

Temagranskning

Tillgängligheten till vård inom primärvården i Landstinget Dalarna



Sammanfattande slutsatser och rekommendationer
Oktober 2003

2003-10-31

Tillgänglighet till vård inom primärvården i Landstinget Dalarna

Revisorskollegiet, Landstinget Dalarna, har gett BDO Consulting Group Stockholm AB i uppdrag att genomföra en tematisk granskning av tillgängligheten till vård inom primärvården i landstinget. Granskningsuppdraget omfattar sex teman och redovisas i separata rapporter. I den här sammanfattningen lyfter vi fram viktigare slutsatser och rekommendationer ur de sex granskningsrapporterna.

Modeller för patientmottagning

Ett tema är jämförelse av tillgängligheten till vård vid olika modeller för patientmottagning och analys av dessa ur ett medborgarperspektiv. I granskningen jämförs verksamheten vid Vårdcentralen Hedemora respektive Turistläkarmottagningen i Sälen. Dessa tillämpar tidsbeställning respektive spontanbesök vid sina mottagningar.

Vår bedömning är att granskningarna inte ger underlag för några entydiga slutsatser eftersom de båda verksamheterna fungerar under väsentligt skilda villkor. Formerna för patientmottagning bör anpassas efter respektive verksamhets specifika karaktär.

Turistläkarmottagningen i Sälen vänder sig till en population av tillfälliga besökare med höga förväntningar på service. Mottagningen kan ses som en rationell anpassning till dessa villkor och till en miljö med extrema säsongsvariationer. Under högsäsong ökar befolkningen från cirka 1 800 personer till mellan 25 000 – 75 0000.

Turistläkarmottagningen är anpassad till en specifik verksamhetsnisch. Det är lätt att rekrytera läkare och annan vårdpersonal till Turistläkarmottagningen. Verksamheten passar bra för korttidsengagerade läkare. Patientunderlaget är en yngre, i övrigt frisk befolkning med ett smalt och standardiserat sjukvårdsbehov. Patienterna kräver ett snabbt omhändertagande med kvalificerad medicinsk kompetens men har litet behov av kontinuitet. Kraven på utredning är begränsade. Verksamheten har förutsättningar att bedrivas rationellt och med god ekonomi.

Mottagning utan tidsbeställning vid turistläkarmottagningen under högsäsong är sannolikt det mest rationella sättet att ordna verksamheten även om det i en del fall kan innebära långa väntetider för enskilda patienter. Erfarenheter från denna typ av mottagning kan dock knappast överföras till andra verksamheter. Skillnaderna i patienttillströmning och förutsättningar i övrigt är alltför omfattande.

Vårdcentralen Hedemora har ett områdesansvar som innefattar ett annorlunda och mycket mer differentierat sjukdomspanorama. Gradvisa förändringar och inskränkningar i tillgängligheten har genomförts som en successiv anpassning till en allt svårare situation när det gäller ekonomi och läkarrekrytering. Ett sätt att genomföra en sådan anpassning med bibehållen vårdkvalitet är den striktare bedömning av behovet av läkarkontakt som införts.

Öppen mottagning har tidigare förekommit vid Vårdcentralen Hedemora men har nu ersatts av tidsbeställning. För den verksamhet som bedrivs vid Vårdcentralen Hedemora kan tidsbeställning anses vara ett väl så bra eller kanske i många fall bättre alternativ än öppen mottagning. Patienterna slipper vänta på mottagningen och kan tillbringa väntetiden i hemmet.

2003-10-31

Tillgänglighet per telefon

I olika undersökningar inom landstinget framkommer att tillgängligheten per telefon inom primärvården är föremål för många klagomål från patienterna. I granskningen studeras hur landstinget arbetar med att utveckla, följa upp och förbättra telefontillgängligheten. I rapporten redovisas en fältstudie av den faktiska telefontillgängligheten vid Vårdcentralerna Hedemora, Leksand och Orsa.

I rapporten från den senaste befolkningsenkäten¹ framhålls att dålig telefontillgänglighet allttjämt är den främsta anledningen till missnöje med landstingets vårdcentraler. De lokala variationerna är dock betydande. Telefontillgängligheten har enligt rapporten förbättrats något sedan TeleQ installerats på flera vårdcentraler där telefontillgängligheten tidigare var allra sämst. Det redovisade missnöjet med telefontillgängligheten indikerar dock enligt rapporten ett stort verksamhetsmässigt och sjukvårdspolitiskt problem.

Vår fältstudie visar att det gick att få kontakt med vårdcentralerna i hälften av uppringningarna men att skillnaderna mellan vårdcentralerna var mycket stora. Jämförelser med andra landsting och riket tyder – med reservation för variationer i graden av jämförbarhet – sammantaget på att telefontillgängligheten inom primärvården i Landstinget Dalarna är lägre än vad som är normalt på andra håll. Det är därför ett område som även fortsättningsvis bör bli föremål för särskild uppmärksamhet och bevakning.

Former för akut omhändertagande

I en granskning av formerna för akut omhändertagande undersöks hur detta fungerar för de boende i Vansbro kommun respektive Avesta kommun. En frågeställning är om det på objektiv grund kan sägas att de boende i de båda kommunerna har likvärdig tillgång till akut vård. I rapporten redovisas en granskning av vårdcentralernas former för att ta emot akut sjuka patienter, ambulanssjukvårdens funktion samt förutsättningarna för invånarna i de båda kommunerna att vid behov nå sjukhus för akut vård.

Det material vi fått fram i granskningen indikerar enligt vår mening att invånarna i Avesta och Vansbro allmänt kan sägas ha likvärdig tillgång till vård i akuta situationer. Möjligheterna till akut omhändertagande vid respektive vårdcentraler förefaller rimligt väl balanserade med hänsyn till främst geografiska förhållanden. Möjligheten att snabbt få hjälp av ambulanssjukvården förefaller vara likvärdig i de båda kommunerna.

En observation ur vår granskning som stöds av material från rapporten om serviceprofiler ur den senaste befolkningsenkäten respektive material från Förtroendenämnden är att det mellan vårdcentralerna inom Avesta kommun kan finnas skillnader i tillgänglighet och annan vårdkvalitet som behöver uppmärksammas.

Tillgänglighet till vård för utsatta grupper

Utnyttjande av ny teknik är oftast till fördel för majoriteten av befolkningen men kan utgöra en begränsning för vissa. Ett tema är granskning av Landstingets insatser för att garantera hög tillgänglighet till vård för de grupper som riskerar att hamna i kläm vid införande av ny teknik.

Den grundläggande inställningen i landstinget enligt det handikappolitiska programmet är att personer med funktionshinder skall kunna leva ett oberoende liv med samma rättigheter, möjligheter och ansvar som övriga människor i samhället. Denna policy återspeglas också i viss utsträckning i de åtgärder som vidtas för att förbättra tillgängligheten

¹ 20-64-åringars uppfattningar om hälso- och sjukvården i Dalarna vårvintern 2003. Rapport från Landstingskansliets epidemiologiska utredningsarbete, nr 125, oktober 2003

2003-10-31

för personer som kan anses höra till vad som benämns utsatta grupper. Vår kartläggning visar dock inte på något samlat grepp inom landstinget för att tillgodose olika gruppers behov.

