VC Svärdsjö	320	
VC Tisken	1005	
VC Norslund	680	
VC Gagnef	625	
VC Smedjebacken	570	
VC Mora	1060	

**2) Hur många av dessa procent gick bort i form av sjukfrånvaro eller engagemang i landstingsprojekt, under perioden jan-pril 2008?**

Info	Bortfall	Vet ej
VC Ludvika norra	50	
VC Älvdalen		x
VC Krylbo	5	
VC Skogsbo	0	
VC Malung	0%	
VC Kvarnsveden	30	
VC Jakobs gårdarna	80	
VC Avesta	3	
VC Orsa		x
VC Säter	50	
VC Grängesberg	0	
VC Fredriksberg/Gra ngårde	0	
VC Bäckaskog	120 %	
VC Sälen	0	
VC Borlänge sjukhus	50	
VC Leksand	0	
VC Hedemora	56	
VC Långshyttan	40	
VC By	25	
VC Rättvik	10%	
VC Särna	0	
VC Britsarvet		vet ej
VC Grycksbo	5	
VC Svärdsjö	0	
VC Tisken	100	
VC Norslund	20	
VC Gagnef	0	
VC Smedjebacken	0	
VC Mora	295	

### 3) Hur stor hyrläkarresurs engagerades i genomsnitt i procent under jan-april 2008?

Vårdcentral	Hyrläkarresurs	Vet ej
VC Ludvika norra	200	
Solbacken	400	
VC Älvdalen	0	
VC Krylbo	40%	
VC Skogsbo	29%	
VC Malung	jan-mars totalt 128 timmar	
VC Kvarnsveden	162	
VC Jakobsgårdarna	325	
VC Avesta	6	
VC Orsa	200%	
VC Säter	300	
VC Grängesberg	180	
VC Fredriksberg/Gra ngärde	70	
VC Bäckaskog	60 %	
VC Sälen	0	
VC Borlänge sjukhus	100	
VC Leksand	150	
VC Hedemora	200	
VC Långshyttan	0	
VC By	0	
VC Rättvik	25%	
VC Särna	25	
VC Britsarvet	0	
VC Grycksbo	0	
VC Svärdsjö	1	
VC Tisken	0	
VC Norslund	200	
VC Gagnef	0	
VC Smedjebacken	100	
VC Mora	110	

**4) Hur många sjuksköterskor/distriktssköterskor var anställda vid vårdcentralen i genomsnitt under jan-april 2008?**

Vårdcentral	Antal anställda	Vet ej
Ludvika norra	1300	
Solsidan	1575	
Älvdalen	660	
Krylbo	4,75	
Skogsbo	7,02%	
Malung	10,86	
Kvarnsveden	1505	
Jakobsgårdarna	2100	
Avesta	7,3	
Orsa	555%	
Säter	1600	
Grängesberg	500	
Fredriksberg/Gra ngärde	645	
Bäckaskog	ca 10 000 %	
Sälen	700	
Borlänge sjukhus	2400	
Leksand	2250	
Hedemora	10x100%	
Långshyttan	410	
By	200	
Rättvik	1340	
Särna	700	
Britsarvet	13,8	
Grycksbo	110	
Svärdsjö	645	
Tisken	1340	
Norslund	1800	
Gagnef	1354	
Smedje-backen	1050	
Mora	2855	

### 5) Finns psykiatrisk eller psykosocial kompetens knuten till vårdcentralen?

Vårdcentral	Psykolog	Psykiatriker	Psykoterapeut	Psykiatrijsjukvård	Kurator	Annan
Ludvikanorra	ja				ja	
Solsidan					50	
Älvdalen		5,0			50	skötare 200 + samtalsterapeut 75
Krylbo						50%
Skogsbo	0	0	0	0	0	0
Malung					100%	
Kvarnsveden				100		
Jakobsgrändarna	50					100
Avesta	0	0	0	0	0	0
Orsa	0%	0%	0%	25%	0%	50%
Säter	100%	50%				
Grängesberg	10	0	10	0	50	
Fredriksberg/Grangärde						50
Bäckaskog					100 %	
Sälen				20		
Borlänge sjukhus	0	0	200	0	0	
Leksand					Ja	
Hedemora						distriktssköterska med psykosocial kompetens
Rättvik					105%	
Särna					50	80
Britsarvet						samtalsmottagning
Grycksbo						samtalsmottagning
Svärdsjö						samtalsmottagning
Tisken	0	0	0	0	0	0
Norslund	0	0	0	0	0	0
Gagnef	400	20		300	100	
Smedjebacken			0.2		0.2	
Mora	0	0	0	0	0	100

## 6) Hur många patienter är "listade" vid er vårdcentral idag?

Vårdcentral	Listade patienter	Vet ej
Ludvika norra	8100	
Solsidan	9500	
Älvdalen	0	
Skogsbo	7226	
Malung	7095	
Kvarnsveden	12668	
Jakobs-gårdarna	17500	
Orsa		X
Säter	x	
Grängesberg	3700	
Fredriksberg/Grängårde	4950	
Bäckaskog	ca 6900	
Sälen	3700	
Borlänge sjukhus	17000	
Leksand	ca 15500	
Hedemora	10912	
Långshyttan	4500	
By	2600	
Rättvik		x
Särna	2500	
Britsarvet	12 000	
Grycksbo	5900	
Svärdsjö	6300	
Tisken	14500	
Norslund	16100	
Gagnef	10100	
Smedje-backen	11000	
Mora	20200	

## 7) Hur många läkartimmar förfogade vårdcentralen över vecka 16 och 17 år 2008 för de anställda läkarna? (Dvs hur många timmar var läkarna i aktivt arbete under dessa veckor.)

Vårdcentral	Antal timmar	Vet ej
Ludvika norra	188	
Solsidan	0	
Älvdalen	272	
Krylbo	130	
Skogsbo	180	
Malung	304	
Kvarnsveden	216	
Jakobs-gårdarna		vet ej, aktivt arbete?
Avesta	302 inkluderar hyrläkare	
Orsa	100	
Säter	104	
Grängesberg	10	
Fredriksberg/Grängårde	160	
Bäckaskog	ca 185	
Sälen	136	
Borlänge sjukhus		X
Leksand	340 timmar	
Hedemora	324	
Långshyttan		x
By		x
Rättvik	362	
Särna		x

Britsarvet		vet ej
Grycksbo		vet ej
Svärdsjö		vet ej
Tisken	600	
Norlund	450	
Gagnef	207	
Smedjebacken	408	
Mora	598	

**8) Hur många läkartimmar förfogade vårdcentralen över vecka 16 och 17 år 2008 för hyrläkare? (Dvs hur många timmar var läkarna i aktivt arbete under dessa veckor?)**

Vårdcentral	Antal läkartimmar	Vet ej
Ludvika norra	80	
Solsidan	320	
Älvdalen	0	
Krylbo	40	
Skogsbo	0	
Malung	24	
Kvarnsveden	80	
Jakobs- gårdarna	3224	
Avesta	40	
Orsa	160	
Säter	120	
Grängesberg	160	
Fredriksberg/ Grangärde	0	
Bäckaskog	40/vecka	
Sälen	136	
Borlänge sjukhus	0	
Leksand	190 timmar	
Hedemora	160	
Långshyttan	0	
By	0	
Rättvik	30	
Särna		x
Britsarvet	0	
Grycksbo	0	
Svärdsjö	32	
Tisken	0	
Norlund	140	
Gagnef	0	
Smedje- backen	80	
Mora	128	