Utsatta grupper är en heterogen och diffust definierad krets av personer som har varierande behov av stöd och hjälp på grund av olika slag av bl.a. funktionsnedsättningar. Landstingets insatser för att möta dessa behov bör definieras tydligt och differentieras efter respektive grupps specifika funktionshinder. Det är insatser som måste pågå kontinuerligt och ges ständig uppmärksamhet.

Bemötandet vid mottagandet

Att medborgaren i sina kontakter med hälso- och sjukvården skall bli bemött på ett professionellt och kompetent sätt kan ses som en självklarhet. Olika signaler tyder dock på att det finns brister i bemötandet vid olika enheter inom Landstinget. Under det här temat granskas hur Landstinget arbetar med att utveckla kvaliteten i mottagandet i första linjen.

Bemötandet av patienterna är en utomordentligt betydelsefull del i den totala kvalitet som hälso- och sjukvården kan erbjuda. Det initiala bemötandet skapar den kontakt och relation mellan patient och vårdgivare som är en grundläggande förutsättning för ett tillfredsställande resultat av hälso- och sjukvårdens fortsatta insatser.

Bemötandefrågor förefaller dock inta en relativt undanskymd plats i planering och beslutsfattande inom hälso- och sjukvården generellt. I Landstinget Dalarna redovisas ingen regelbunden och aktiv uppföljning av information ur olika undersökningar av befolkningens uppfattning av bemötandet vid vårdcentraler eller sjukhus.

Vi har inte funnit några systematiska insatser för att erbjuda vårdpersonalen utbildning för att förbättra deras kompetens när det gäller bemötande, kommunikation och information. Dessa uppgifter ligger inom varje enhets eget ansvar. Det gäller också formulering av krav på vårdpersonalens kompetens när det gäller bemötande, kommunikation och information.

Ansvaret för att utveckla en kultur vid enheterna som kännetecknas av gott bemötande och omhändertagande i övrigt vilar i första hand på den lokala ledningen. Respektive chefer skall stödja personalen genom personliga samtal samt genom att förmedla förhållningssätt och själv föregå med goda exempel. De skall också vid behov vidta erforderliga förändringar i organisation och arbetsformer.

Av både Socialstyrelsens sammanställningar och det material som redovisats ur befolkningsenkäten respektive Förtroendenämndens material kan noteras att klagomålen mot bemötande inom hälso- och sjukvården ökat i antal under senare år. Det gäller i synnerhet inom primärvården som avses svara för huvuddelen av de första kontakterna mellan patient och vårdgivare. Ökningen kan i viss utsträckning kanske vara en effekt av ökade krav eller större benägenhet att framföra klagomål men har sannolikt också andra underliggande orsaker som hänger samman med hälso- och sjukvårdens förmåga att allmänt fullgöra sina åtaganden.

Vi menar därför att det är angeläget att de förtroendevalda i Landstingsstyrelsen och övriga förtroendevalda beslutsinstanser i Landstinget Dalarna tydligt uppmärksammar problemen med bemötande, kommunikation och information och stöder ansvariga chefers insatser för att förbättra hälso- och sjukvårdens prestationer i detta avseende.

2003-10-31

Metoder för att fånga upp och utvärdera medborgarnas upplevelse av tillgängligheten

Under det här temat granskas vilka metoder Landstinget använder för att fånga upp och utvärdera medborgarnas upplevelse av tillgängligheten till hälso- och sjukvården samt hur de vunna erfarenheterna omvandlas till konkreta åtgärder i verksamheten.

Vid intervjuer har framkommit att samordnad uppföljning av tillgängligheten anses vara ett eftersatt område. Flera intervjuade har framfört önskemål om att området ägnas större uppmärksamhet. Det görs många undersökningar som ofta har stort uppmärksamhetsvärde och ger värdefulla bilder av olika delar av verksamheten men det är svårt att få en helhetsbild.

Vi har inte funnit någon funktion med samlat ansvar för att sammanställa och analysera olika undersökningar och omsätta erfarenheterna från dessa i åtgärder som bidrar till att förbättra exempelvis tillgänglighet eller kvalitet i övrigt i hälso- och sjukvården i landstinget med sikte på att så långt möjligt kunna erbjuda vård på lika villkor. Den befolkningsenkät som finns inom landstinget skulle kunna användas mer för att bedöma hur Hälso- och sjukvården Dalarna fungerar ur tillgänglighetssynpunkt.

Landstinget bör enligt vår uppfattning även se över hur enheterna fullgör sitt ansvar för medicinska prioriteringar. Enligt verksamhetsplanen 2004-2007 är hög tillgänglighet en rimlig och önskvärd ambition som dock måste balanseras mot hälso- och sjukvårdens uppgift att prioritera de mest angelägna vårdbehoven. I dokumentet framhålls att det finns en till övervägande delar välfungerande medicinsk prioritering vilket innebär att prioriterade vårdbehov i huvudsak tillgodoses inom kort och rimlig tid. Vänteproblematiken berör främst vårdbehov med längre angelägenhetsgrad.

Formuleringarna i verksamhetsplanen antyder att prioriteringarna i huvudsak görs lokalt och utan närmare dialog med de förtroendevalda. Vi ser ett behov av att skapa instrument som gör att tydliga prioriteringar av ansvariga förtroendevalda beslutsinstanser kan ligga till grund för lokala prioriteringar. Denna typ av verktyg har vi inte funnit inom landstinget idag.

De förtroendevalda behöver också förmedla sina prioriteringar tydligt till medborgarna så att dessa bibringas en realistisk uppfattning om vårdens möjligheter och begränsningar.

Sammanfattande slutsatser och rekommendationer

Mot bakgrund av vad som redovisats ovan och som framförts i delrapporterna vill vi rekommendera Landstingsstyrelsen och övriga förtroendevalda beslutsinstanser att:

- Bedriva ett aktivt och systematiskt arbete med prioriteringar inom hälso- och sjukvården i Landstinget Dalarna där olika intressen kan vägas av mot varandra.
- Som grund för prioriteringsarbetet avsätta tid och resurser för regelbundna analyser och bedömningar av bland annat medborgarnas upplevelse av tillgängligheten och andra aspekter på kvalitet i hälso- och sjukvården.
- Verka för samordning och helhetssyn i analyser och bedömningar av medborgarnas upplevelse av hälso- och sjukvårdens organisation och funktion.
- Skapa organisation och resurser för att tillvarata erfarenheter från olika undersökningar och omsätta dessa i uppföljbara förbättringsinsatser.
- Förtydliga för medborgarna vilka förväntningar som är realistiska med hänsyn till hälso- och sjukvårdens möjligheter och begränsningar.
- Skapa arenor för dialog med verksamhetsföreträdare kring prioriteringar inom hälso- och sjukvården.