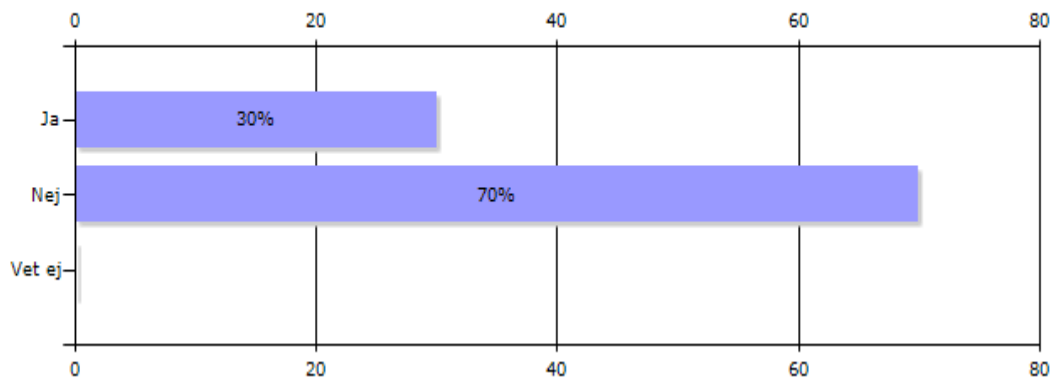
**9) Hur många läkarbesök genomfördes under vecka 16 och 17 år 2008?**

Vårdcentral	Akuta	Planerade	Vet ej
Ludvika	134	228	

norra			
Solsidan	275	228	
Älvdalen			x
Krylbo	33	118	
Skogsbo	332	se ovan totalt akut o planerad	
Malung		Akuta + planerade 317	
Kvarns- veden	237	174	
Jakobs- gårdarna	61	726	
Avesta		323	
Orsa	323 ink PK- prov, recept. stafetterna tar nästan bara akuta besök	128, Mina ordinarie läkare tar nästa bara planerade	
Säter	xx	x	
Gränges- berg	103	122	
Fredriks- berg/Gran- gårde	84	125	
Bäckaskog		totalt 309	
Sälen	125		
Borlänge sjukhus			x
Leksand	248	396	
Hedemora	192	295	
Långs- hyttan	50	188	
By	50	103	
Rättvik	122	168	
Särna			Tot 153 pat
Grycksbo	100	140	
Svärdsjö	100	166	
Tisken		650 planerade och akuta	
Norslund		1588 planerade och akuta	
Gagnef	115	207	
Smedje- backen	230	324	
Mora			X

Fråga 10.

Finns det på er vårdcentral en uttalad förväntan på hur många besök varje läkare ska genomföra under en vecka?

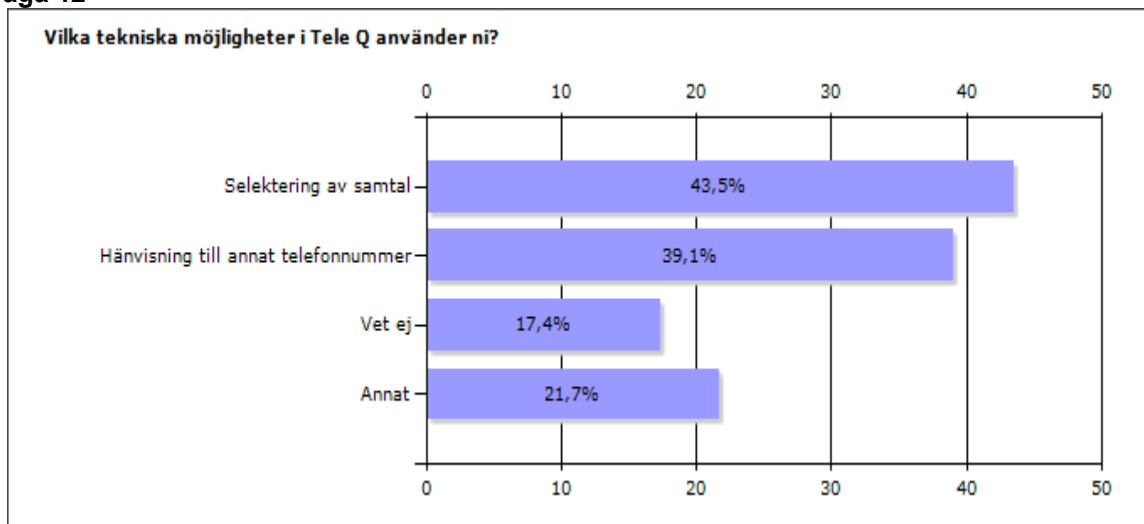


	Antal
Ja	9
Nej	21
Vet ej	0
Svarande	30
Inget svar	0

**11) Du svarade ja på föregående fråga, hur många besök förväntas per läkare under en vecka?**

Vårdcentral	Antal läkarbesök	Vet ej
Krylbo	heltid = 39-40	
Avesta	40/100% tjug.	
Säter	50-90	
Grängesberg	50	
Hedemora	35	
Britsarvet	varierar med tjänst och läkare	
Svärdsjö	individuellt	
Gagnef	olika för olika dr	
Smedjebacken	50 besök för heltidsläkare utan andra uppdrag ex Bvc, Säbo mm	

**Fråga 12**

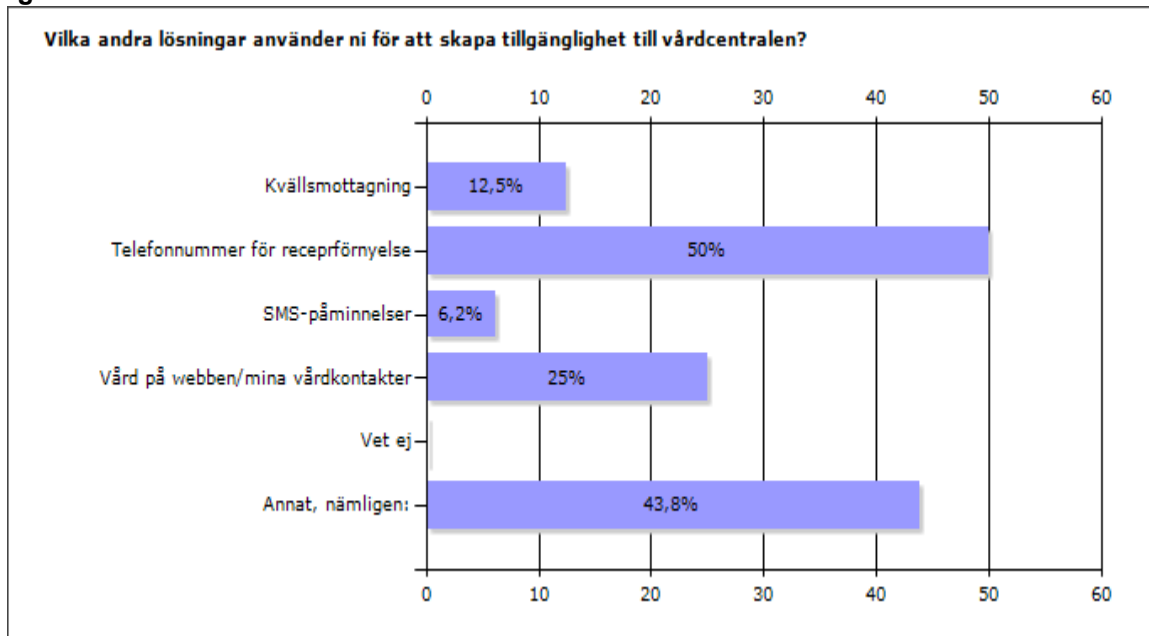


	Antal
Selektion av samtal	10
Hänvisning till annat telefonnummer	9
Vet ej	4
Annat	5
Svarande	23
Inget svar	7

Vårdcentral	Kommentar
Älvdalen	Vi har inte TeleQ
Krylbo	vi ringer upp

	dem som knäpptat in telnr eller pratat in sitt telnr
Orsa	Vi har nu tre val, DSK, rådgivning/ tidsbokning och rec ändrat i maj innan hade vi inga val.
Grängesberg	Fungerar bra , vi har 100% tillgänglighet
Bäckaskog	TeleQ infördes i maj -08. Vi använder endast återuppringning sfunktionen. Dessutom får vi fram statistik.
Sälen	Har inte Tele-Q
Leksand	Vi använder möjligheten att dra ut statistik. Vi kan ställa in hur många samtal vi ska kunna ta emot beroende på hur många som kan sitta i telefon
Hedemora	Selektering av samtal: Uppdelning i olika köer Hänvisning till SVR 16.00-08.00 samt vid planeringsdagar. Sammankoppling v.b. Flytta samtal från en kö till annan v.b.  S
Långshyttan	har ej tele-Q
By	har ej tele-Q
Särna	Inget
Gagnef	inget av ovanstående

### Fråga 13



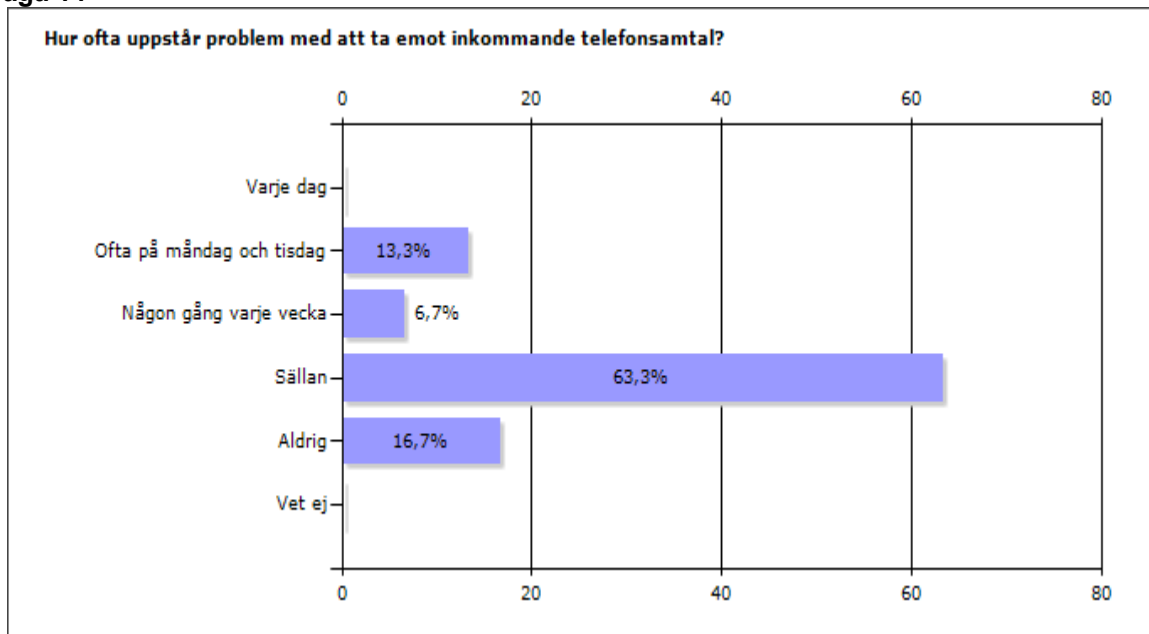
	Antal
Kvällsmottagning	2
Telefonnummer för receptförnyelse	8
SMS-påminnelser	1
Vård på webben/mina vårdkontakter	4
Vet ej	0
Annat, nämligen:	7
Svarande	16
Inget svar	14

Vårdcentral	Kommentar
Älvdalen	2 telefonlinjer in till sjukvårdsupplysningen + Fastställda telefontider till dsk, bvc, mvc, rehab, baspsyk
Krylbo	varje läkare och distriktssköterska har telefontid varej vardag VC har en mailadress, som nyttjas
Kvarnsveden	Blanketter (+brevlåda) för receptförnyelse finns i receptionen, väntrum o kapprum.

Avesta	Telefonnummer för tidsbokning av ordinerad provtagning. Receptförnyelse via internet.
Orsa	Alla SSK/DSK bemannar teleQ mellan 08-10. Vi har en akutssk som ska ta hand om inklivare bl.a.
Grängesberg	Nytt sedan maj 2008, pilotprojekt
Fredriksberg/ Grangärde	Vi är tillgängliga med i stort sett 100 % telefon samma dag ! Tid till doktor de flesta inom en vecka.
Bäckaskog	Receptförnyelse och vaccinationsbegäran via e-post. Kvällsjour
Sälen	kvälls och helgmottagning under perioden december - maj
Leksand	Möjlighet till receptförnyelse via nätet.  Sjuksköterskemottagningar (Blodtryck, Waran, Vikt, Rökavvänjning, Grupper hos kurator)
Hedemora	Ring labb för att beställa prover Ring rec för att avboka Akuta ryggar direkt till sjukgymnast Infektionsmott distriktssköt Resurseamsarb för pat som riskerar långtidssjukskriv

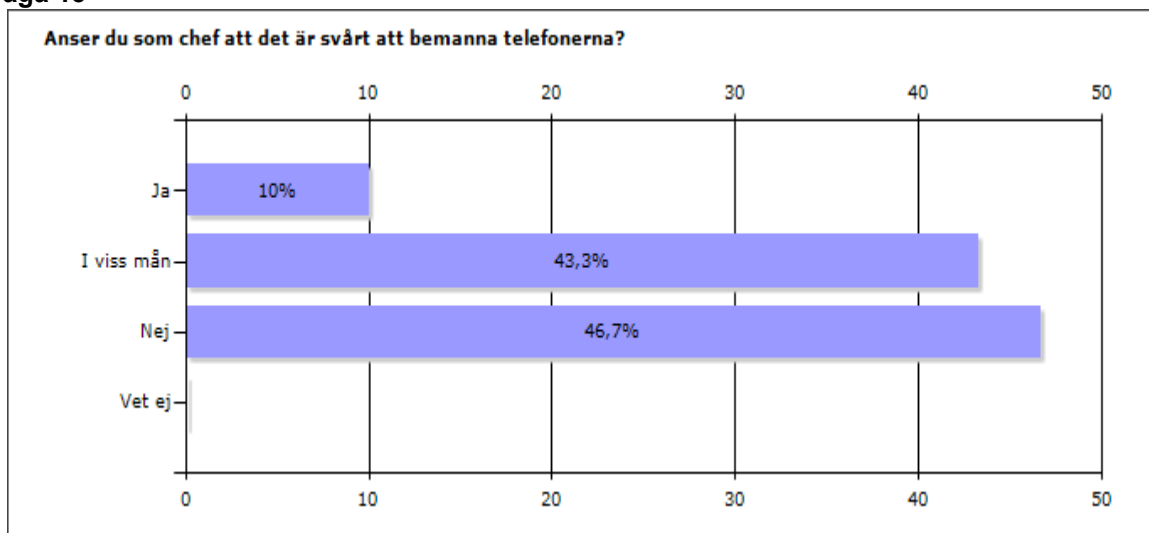
	<p>ning  Distriktssköt  med psykosocial  kompetens för  samtal  Grupper:  Tillämpad  avslappning för  pat med  stressrelaterade  besvär,  sjukgymn  Sömngupper:  distriktssköt +  sjukgymnast  Smittspårning  via Barnmorska</p>
Grycksbo	<p>3:e tillgängliga  tid följs;  Tillgängligheten  till vc är mycket  god</p>
Svärdsjö	<p>Tillgängligheten  är hög, klarar  oftast även att  ge läkartid</p>
Tisken	<p>Receptförnyelse  via webb</p>
Norslund	<p>Receptförnyelse  via webben</p>
Gagnef	<p>vi diskuterar  helat tiden  internt hur vi  ska förbättra oss</p>