Tema 1

Metoder för att fånga upp och utvärdera medborgarnas upplevelse av tillgängligheten

Innehållsförteckning

1. UPPDRAGET	3
1.1 BAKGRUND OCH SYFTE	3
1.2 AVGRÄNSNING	3
1.3 FRÅGESTÄLLNINGAR	3
1.4. METOD OCH GENOMFÖRANDE	3
2. KARTLÄGGNING OCH BESKRIVNING AV NULÄGE	4
2.1 METODER FÖR ATT FÖLJA UPP DEN UPPLEVDA TILLGÄNGLIGHETEN	4
2.2 INSATSER I SYFTE ATT ÖKA TILLGÄNGLIGHETEN	6
2.2.1 <i>Styrdokument inom Landstinget Dalarna</i>	6
2.2.2 <i>Projekt för att förbättra tillgängligheten</i>	8
2.3 STRATEGISKA AVGÖRANDEN PÅ ANSVARIG POLITISK NIVÅ	9
2.4 ANSVARSFÖRDELNINGEN FÖR ANALYS AV MEDBORGARNAS UPPLEVELSE AV TILLGÄNGLIGHET.....	10
3. ANALYS OCH KOMMENTARER	10
3.1 METODER FÖR ATT FÖLJA UPP DEN UPPLEVDA TILLGÄNGLIGHETEN	10
3.2 INSATSER I SYFTE ATT ÖKA TILLGÄNGLIGHETEN	10
3.3 STRATEGISKA AVGÖRANDEN PÅ ANSVARIG POLITISK NIVÅ	11
3.4 ANSVARSFÖRDELNINGEN FÖR ANALYS AV MEDBORGARNAS UPPLEVELSE AV TILLGÄNGLIGHET.....	11
4. SLUTSATSER OCH REKOMMENDATIONER	12

1. Uppdraget

1.1 Bakgrund och syfte

En viktig del i kvalitetsarbetet inom hälso- och sjukvården är att fånga upp och utvärdera medborgarnas upplevelse av vården och som en del av detta även tillgängligheten. Med tillgänglighet avses i denna temagranskning medborgarnas möjlighet att vid behov komma i kontakt med hälso- och sjukvården och det bemötande som patienten då uppfattar sig få.

Syftet med granskningen är att studera och analysera de metoder som landstinget använder för att fånga upp medborgarnas upplevelse av tillgängligheten till hälso- och sjukvården samt hur de vunna erfarenheterna omvandlas till konkreta åtgärder i verksamheten.

1.2 Avgränsning

Med tillgänglighet avses i denna granskning inte fysisk tillgänglighet. Granskningen utgår från medborgarnas perspektiv och fokuseras på landstingets metoder för att undersöka och följa upp den *upplevda tillgängligheten* till vård. Vi prövar särskilt vilka åtgärder som genomförts under 2002 och 2003.

Uppföljning av den faktiska tillgängligheten ingår inte i granskningen. Insatser som görs inom landstinget för att komma till rätta med långa väntetider m.m. presenteras men blir inte föremål för utan djupare analys.

1.3 Frågeställningar

Enligt uppdragsbeskrivningen skall temagranskningen särskilt uppmärksamma följande frågeställningar:

- Vilka metoder tillkämpar landstinget för att få kännedom om medborgarnas upplevelse av tillgängligheten?
- Har insamlade uppgifter om tillgängligheten medfört förändringar i syfte att öka tillgängligheten under 2002 eller 2003?
- På vilka sätt blir eventuellt insamlade uppgifter föremål för strategiska avgöranden på ansvarig politisk nivå?
- Vilken ansvarsfördelning tillämpas inom landstinget för insamling, sammanställning och bearbetning av medborgarnas upplevelse av tillgängligheten?

Granskningen skall omfatta en kritisk analys av de olika verktyg som utnyttjas för att få kännedom om medborgarnas upplevelse av tillgängligheten.

1.4. Metod och genomförande

Granskningen inom det rubricerade temat omfattar en inventering av vilka metoder som tillämpas inom landstinget för att följa upp och utvärdera hur medborgarna och patienter upplever tillgängligheten inom hälso- och sjukvården. Granskningen behandlar också vilket arbetssätt som tillämpats och hur arbetet organiserats för att samla in upplevelsen av tillgänglighet. För att kartlägga detta har intervjuer genomförts med personer vid ansvariga instanser.

2003-10-31

Inom ramen för denna granskning har vi dessutom särskilt studerat styrningen från central nivå till olika verksamheter med avseende på framtagande av styrdokument, genomförande av undersökningar samt uppföljning och verkställande av åtgärder med anledning av dessa undersökningar.

2. Kartläggning och beskrivning av nuläge

2.1 Metoder för att följa upp den upplevda tillgängligheten

I Landstinget Dalarna tillämpas en rad metoder för att följa upp den upplevda tillgängligheten inom hälso- och sjukvården på olika nivåer. En sammanställning av de metoder som kommit fram i vår inventering redovisas nedan.

□ **Gemensam uppföljning av tillgänglighet centralt och lokalt**

Detta är ett arbete som har pågått i ett par år och syftar till att införa ett enhetligt uppföljningssystem för samtliga enheter inom Hälso- och sjukvården Dalarna. De strategiska målen på central nivå skall genomsyra alla nivåer inom hälso- och sjukvården och fångas upp i form av delmål och aktiviteter i respektive enhets verksamhetsplaner. Målet är att återslagning skall ske genom redovisning av produktions- och kvalitetsmått och inte bara ekonomiska data.

Ännu har dock landstinget inte nått målet med denna typ av uppföljning. I redovisade mål och mått är ambitionen att tillgänglighetsperspektivet skall vävas in. Det är dock upp till varje enhet att sätta upp mål för exempelvis bemötande, tillgänglighet mm. Det ligger även på verksamhetsnivå att med egna medel följa upp dessa mål och mått.

□ **Uppföljning av telefontillgänglighet inom landstinget Dalarna**

En undersökning om telefontillgänglighet genomfördes av landstinget i maj år 2002. Undersökningen gjordes för primärvården samt länssjukvården. Resultatet av undersökningen har tjänat som en ögonblicksbild av telefontillgängligheten inom Hälso- och sjukvården Dalarna.

□ **Kvalitetsutveckling i Hälso- och sjukvården Dalarna**

1998 fastställde dåvarande Sjukhusgruppens styrelse en handledning för arbetet med kvalitetssystem. Ambitionsnivån utgick från behovet av kvalitetsuppföljning med anledning av SOSFS 1996:24 där det anges att driftansvarig politisk nämnd/styrelse är ansvarig för kvalitetsarbetet. Ambitionen var:

- Att samtliga basenheter ska ha fungerande avvikelshantering för redovisning, uppföljning och åtgärder vid oönskade händelser.
- Att samtliga basenheter ska utveckla metoder för att fånga upp patientupplevd kvalitet.
- Att samtliga basenheter/sjukhus ska ha kvalitetssystem för att garantera säkerhet inom utvalda områden.