### Fråga 14



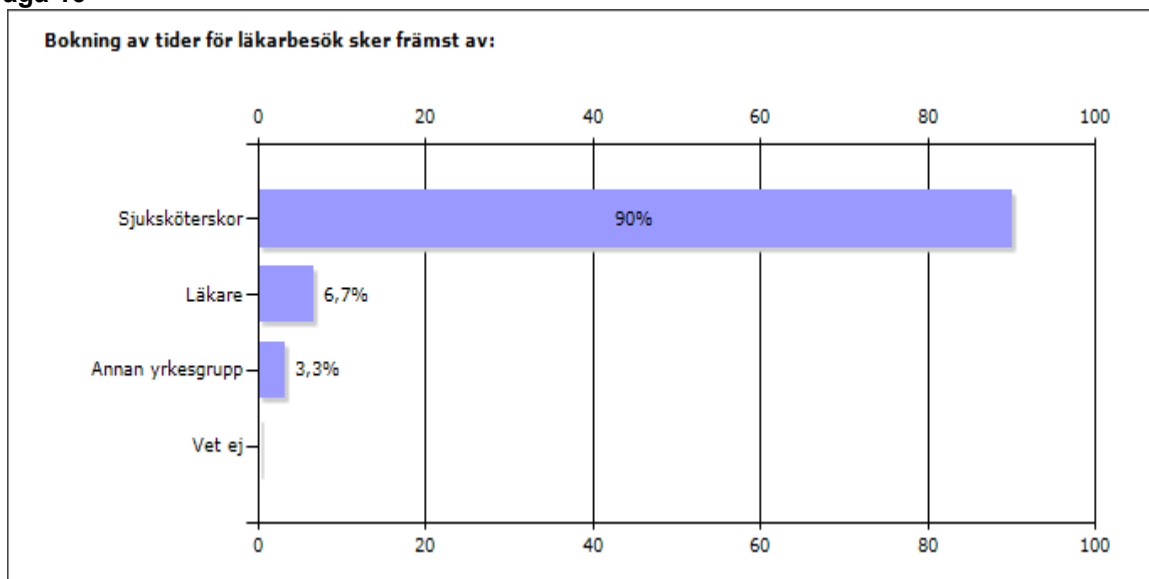
	Antal
Varje dag	0
Ofta på måndag och tisdag	4
Någon gång varje vecka	2
Sällan	19
Aldrig	5
Vet ej	0
Svarande	30
Inget svar	0

### Fråga 15



	Antal
Ja	3
I viss mån	13
Nej	14
Vet ej	0
Svarande	30
Inget svar	0

### Fråga 16



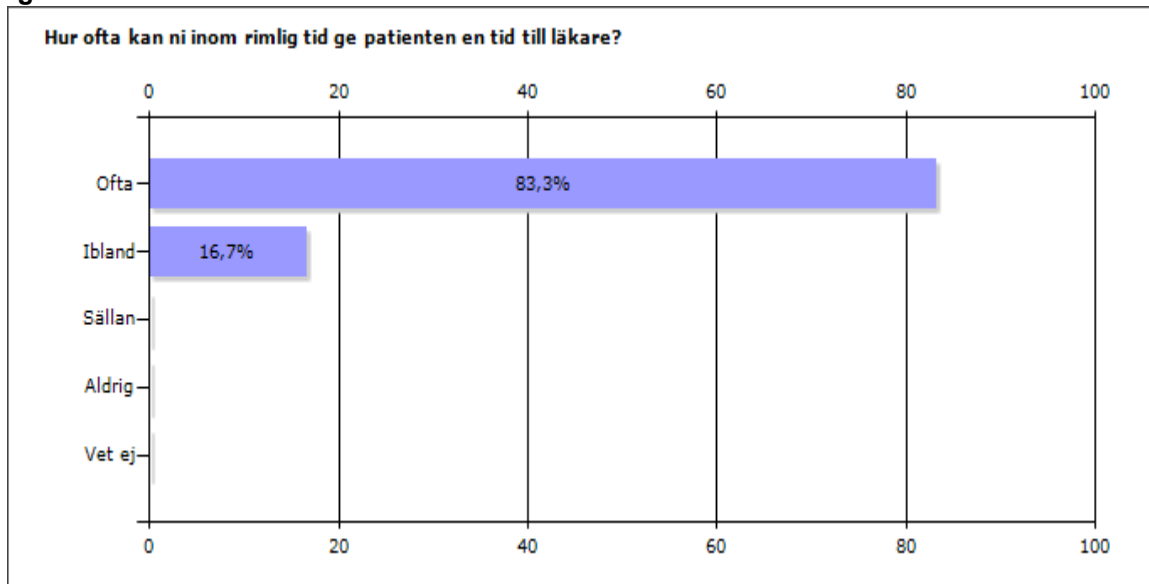
	Antal
Sjuksköterskor	27
Läkare	2
Annan yrkesgrupp	1
Vet ej	0
Svarande	30
Inget svar	0

### 17) Hur många patienter väntar idag på att få en besökstid?

Vårdcentral	Antal patienter	Vet ej
Ludvika norra		X
Solsidan		x
Älvdalen	inga	
Krylbo		x
Skogsbo		x
Malung		X
Kvarnsveden	140	
Jakobs- gårdarna	36	
Orsa	ca 600	Vi ligger efter med

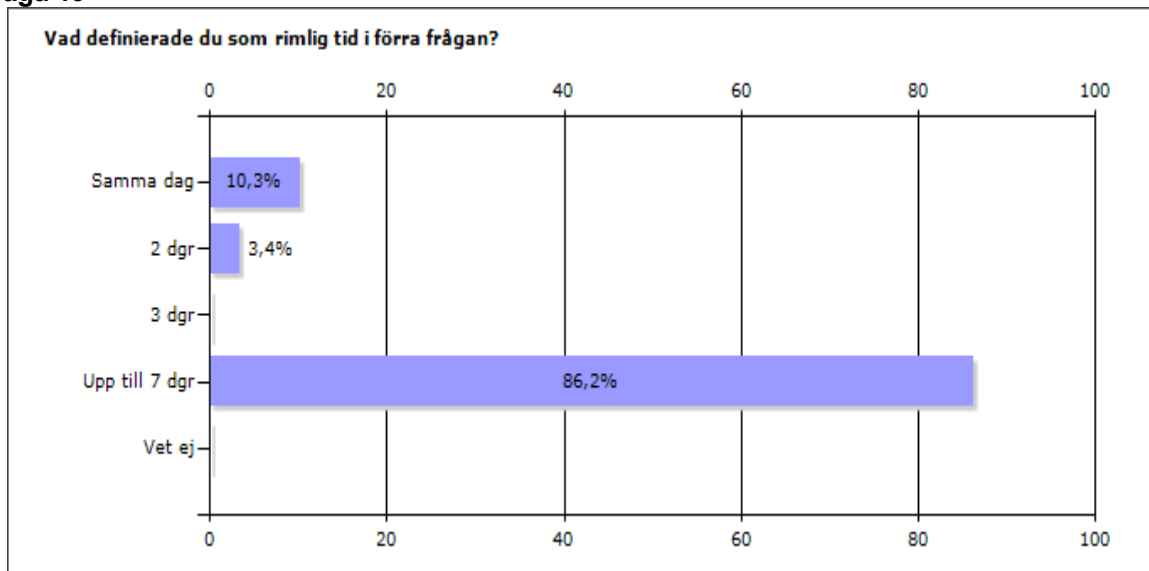
		årskontroller på kroniker speciellt diabetes, vi arbetar med detta nu och siffrorna stämmer inte, vi arbetar bort väntelistorna vi kommer bara att kalla diabetespatienter och de som måste hit efter de varit på sjukhuset och glömska personer. friskapersoner som ska hit på återbesök får besked att ringa hit och få en tid
Säter		x
Grängesberg	0	
Fredriksberg/ Grangärde		x
Bäckaskog	0	
Sälen	0	
Borlänge sjukhus		x
Leksand		X
Hedemora	0	
Långshyttan	0	
By	0	
Rättvik	0	
Särna	0	
Britsarvet	0	
Grycksbo	0	
Svärdsjö		x
Tisken		X
Norslund		X
Gagnef	0	
Smedjebacken	Alla får tid inom en vecka	
Mora		X