En enkät skickades till verksamhetscheferna år 1999 och upprepades i december år 2002 med syfte att se vad som utvecklats under åren. Under mellantiden har sjukhusgruppen och primärvården sammanfogats till en förvaltning och den senare utförda enkäten omfattar även primärvården. Jämförelser är alltså inte möjliga att göra fullt ut. Vissa slutsatser går ändå att dra. Den fråga som kan hänföras till tillgänglighet inom vården är främst "Patientupplevd kvalitet", där följande resultat redovisas:

2003-10-31

Patientupplevd kvalitet	Enkät 1999		Enkät 2002	
	Antal	Procent	Antal	Procent
Basenheter som utvecklat verktyg och metoder för att fånga upp patienternas synpunkter	29	69	52	69
Basenheter som möjliggör regelbunden medverkan patienterna i form av fokusgrupp, enkät eller annat	24	57	39	52
Basenheter som har former för att återföra resultatet till personalen	34	81	55	73
Basenheter som haft anledning att förbättra praxis och/eller organisation utifrån resultat av patientmedverkan	21	50	39	52

De verktyg och metoder som används för att fånga upp patienternas synpunkter är

- Enkäter,
- Låda för synpunkter i väntrummet,
- Fokusgrupper, brukarråd, närstående grupper, samt
- Utvärdering av behandling tillsammans med patienten.

Ett antal enheter uppger att de saknar tid för enkäter och andra aktiviteter för patientmedverkan. De som gör enkäter försöker göra sådana undersökningar vartannat år eller åtminstone då och då. Ibland görs mätningar av telefontillgänglighet. Några enheter har regelbundna kontakter med patient- och pensionärsföreningar. Dialog med befolkningen anses i många fall viktigare än enkäter.

I undersökningen framkom också ett antal önskemål. Färdiga, gemensamma formulär för patientenkäter önskas. Några framför önskemål om att utomstående personer kan hjälpa till. Gemensamt är att man önskar utbildning och stöd.

Resultat av undersökningar återförs till personalen på arbetsplatsträffar, planeringsdagar och dylikt. Förändringar utifrån resultat av undersökningar har bland annat gjorts inom psykiatri där Riksförbundet för Social och Mental Hälsa (RSMH) skall genomföra brukarrevisioner. Några enheter har förbättrat telefontillgängligheten.

□ **Epidemiologiskt utredningsarbete**

Sedan 1981 bedriver Landstinget Dalarna ett epidemiologiskt utredningsarbete där över 100 rapporter finns utgivna. Av dessa finns de två senaste tillgängliga på Landstingets hemsida. Övriga rapporter som redovisats under år 2000 och senare finns tillgängliga under rubriken Folkhälsa/Miljö på Landstinget Dalarnas hemsida. Utredningarna spänner över ett brett område som omfattar befolkningens hälsa och levnadsförhållanden, sjukvårdsutnyttjande och åsikter om hälso- och sjukvården. Två enkäter som är av intresse för diskussionerna om tillgänglighet redovisas nedan.

➤ **20-64-åringars uppfattningar om hälso- och sjukvården i Dalarna**

Denna typ av enkät har genomförts i landstinget vartannat år sedan 1992. Enkäten behandlar hur väl befolkningen i Landstinget Dalarna anser att de egna vårdbehoven tillgodoses och om man anser att vården erbjuds på lika villkor. Den behandlar också väntetider, förtroende, tillgänglighet, bemötande, förebyggande perspektiv i vårdarbetet m.m.

2003-10-31

Undersökningen har formen av en postenkät som vänder sig till ett urval av personer i åldern 20-64 år i länet. Till grund för urvalet ligger Landstingets eget befolkningsregister. I den senast redovisade enkäten¹ distribuerades enkätformulär till 11 036 personer. Sammanlagt 8 380 enkäter kom i retur. Det motsvarar en svarsfrekvens på 76 procent.

Bearbetning, sammanställning, analys och dokumentation sker inom Landstingskansliet och kvalitetssäkringen är omfattande. Svaren redovisas per fråga respektive i form av serviceprofiler på vårdcentralnivå för tidsperioden 1992 och framåt. De tillfrågade ges möjlighet att utöver de givna svarsalternativen redovisa egna uppfattningar. Dessa fritt framförda åsikter redovisas i ett särskilt avsnitt av rapporten.

➤ **Frågor till äldre om hälsa och sjukvård**

Denna enkät vänder sig till ett urval av befolkningen i åldrarna 70-84 år. Den senaste enkäten har genomförts under vårvintern 2002². Motsvarande enkätundersökningar genomfördes 1997 och 1993. Den senare omfattade dock också gruppen 85 år och äldre.

Enkäten innehåller frågor till målgruppen om socialt kontaktnät, hemhjälp, färdtjänst, sjukvård i hemmet och hjälpmedelsbehov, hälsotillstånd och välbefinnande, sjukvårdsutnyttjande samt uppfattningar om hälso- och sjukvården.

Urvalet i den senast redovisade undersökningen bestod av 2 500 personer i åldrarna 70-84 år. Efter att 84 avlidna och avflyttade räknats bort återstod 2 416 personer. Från dessa erhöles 2 180 godkända svar vilket motsvarar en svarsfrekvens på 90 procent. Materialet visar sammantaget på en marginellt högre svarsfrekvens för kvinnor. Mellan kommunerna varierar svarsfrekvensen från som lägst 74 procent i Älvdalen till som högst 96 procent i Gagnef.

□ **Undersökningar på lokal nivå**

Förutom de undersökningar som genomförs på central nivå, genomförs också undersökningar på lokal nivå i form av undersökningar av telefontillgänglighet, bemötande mm. Exempel på sådana studier som berörs i rapporten om Tema 2 - Väntetider i telefon - är de enkätundersökningar om TeleQ som genomförts vid Vårdcentralen Hedemora och Vårdcentralen Leksand.

2.2 Insatser i syfte att öka tillgängligheten

I landstinget pågår ett kontinuerligt arbete för att förbättra kvaliteten i hälso- och sjukvården. I detta arbete ingår bland annat insatser för ökad tillgänglighet. Dessa ambitioner uttrycks i olika styrdokument och stöds av projekt med bland annat särskild inriktning på tillgänglighet.

2.2.1 Styrdokument inom Landstinget Dalarna

Nedan presenteras de styrdokument som arbetats fram inom Landstinget Dalarna, hur tillgänglighetsperspektivet lyfts fram i dessa samt vad som följts upp i Hälso- och sjukvården Dalarna:s årsredovisning.

¹ 20-64-åringars uppfattningar om hälso- och sjukvården i Dalarna vårvintern 2003. Rapport från Landstingskansliets epidemiologiska utredningsarbete, nr 125, oktober 2003.

² Frågor till äldre om hälsa och sjukvård. Rapport från Landstingskansliets epidemiologiska utredningsarbete, nr 123, september 2002.

2003-10-31

□ **Landstingsstyrelsens verksamhetsplaner**

Ett av de viktigaste styrdokumenterna inom Landstinget Dalarna är de verksamhetsplaner som Landstingsstyrelsen fastställer.

➤ **Verksamhetsplan 2003-2005**

I denna verksamhetsplan uttrycks Landstingets målsättning avseende tillgänglighet i korthet på följande sätt:

- Säkerställa en sjukvård med hög kvalitet och god tillgänglighet för alla.
- Före utgången av 2004 skall det vara möjligt för alla att få ett besök i närsjukvården inom 8 timmar, läkarbedömning inom 7 dagar och specialistbehandling inom 3 månader efter fastställd diagnos
- Tiden från patientens första kontakt med vårdcentral till att vårdinsatser skall vara utförda uppgår till högst 3 månader.