### Fråga 18



	Antal
Ofta	25
Ibland	5
Sällan	0
Aldrig	0
Vet ej	0
Svarande	30
Inget svar	0

### Fråga 19



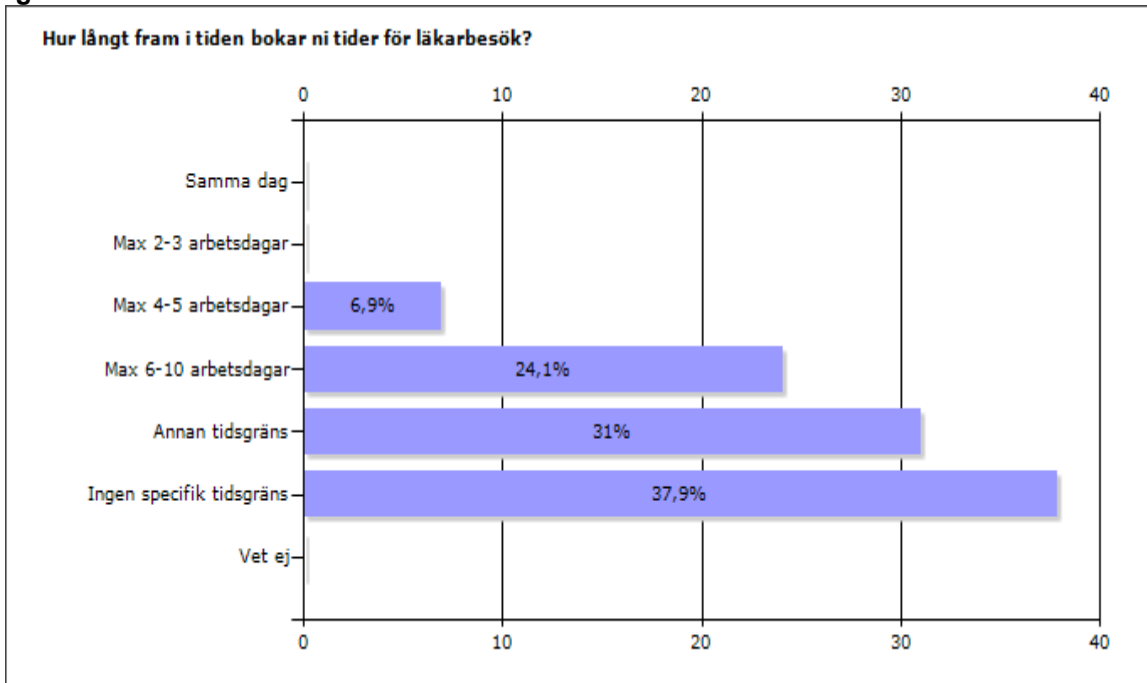
	Antal
Samma dag	3
2 dgr	1
3 dgr	0
Upp till 7 dgr	25
Vet ej	0
Svarande	29
Inget svar	1

**20) Vad gör ni om antalet väntande patienter är ojämnt fördelade mellan läkarna?**

Vårdcentraler	Svar
Älvdalen	Får tid hos annan läkare
Skogsbo	fördelar mellan läkarna i första hand
Kvarnsveden	Planerar färre dagjournspass för den som har lång väntelista
Jakobsgårdarna	För en dialog för att hitta ett sätt att lösa problemet.
Avesta	Diskuterar i läkargruppen om problem uppstår.
Orsa	Vi har inga listade patienter på läkarna pga läkarbrist. alla hjälps åt
Säter	Vi har ingen vårdkö till enskilda läkare, alla i samma kö
Grängesberg	Inget problem för tillfället då vi inte har mer än 25% läkartjänst fast för tillfället.
Fredriksberg/ Grangärde	Planerar om tider , en doktor kan t ex få mer planerade tider för att ta emot sina kontroller.
Bäckaskog	Fördelar om
Sälen	Det är dom inte
Borlänge sjukhus	De är rättvist fördelade

Leksand	Eftersom vi inte är fullbemannade och tar in hyrläkare så får de hjälpa till där behovet är störst just då
Hedemora	Vid tillfällig obalans: ingenting. Vid obalans över tid: erbjuder vi pat omlistning. Om extra tungt en dag: hjälps vi åt.
Långshyttan	Jämnar ut det på flera läkare
By	problemet uppstår vanligen inte.
Rättvik	annan dr får då ta pat
Särna	Finns endast 1 läkare
Britsarvet	Hjälper varandra inom läkargruppen
Grycksbo	Diskussion och planering på läkarmöte med chef, hjälps åt
Svärdsjö	Diskussion och planering på läkarmöte med chef, hjälps åt
Tisken	Omfördelmimg sker ibland av telefonsköterskorna
Norslund	Vi fördelar om läkare och tider
Gagnef	pratar om det/utgår från listn och övriga arbetsuppgifter förra frågan var dum.
Smedjebacken	Läkarna har områdesansvar och ansvarar för patienterna på sitt område

### Fråga 21

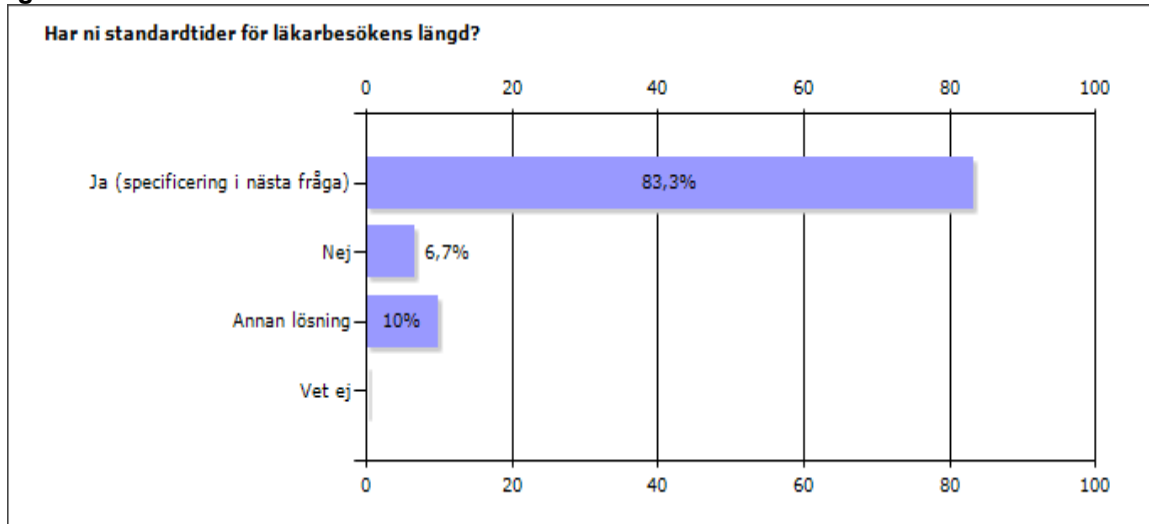


	Antal
Samma dag	0
Max 2-3 arbetsdagar	0
Max 4-5 arbetsdagar	2
Max 6-10 arbetsdagar	7
Annan tidsgräns	9
Ingen specifik tidsgräns	11
Vet ej	0
Svarande	29
Inget svar	1