Landstingets sjukvård ska:

- Öka patienttillfredsställelsen och förbättra folkhälsan.
- Vara tillgänglig för alla.

➤ **Verksamhetsplan 2004-2007**

I denna övergripande plan för landstingets verksamhet betonas särskilt tre områden och mål som skall nås genom gemensam kraftsamling:

- Ekonomi i balans.
- Hög tillgänglighet.
- Valfungerande personalsituation.

I avsnittet om tillgänglighet i verksamhetsplanen noteras att det inom befolkningen och berörda patientgrupper finns tydlig och ökande förväntan om förbättrad tillgänglighet. Det innebär bland annat god möjlighet till telefonkontakt och kort väntetid inför planerad operation.

Enligt verksamhetsplanen är hög tillgänglighet en rimlig och önskvärd ambition som dock måste balanseras mot hälso- och sjukvårdens uppgift att prioritera de mest angelägna vårdbehoven. I dokumentet framhålls vidare att det finns en till övervägande delar valfungerande medicinsk prioritering vilket innebär att prioriterade vårdbehov i huvudsak tillgodoses inom kort och rimlig tid. Vänteproblematiken berör främst vårdbehov med längre angelägenhetsgrad.

□ **Central verksamhetsplan och årsredovisning för hälso- och sjukvården**

Varje år framarbetas en verksamhetsplan för Hälso- och sjukvården Dalarna. Verksamhetsplanen, som tidigare har byggts upp i enlighet med LOTS-modellen, byggs nu upp i enlighet med ett balanserat styrkort med fokus på kund-, medarbetar-, finansiella samt process- och produktionsperspektivet.

I verksamhetsplanen år 2002 anges endast följande strävan avseende tillgänglighet: "Vi vill sträva efter att vi upplevs som tillgängliga i mötet".

2003-10-31

I årsredovisningen år 2002 för Hälso- och sjukvården Dalarna har följande aktiviteter redovisats avseende tillgänglighet:

- Skapande av enkät för att göra ett nytt kvalitetsbokslut med SOSFS 1996:24 som utgångspunkt.
- Hälso- och sjukvården Dalarna har rapporterat till Landstingsförbundets Väntetidsprojekt och har även fått medel för att delta i ett nationellt projekt, "Flödesmodeller", för att utveckla väntetidsredovisningen.
- Ett tillgänglighetsavtal med särskild ersättning har tecknats mellan landstingsstyrelsen och driftsstyrelsen för åren 2002-2004.

De politiska målen avseende tillgänglighet uppfylls inte till alla delar enligt årsredovisningen. Tillgänglighetsmålen för besök inom 7 dagar i primärvården uppnås till 86%. Tillgänglighetsmålen för besök och behandling i specialistsjukvården uppnås till 59% respektive 46%. I årsredovisningen anges också de tillgänglighetsåtgärder som gjorts under året inom olika verksamhetsområden.

I 2003 års verksamhetsplan har tillgänglighetsperspektivet fått ökad betydelse. Där anges bland annat att den långsiktiga utvecklingen för förvaltningen innebär att verksamheterna med stöd av ett systematiskt förbättringsarbete ska upplevas som tillgängliga i högre grad än hittills.

I 2004 års verksamhetsplan har tillgänglighetsaspekten betonats ytterligare. Ett strategiskt mål är tillgänglighet med avgörande faktorer såsom tydliga sökvägar, närbarhet och rimliga väntetider. Mått på måluppfyllelse är andel basenheter som mäter dessa indikatorer. Dessutom tas tillgänglighet upp som en avgörande faktor i samband med det strategiska målet att "Dalarnas hälso- och sjukvård är befolkningens första handsval".

□ **Verksamhetsplaner för enheter inom hälso- och sjukvården**

Varje verksamhet inom Hälso- och sjukvården Dalarna har arbetat fram en egen verksamhetsplan. De vårdcentraler som vi besökt inom ramen för granskningen har samtliga upprättat verksamhetsplanen i form av ett balanserat styrkort.

2.2.2 Projekt för att förbättra tillgängligheten

□ **Processtöd inom landstinget**

För närvarande finns en processtödsgrupp på tolv personer som kan utnyttjas av enheter inom landstinget som behöver hjälp med metoder och verktyg för att genomföra bland annat patientundersökningar m.m. Dessa personer kan anlitas kostnadsfritt av respektive enhet.

□ **Genombrottsmetoden**

Ett *Genombrottsprojekt* med extern finansiering har bedrivits inom landstinget sedan 2001. Enheter inom Hälso- och Sjukvården Dalarna med behov av metodhjälp för undersökningar inom olika områden såsom telefontillgänglighet, långa väntetider och bemanning kan få hjälp med enkätundersökningar, verktyg och metodval etc. Projektet följs upp löpande i rapportform med resultatangivelser och förslag till förbättringsområden. Personer från landstingets processtödsgrupp driver projektet.

□ **Tillgänglighetsåtgärder**

Inom ramen för en överenskommelse mellan Regeringen och Landstingsförbundet har Landstinget Dalarna tilldelats statliga medel för en tillgänglighetsåtgärder år 2002-

2003-10-31

2004. Resultatet skall inrapporteras till Socialstyrelsen årligen per 1 november. Landstingsstyrelsen har 2001-12-10 fastställt och till Socialdepartementet översänt en åtgärdsplan för åren 2002-2004 avseende ökad tillgänglighet till besök och behandlingar vid sjukhus. I detta projekt har landstinget lagt ner mycket tid på de opererande specialiteterna såsom ortopedi, ögonsjukvård m.m. där väntetiderna är långa.

□ **Väntetidskansli**

17 juni år 2002 beslutade landstingsfullmäktige om utökade möjligheter för länets befolkning att från och med 2002-07-01 välja vårdgivare. Landstinget har i och med detta fullt ut antagit Landstingsförbundets rekommendation (A00:56) om valmöjligheterna inom hälso- och sjukvården. Beslutet innebär att Hälso- och sjukvården Dalarna måste kunna ge en relevant, korrekt och samstämmig information, dels till befolkningen, dels till den egna personalen, om valfrihet, väntetider och behandlingsalternativ. Väntetidskansliet är gemensamt för landstinget och består av 2 tjänster. Syftet med kansliet är:

- att ge information till befolkningen beträffande valfrihetsvård och vilka regler som gäller för vård på annan ort.
- Att ge information till verksamheterna beträffande tillgängliga resurser inom och utom egna landstinget.

□ **Internt datorstöd för information om väntetider**

Ett projekt med detta syfte har initierats. Idag har varje klinik sin egen databas med egna väntelistor. Väntetidsrapportering skall ske till Landstingsförbundet tre gånger per år via PAX. En applikation har skapats så att verksamheterna skall kunna kontrollera sina uppgifter innan de skickas in. Idag mäts uppgifterna per tertial. Applikationen kommer att utvecklas så att uppgifterna kan visas på intranätet per månad.

□ **Flödesmodell inom Landstinget Dalarna under 2003-2004**

Projektet (projektplan daterad 2003-02-17) har omfattat Dalaortopedin som består av ortopediska kliniken i Mora samt ortopediska kliniken i Falun/Åre/Ludvika. De två områden som Landstinget Dalarna och Länssjukhuset Halmstad enats om att kartlägga noggrannare i ett första skede är planerade höftoperationer respektive lårbensfrakturer. Målet är dock att samtliga patienter skall omfattas av projektet i ett senare skede. Ett delmål är att öka tillgängligheten för patienterna.

2.3 Strategiska avgöranden på ansvarig politisk nivå

Granskningen av beslutsdokument samt intervjuer med tjänstemän på olika nivåer ger en bild av att de ansvariga politikerna har ett stort intresse av och ett starkt engagemang i frågor som rör kvalitet inom hälso- och sjukvården. I dessa överväganden intar tillgänglighet en central plats.

Uttryck för detta engagemang och intresse är utformningen av de styrdokument och de projekt som redovisats tidigare i denna rapport. Samtidigt kan konstateras att de förtroendevaldas insatser huvudsakligen är av allmän natur och i tämligen liten grad kopplade till återföring av information från undersökningar av exempelvis patienternas upplevelse av väntetider eller till analyser av faktiska väntetider inom hälso- och sjukvården.

Vid intervjuer redovisas uppfattningen att de förtroendevalda ofta går in och detaljstyr verksamheten och beslutar i operativa frågor. Att lyfta upp verksamhetsfrågor till poli-

2003-10-31

tiska frågor leder lätt till brister i helhetssynen och minskad uppmärksamhet på strategiska frågor.

2.4 Ansvarsfördelningen för analys av medborgarnas upplevelse av tillgänglighet

Ansvarsfördelningen inom landstinget för insamling, sammanställning och bearbetning av medborgarnas upplevelse av tillgänglighet har fram till omorganisationen i augusti legat på Landstingskansliet. En uppdelning har funnits mellan befolkningsstudier och patientundersökningar. Ansvar för uppföljning av patienternas uppfattningar ligger på verksamhetsnivå medan befolkningsstudierna sköts inom landstingskansliet. Frekventa omorganisationer leder till svårigheter att genomföra åtgärder och försämrar jämförbarheten mellan olika år.

Landstinget Dalarna har varit starkt decentraliserat genom tillämpningen av Dalamodellen. Det görs många mätningar och studier men det saknas enhetlighet och uppföljning. Mycket görs på primärvårdsnivå. Nu går Landstinget mot en mer centraliserad styrning i och med den nu aktuella omorganisationen.

Tidigare låg det på varje enhet att definiera innebörden i begreppet tillgänglighet. Ett arbete har påbörjats inom den tidigare driftsstyrelsen med en landstingsgemensam definition. Detta arbete har dock tappat fart i och med omorganisationen.

I dagsläget är det oklart hur ansvarsfördelningen fortsättningsvis kommer att se ut när det gäller uppföljning av hur medborgarna uppfattar tillgängligheten. Otydligheten beror på att organisationen är föremål för förändring.

3. Analys och kommentarer

3.1 Metoder för att följa upp den upplevda tillgängligheten

Det finns en diskrepans mellan vad Landstinget uttalar om tillgänglighet och vad som sedan följs upp och åtgärdas. Det står mycket litet om upplevd tillgänglighet i årsboksutlåtandet för Hälso- och sjukvården Dalarna. Där är fokus på uppföljning av sjukhusens reella tillgänglighet och inte den upplevda tillgängligheten.

Befolkningsenkäterna som genomförs inom landstinget uppfattas allmänt som en bra produkt med hög kvalitet. Det kan däremot konstateras att de resultat som framkommer ur enkäterna används i mycket begränsad utsträckning på central eller lokal nivå.

Gemensamt för samtliga uppföljningsinstrument inom landstinget är att de redovisar huruvida de olika verksamheterna följt upp olika aspekter, men de tar inte upp fortsatt förbättringsarbete kopplat till dessa uppföljningar. De flesta uppföljningar har en låg analysgrad. Det går att utläsa hur många som mäter men inte vad de mäter.

3.2 Insatser i syfte att öka tillgängligheten

Styrdokumentet inom Hälso- och sjukvården Dalarna har, som nämnts ovan, utvecklats mot ett balanserat styrkort som skall genomsyra samtliga nivåer inom Hälso- och sjukvården Dalarna. Vid intervjuer har flera framfört som en fördel med balanserat styrkort att de måste börja tänka i nya termer, såsom i exempelvis tillgänglighetsaspekter. Tidigare har främst ekonomiska siffror följts upp men praktiskt taget inga produktionsmått.

Vi har vid vår kartläggning kunnat konstatera att kedjan av mål inte går att följa från central nivå till lokal nivå, vilket är nödvändigt för att dessa mål skall kunna följas upp för hela Hälso- och sjukvården Dalarna gemensamt. I dagsläget arbetar många verksamheter med att utveckla mål och mått för sina respektive verksamheter. Dessutom arbetar inte samtliga enheter i landstinget i enlighet med denna modell.

Vid intervjuer med personer ute i verksamheten har framkommit att både processtödet från landstinget och projektet "Genombrottsmetoden är mycket uppskattat". Enheterna uppger att de är i behov av stöd vid genomförande av patientenkäter och dylikt.

3.3 Strategiska avgöranden på ansvarig politisk nivå

Vi kan konstatera att de undersökningar som genomförs inom landstinget endast i liten utsträckning blir underlag för strategiska avgöranden. Vårt förslag är att man vida-reutvecklar och preciserar vad som erfordras för att denna typ av material skall kunna ligga till grund för strategiska beslut.

Med större tonvikt på tydliga strategiska beslut följer ökade krav på uppföljning av verksamhetens mål, resultat och effekter. Vi anser att en tydlig vägledning bör utarbetas för utveckling av resultatredovisningen. En utökad budget- och resultatdialog bör ske med de olika verksamheterna. Bland annat bör en arena skapas för diskussion av tillgänglighetsfrågor

3.4 Ansvarsfördelningen för analys av medborgarnas upplevelse av tillgänglighet

I och med den omorganisation som startade i våras, har ansvarsfördelningen avseende dessa frågor varit oklar centralt. På central nivå har dock större fokus riktats mot just tillgänglighetsfrågor under senare år. Dessutom har tillämpningen av det balanserade styrkortet lett till ökad fokus på tillgänglighetsfrågor i organisationen samt motsvarande krav på uppföljning. På lokal nivå genomförs väntetidsenkäter, telefonundersökningar m.m.

Hälso- och sjukvården Dalarna på central nivå använder sig främst av befolkningsenkäterna för att ta reda på medborgarnas upplevelse av tillgänglighet. Även undersökningar av telefontillgänglighet samt kvalitetsuppföljningar genomförs på central nivå. Det *Genombrottsprojekt* som bedrivits från central nivå har lett till att flertalet uppföljningar av väntetider, telefontillgänglighet mm har skett på lokal nivå. Det har lett till ökad förståelse och kunskap om bland annat tillgänglighetsfrågor, främst på verksamhetsnivå. Trots att uppföljningar har börjat genomföras avseende tillgängligheten, har inga större insatser för att tillämpa dessa erfarenheter redovisats.