### 22) Vilken tidsgräns är det?

Vårdcentralen	Svar
Älvdalen	2 månader
Malung	Tidbok 6 veckor framåt
Kvarnsveden	ca 4 veckor
Avesta	7 dagar
Bäckaskog	14 dagar
Britsarvet	upp till 6 veckor
Gagnef	6 veckor

### Fråga 23



	Antal
Ja (specificering i nästa fråga)	25
Nej	2
Annan lösning	3
Vet ej	0
Svarande	30
Inget svar	0

### 24) Hur lång tid avsätter ni för:

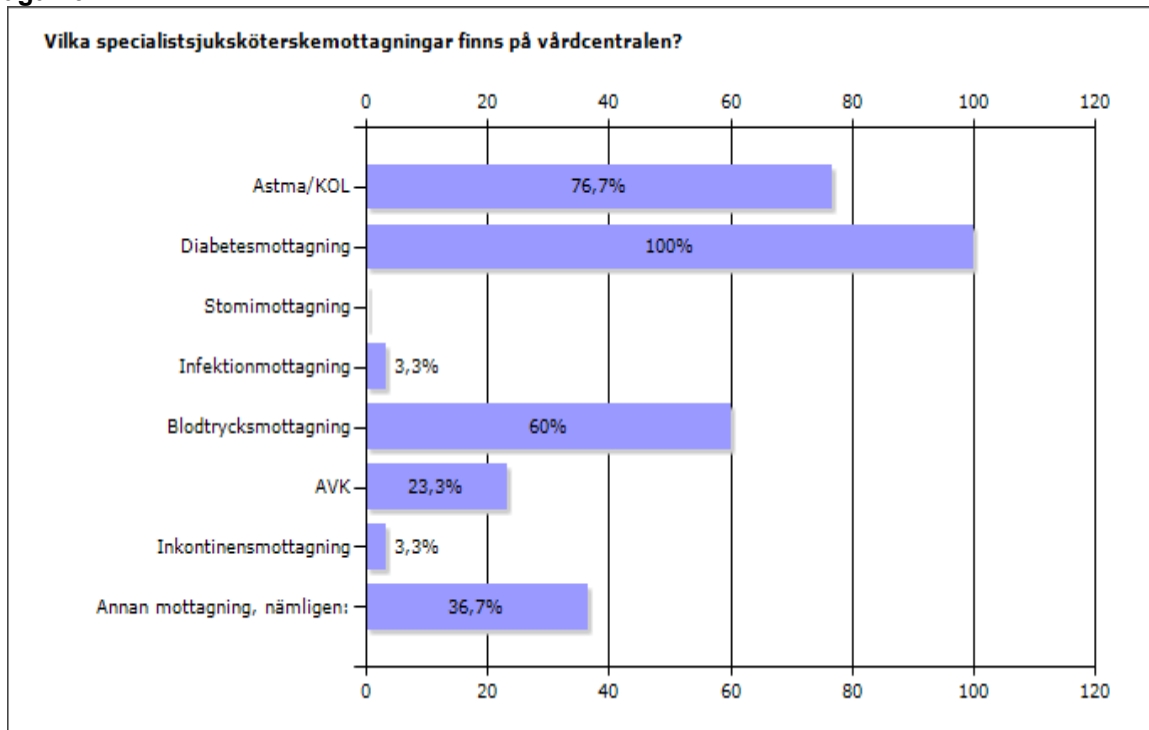
Vårdcentral	Akutbesök	Planerat besök	Vet ej
Ludvika norra	15	30	
Älvdalen	30	30 eller 40	
Krylbo	20-30	30	
Skogsbo	20	30	
Malung	20	30	
Kvarnsveden	20	30	
Jakobsgårdarna	20	30	
Avesta	30	30 - 60	
Säter	15-45	30	
Grängesberg	20	30	
Bäckaskog	30	30-60	
Sälen	30	30	
Borlänge sjukhus	15	30	
Leksand	15-30	30	
Hedemora	20	30	
Långs-	30	30	

hyttan			
By	30	30	
Rättvik	20	30	
Särna	15 och 30	15 och 30	
Britsarvet	15-30 min	15-45 min	
Grycksbo	15-30	30-45	
Svärdsjö	15-30	30	
Gagnef	15-30	30	
Smedjebacken	20	30	
Mora	20	30	

## 25) Hur bedömer ni då tidsåtgång?

Vårdcentral	Svar
Tisken	Bedöms av telefonsköterskorna utifrån erfarenhet.
Norslund	Telefonsköterskan bedömer tidsåtgång utifrån erfarenhet

## Fråga 26

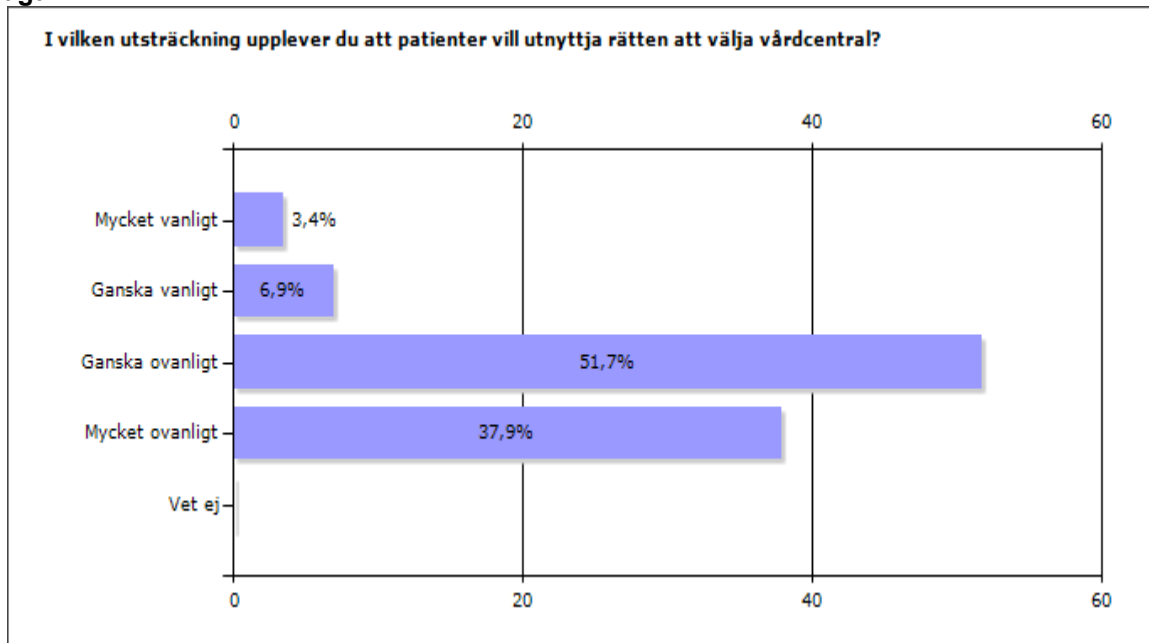


	Antal
Astma/KOL	23
Diabetesmottagning	30
Stomimottagning	0
Infektionmottagning	1
Blodtrycksmottagning	18
AVK	7
Inkontinensmottagning	1
Annan mottagning, nämligen:	11
Svarande	30
Inget svar	0