De befolkningsenkäter som görs regelbundet tar även upp frågeställningar kring befolkningens uppfattning av tillgänglighet till vård inom landstinget. Användningen av det material som framtagits har dock enligt uppgift vid intervjuer varit begränsad. Det finns ingen funktion inom landstinget som har ansvar för tillämpning och uppföljning av resultatet av dessa enkäter.

Informationen tas väl emot på verksamhetsnivå, där man lokalt försöker göra det bästa av situationen. Rapporterna har också enligt uppgift i många fall lett till intressanta diskussioner i exempelvis Landstingsstyrelsen och uppmärksammats i massmedia. För att rapporterna skall få bestående effekter och bli mer än huvudsakligen produkter

2003-10-31

med tillfälligt uppmärksamhetsvärde fordras en genomtänkt och tydlig organisation och strategi för att tillämpa de lärdomar som materialet ger upphov till.

4. Slutsatser och rekommendationer

Vid intervjuer har framkommit att uppföljning av tillgängligheten anses vara ett eftersatt område. Flera intervjuade har framfört önskemål om att området ägnas större uppmärksamhet. Det finns idag ingen helhetsbild av vilka undersökningar som gjorts inom landstinget på verksamhetsnivå för att mäta tillgängligheten. Enkätundersökningar bör göras gemensamt för de olika enheterna, med samma frågebatteri, så att jämförbarhet uppnås.

De befolkningsenkäter som görs inom landstinget bör användas mer för att förbättra Hälso- och sjukvården Dalarna ur tillgänglighetssynpunkt.

Landstinget bör enligt vår uppfattning även se över hur enheterna fullgör sitt ansvar för medicinska prioriteringar. Ett överordnat mål är exempelvis att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården. I Verksamhetsplan 2004-2007 noteras att det finns en till övervägande delar välfungerande medicinsk prioritering som gör att prioriterade vårdbehov tillgodoses.

Formuleringarna i verksamhetsplanen antyder att prioriteringarna i huvudsak görs lokalt och utan närmare dialog med de förtroendevalda. Vi ser ett behov av att skapa instrument som gör att tydliga prioriteringar av ansvariga förtroendevalda beslutsinstanser kan ligga till grund för lokala prioriteringar. Denna typ av verktyg har vi inte funnit inom landstinget idag.

De förtroendevalda behöver också instrument för att förmedla sina prioriteringar tydligt till medborgarna så att dessa bibringas en realistisk uppfattning om vårdens möjligheter och begränsningar. I formuleringarna i Verksamhetsplan 2004-2007 för Landstinget tonas exempelvis betydelsen av tillgänglighet ned. Vänteproblem anses beröra främst vårdbehov med lägre angelägenhetsgrad. I rapporterna från bland annat befolkningsenkäterna framstår däremot problem med tillgänglighet som en av de vanligaste anledningarna till missnöje med vården.

Mål och mått för uppföljning kan med fördel formuleras på verksamhetsnivå, men det bör finnas ett antal gemensamma indikatorer som ger en helhetsbild av Hälso- och sjukvården Dalarna och möjliggör jämförelser mellan olika enheter. Vid intervjuer har framkommit att detta är målet för ett projekt som drivs inom landstinget. Vårt förslag är att man fortsätter att arbeta med målkedjan och tar fram gemensamma produktions- och kvalitetsmått för samtliga nivåer inom verksamheten. Företrädare för Hälso- och sjukvården Dalarna har framfört behovet av en verktygslåda med referenslista och goda exempel från olika verksamheter. Denna bör finnas centralt för att visa hur man kan göra för att uppnå målen i det balanserade styrkortet. Redovisningen av detta arbete bör presenteras i Hälso- och sjukvården Dalarna:s årsbokslut.

Mål och mått bör inte endast innefatta en kartläggning av hur många som mäter, utan också vad som mäts och hur detta utnyttjas. Landstinget bör inte endast kräva att enheterna redovisar uppföljningar utan bör även övervaka att förbättringar genomförs där det behövs. Till varje verksamhetsplan bör kopplas en aktivitetslista med tidplan som preciserar vilka aktiviteter som behöver genomföras för att angivna mål på kort och lång sikt skall uppnås.

2003-10-31

Analysen vid uppföljningen av mål och mått bör utvecklas för att ge förbättrat underlag för slutsatser beträffande olika insatser och deras effekter.

Vi kan konstatera att uppföljningen kan förbättras för att ge landstingets ledning ett bättre underlag för prioriteringar av olika verksamheter. Våra rekommendationer vad avser tillgänglighet kan sammanfattas i följande punkter:

- Landstingstyrelsen och övriga förtroendevalda beslutsinstanser bör avsätta tid och resurser för regelbundna analyser och bedömningar av medborgarnas upplevelse av tillgängligheten inom hälso- och sjukvården i Dalarna.
- Slutsatserna av dessa analyser bör omsättas i konkreta planer för förbättringsinsatser.
- Sådana insatser bör vara systematiska och långsiktiga med tydlig koppling till genomförande och bevakning av olika insatsers resultat.
- Det är viktigt att politiska prioriteringar uttalas tydligt och förmedlas på ett uttryckligt sätt till medborgare och vårdpersonal.
- Formerna för formulering av mål och styrning av verksamheterna bör utvecklas successivt för att åstadkomma en sammanhängande kedja av uppföljbara mål från central till lokal nivå.
- I målformulering och uppföljning bör tillgänglighet få en framträdande plats.
- Dialogen mellan central och lokal nivå bör förbättras bland annat genom att arenor för möten mellan olika intressenter skapas.

Tema 2

Väntetider i telefon

Innehållsförteckning

1. UPPDRAGET	3
1.1 BAKGRUND OCH SYFTE	3
1.2 FRÅGESTÄLLNINGAR	3
1.3. METOD OCH GENOMFÖRANDE	3
2. UTGÅNGSPUNKTER FÖR GRANSKNINGEN	3
2.1 TELEFONTILLGÄNGLIGHET VID ETT URVAL AV VÅRDCENTRALER I RIKET 2002.....	3
2.2 TELEFONTILLGÄNGLIGHET INOM HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN I DALARNA	4
2.2.1 Central mätning av telefontillgängligheten inom landstinget.....	4
2.2.2 Befolkningssenkäter i Landstinget Dalarna	4
2.2.3 Telefontillgängligheten vid vårdcentraler i Falun.....	5
3. KARTLÄGGNING OCH BESKRIVNING AV NULÄGE	6
3.1 ORGANISATION FÖR ATT FÖLJA UPP OCH UTVECKLA TELEFONTILLGÄNGLIGHETEN.....	6
3.2 STATISTIK FRÅN TELEFONIHETEN I LANDSTINGET	6
3.3 ANSVARSFÖRDELNING FÖR ANSKAFFANDE AV TELEFONILÖSNINGAR.....	6
3.4 ÅTGÄRDER FÖR ATT FÖRBÄTTRA TILLGÄNGLIGHETEN PER TELEFON	6
4. FÄLTSTUDIE VID TRE VÅRDCENTRALER	6
4.1 VÅRDCENTRALEN HEDEMORA	6
4.1.1 Telefontider och tillgänglighet.....	6
4.1.2 Resultat av fältstudien.....	6
4.2 VÅRDCENTRALEN LEKSAND	6
4.2.1 Telefontider och tillgänglighet.....	6
4.2.2 Resultat av fältstudien.....	6
4.3 VÅRDCENTRALEN ORSA	6
4.3.1 Telefontider och tillgänglighet.....	6
4.3.2 Resultat av fältstudien.....	6
4.4 TELEFONTILLGÄNGLIGHETEN I JÄMFÖRELSE MED ANDRA LANDSTING	6
5. ANALYS OCH KOMMENTARER	6
5.1 ORGANISATION FÖR ATT FÖLJA UPP OCH UTVECKLA TELEFONTILLGÄNGLIGHETEN.....	6
5.2 ANSVARSFÖRDELNING FÖR ANSKAFFANDE AV TELEFONILÖSNINGAR.....	6
5.3 LANDSTINGET DALARNA I FÖRHÅLLANDE TILL ANDRA LANDSTING	6
6. SLUTSATSER OCH REKOMMENDATIONER.....	6