Vårdcentral	Kommentar
Solsidan	Bensårsmottagning
Malung	Hjärtsvikt
Jakobsgårdarna	Samtalsmottagning Flyktingmottagning
Avesta	Äldremottagning
Orsa	Vi kommer att jobba med team bildning på vc och evt få fler specialistmottagningar
Säter	MVC, BVC, STD/ungdoms.,
Grängesberg	Distriktssköterskemottagning
Bäckaskog	AVK-mottagning startar inom kort
Borlänge sjukhus	KBT Audiogram metabol mottagning
Leksand	Blodtryck, Viktgrupper rökavvänjning
Hedemora	Infektionsmott distriktssköterska Samtalsmott distriktssköt med psykosocial komp
Långshyttan	vaccinationsmottagning
Tisken	AVK inom kort
Gagnef	hjärtsviktsmottagning beroendemottag

	ning öppenvårdpsyki atri
Mora	Vaccinationsmot tagning

### Fråga 27



	Antal
Mycket vanligt	1
Ganska vanligt	2
Ganska ovanligt	15
Mycket ovanligt	11
Vet ej	0
Svarande	29
Inget svar	1

Vårdcentral	Kommentar
Borlänge sjukhus	Vi har en lång VL från övriga vårdcentraler
Svärdsjö	Glesbygdsvc - pat tar för givet att det är denna vc, inte så mycket diskussioner

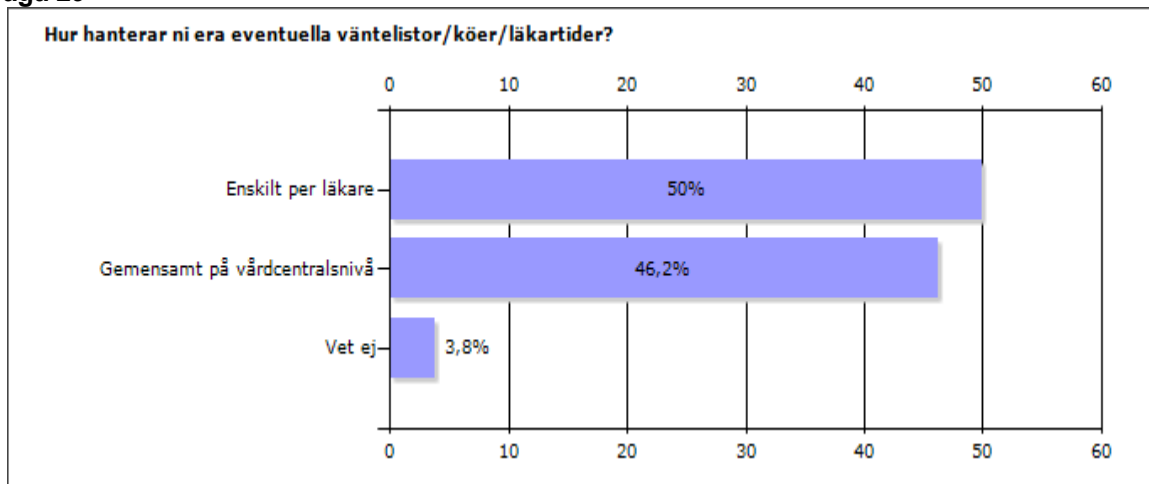
**28) Vilken information får patienterna av er angående rätten att byta vårdcentral?**

Vårdcentral	Svar
Älvdalen	Pat som vill komma till oss får tid men kan få vänta
Krylbo	vid förfrågan om detta får patienten informationen
Skogsbo	ingen
Malung	Finns bara denna vårdcentral i närområdet
Kvarnsveden	Alla våra pat som är nyinflyttade resp nyfödda i vårt område får ett välkomstbrev med information om VC tillhörighet o valfrihet.
Jakobsgårdarna	Antingen kan vi ta emot dem eller så får de stå på väntelista.
Avesta	Mycke liten
Orsa	Jag har informerat i lokaltidningen om att det är fritt sjukvårdsval, vi informerar vid förfrågningar eller om patienterna är missnöjda
Säter	ingen
Grängesberg	Att när vi är så underbemannad e så är det svårt att tillgodose deras önskemål. Förekommer i en ganska liten omfattning. Geografiskt område

	har hittills varit det vanliga sättet att vara listad. Vi har inte fått något extra då vi tagit emot patioenter från andra områden.
Fredriksberg/ Grangärde	Att vi har geografiskt indelade områden och när våra vårdcentraler är underbemannade så har vi svårt att ta emot andra patienter från andra vc-er
Bäckaskog	Ingen eftersom inga alternativ finns inom rimligt avstånd.
Sälen	Det finns inte så många centraler att välja på ( tror att dom är nöjda med den vård som erbjuds
Borlänge sjukhus	Sätts på VL då vi i nuläget är underbemannade
Leksand	De gånger någon ringer och frågar.
Hedemora	På förekommen anledning
Långshyttan	Det är fritt att byta till annan vårdcentral men kan vara svårt pga kapacitetsbrist på de andra vårdcentralerna.
By	De har rätt att välja vilken vårdcentral de vill men det kan vara svårt att komma till på andra

	vårdcentraler pga begränsad läkartillgång. Alla som vill lista sig hos oss och är mantalsskrivna inom Dalarna är välkomna att lista sig.
Särna	Ingen om det inte efterfrågas
Britsarvet	lapp vid förfrågan
Grycksbo	En lapp i receptionen vid förfrågan
Svärdsjö	Lapp i receptionen vid förfrågan
Tisken	Ingen specilell.
Norslund	Ingen speciell. Information lämnas till den som vill byta.
Gagnef	när de frågar
Smedjebacken	Endast akuta patienter mottages som inte tillhör vårdcentralens upptagningsområde
Mora	Vi har tyvärr inte mmöjlighet att i nuläget lista fler patienter beroende på underbemanning på läkarsidan.

### Fråga 29

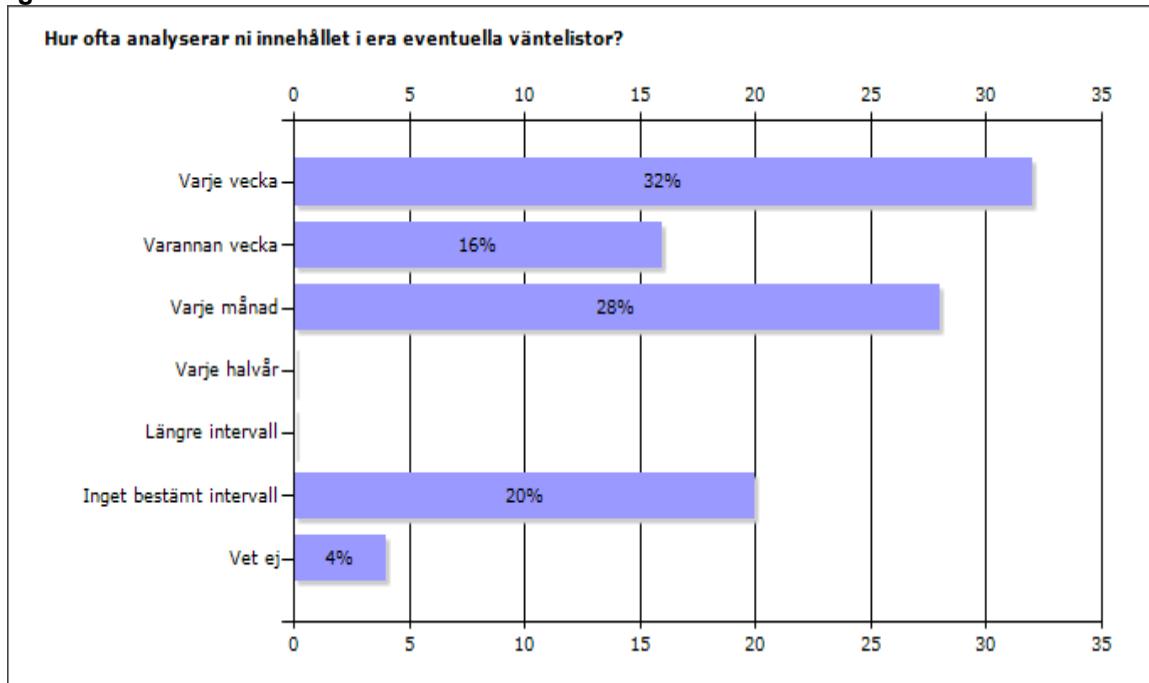


	Antal
Enskilt per läkare	13
Gemensamt på vårdcentralnivå	12
Vet ej	1
Svarande	26
Inget svar	4

Vårdcentral	Kommentar
Älvdalen	Vi har inga köer
Krylbo	Har inga väntelistor
Kvarnsveden	Vid eftersläp i VL fördelas pat.
Jakobsgårdarna	Områdesansvar för tillsvidareanställda läkare, hyrläkare har en gemensam väntelista.
Grängesberg	Vi har endast väntelistor till vissa kontroller som ex , diabetes , bltr , thyroidea
Rättvik	har ej väntelistor
Särna	Inga köer eller väntelistor finns
Norslund	Vi har inga väntelistor

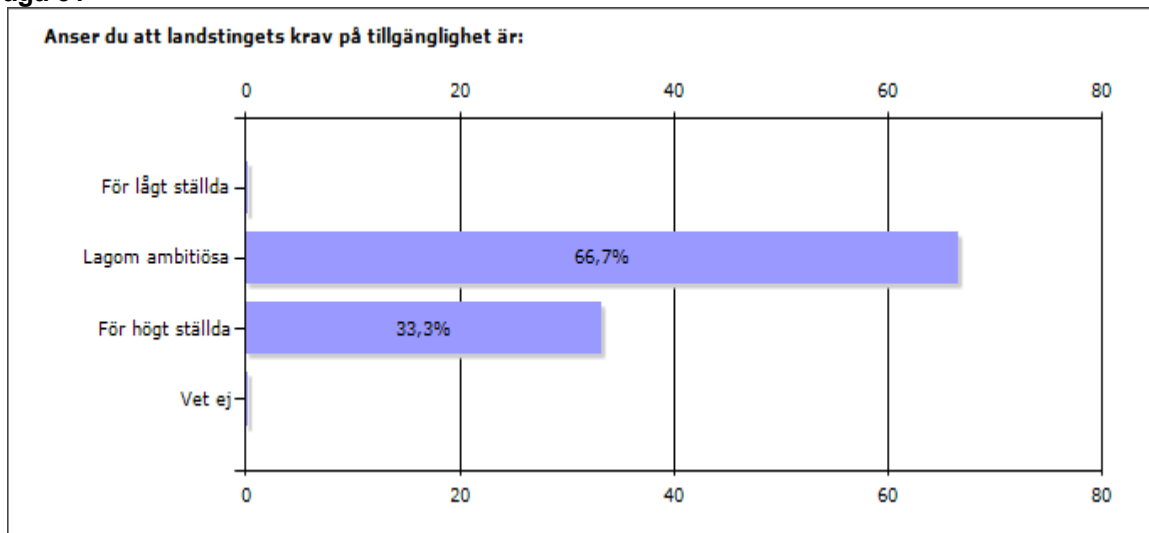
Mora	Diskuteras och ventileras i tillgänglighetsgruppen. Men även från läkare till läkare.
------	---

### Fråga 30



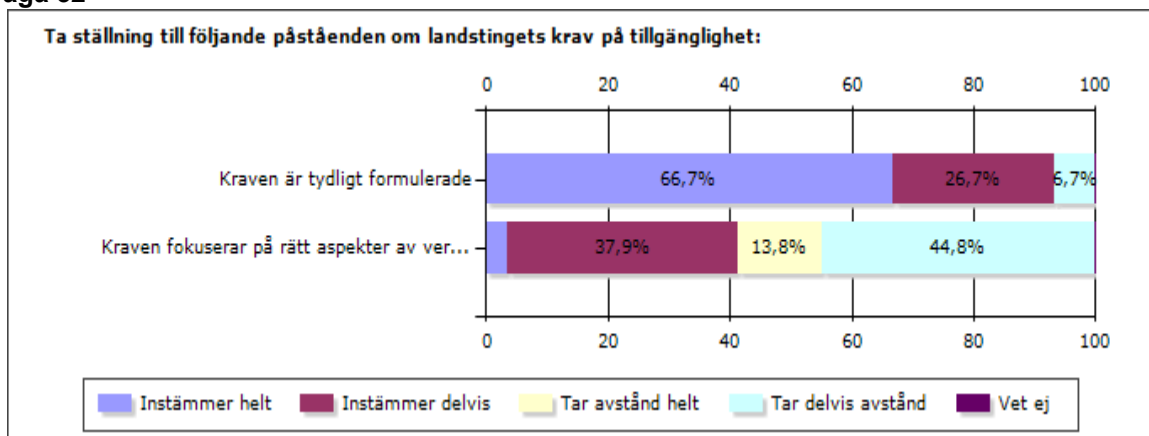
	Antal
Varje vecka	8
Varannan vecka	4
Varje månad	7
Varje halvår	0
Längre intervall	0
Inget bestämt intervall	5
Vet ej	1
Svarande	25
Inget svar	5

### Fråga 31

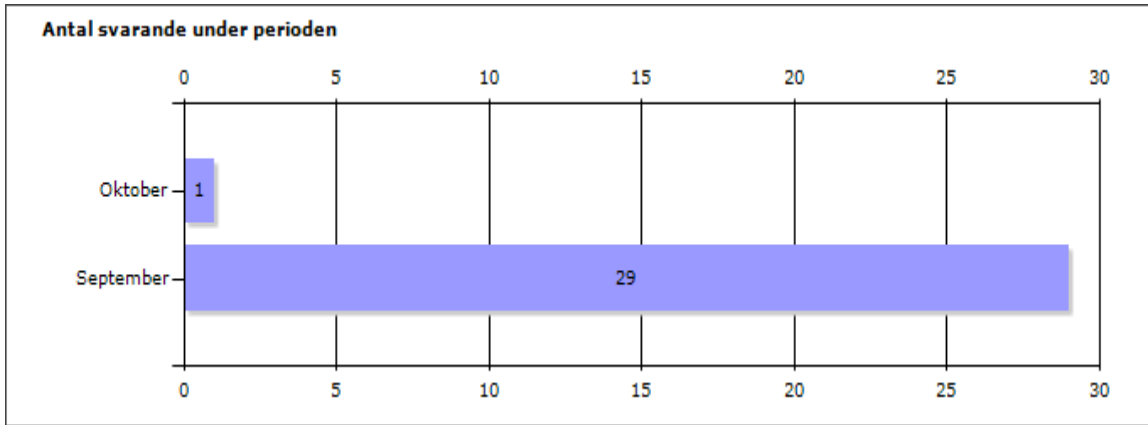


	Antal
För lågt ställda	0
Lagom ambitiösa	20
För högt ställda	10
Vet ej	0
Svarande	30
Inget svar	0

### Fråga 32



	Instämmer helt	Instämmer delvis	Tar avstånd helt	Tar delvis avstånd	Vet ej	Svarande	Inget svar
Kraven är tydligt formulerade	20	8	0	2	0	30	0
Kraven fokuserar på rätt aspekter av verksamheten	1	11	4	13	0	29	1
<b>Totalt</b>						<b>30</b>	<b>0</b>



Mottagare	Ej kontaktbara	Svarande	Svarsfrekvens
30	0	30	100%