1. Uppdraget

1.1 Bakgrund och syfte

Syftet med granskningen är att beskriva och analysera hur Landstinget Dalarna arbetar med att utveckla tillgängligheten per telefon tekniskt och organisatoriskt. I granskningen skall särskilt studeras hur landstinget centralt arbetar med att utveckla denna tillgänglighet, hur svarstider följs upp och analyseras samt hur resultaten omsätts i åtgärder. I studien skall också göras en fältundersökning av tillgängligheten vid vårdcentralerna i Hedemora, Leksand och Orsa.

1.2 Frågeställningar

Enligt uppdragsbeskrivningen skall temagranskningen särskilt uppmärksamma följande frågeställningar:

- Vilken organisation har landstinget för att utveckla, bedöma och följa upp tillgängligheten per telefon?
- Vilken ansvarsfördelning gäller för anskaffande av telefonlösningar etc i syfte att öka tillgängligheten?
- Är resultaten från landstingets egna studier och den genomförda fältstudien acceptabla i relation till situationen i andra landsting eller branscher?

1.3. Metod och genomförande

I granskningen har gjorts en inventering av organisation och ansvarsfördelning vid landstinget för utveckling och uppföljning av tillgängligheten per telefon. Inventeringen har genomförts som en dokumentstudie kompletterad med intervjuer med nyckelpersoner.

Den faktiska tillgängligheten per telefon har verifierats genom fältstudier vid vårdcentralerna i Orsa, Leksand och Hedemora. Resultaten av fältstudierna har jämförts med förhållandena inom andra landsting.

2. Utgångspunkter för granskningen

2.1 Telefontillgänglighet vid ett urval av vårdcentraler i riket 2002

Socialstyrelsen¹ har under vecka 10 och 11 år 2002 genom sina regionala tillsynsenheter granskat tillgängligheten per telefon vid ett urval av vårdcentraler i riket. I granskningen ingick att ringa två telefonsamtal till varje utvald vårdcentral. Ett samtal skulle ringas på måndag och ett på torsdag, i första hand på förmiddagen eller vid angiven telefontid. Vidare ingick i granskningen att ringa ett telefonsamtal till jourmottagning mellan klockan 19 och 21.

Av alla samtal var det tio procent som inte resulterade i kontakt med vårdcentralen. Sex procent av vårdcentralerna gick inte att nå överhuvudtaget. Orsaken vara att det antingen var upptaget, telefonkö eller att svar ej erhöles inom 45 minuter. Av de samtal till vårdcentraler som inte hade telefonpassningssystem hade cirka 65 procent en

¹ Hur tillgänglig är vårdcentralen? Socialstyrelsen, Artikelnr 2002-109-8

2003-10-31

väntetid som var kortare än tio minuter. I 20 procent av samtalen var väntetiden upp till en halvtimme.

Socialstyrelsens undersökning visar att 15 procent av de granskade vårdcentralerna tillämpar någon form av telefonpassningssystem med möjlighet för patienten att bli uppringd senare. Väntetiden från det man ringt upp vårdcentralen tills man blev uppringd varierade från en till fem timmar men var i genomsnitt en till två timmar. Överlag stämde tiden som angetts att man skulle bli uppringd rätt väl med den tid då man blev uppringd.

2.2 Telefontillgänglighet inom hälso- och sjukvården i Dalarna

2.2.1 Central mätning av telefontillgängligheten inom landstinget

I landstingets debattforum framförs en del kritiska synpunkter på systemet med tidsbeställning genom telefonpassningssystemet. Den tid som patienten erbjuds bli uppringd passar inte alltid och det går inte att få någon annan kontakt med vårdcentralen. I andra fall framförs kritik mot att telefonkön är full och patienten uppmanas återkomma nästa dag.

På uppdrag av landstingsledningen utfördes en undersökning om telefontillgänglighet i maj 2002 centralt inom Landstinget Dalarna. Undersökningen genomfördes utifrån uppgifter i Rikstelefonkatalogen 2001. Uppringningen var mycket slumpmässig, utom beträffande mottagningar som har TeleQ. Samtliga 14 mottagningar med TeleQ ringdes upp vid samma tidpunkter. Dessutom ringdes 33 påringningar till 22 sjukvårdsupplysningar, sju påringningar till distriktsläkare, 16 påringningar till distriktsköterskor och 30 påringningar till länssjukvården. Nio påringningar gjordes till övriga vårdgivare inom vårdcentralerna såsom kuratorer, psykologer, ungdomsmottagningar m.m.

Resultatet visade att inom primärvården 15 av 72 påringningar på telefontid har besvarats direkt. TeleQ har ringts upp 40 gånger och har besvarats direkt 25 gånger. Inom länssjukvården har 8 av 22 påringningar besvarats direkt. TeleQ har ringts upp åtta gånger och fyra har besvarats direkt. De fyra som har haft kön fylld var vid alla tillfällen samma enhet. Av samtliga påringningar som gjorts i undersökningen har endast två stycken lämnats helt utan besked.

2.2.2 Befolkningssenkäter i Landstinget Dalarna

➤ 20-64-åringars uppfattning om hälso- och sjukvården i Dalarna

Denna befolkningssenkät som genomförs i landstinget vartannat år sedan 1992 behandlar hur väl befolkningen i Landstinget Dalarna anser att de egna vårdbehoven tillgodosätts och om man anser att vården erbjuds på lika villkor. Den behandlar också väntetider, förtroende, tillgänglighet, bemötande, förebyggande perspektiv i vårdbetbetet m.m. Enkäten skickas till 11 000 invånare i landstinget. Den fråga som behandlar tillgängligheten på telefon i enkäten har följande lydelse:

- Anser Du att det är lätt att komma fram på telefon till Din vårdcentral eller distriktsläkarmottagning?

2003-10-31

I den senaste rapporten² konstateras att nästan hälften av de 120 000 20-64-åringar som vårvintern 2000 brukade vända sig till någon av Landstinget Dalarnas vårdcentraler kunde uppskattas vara direkt missnöjda med möjligheterna att komma fram på telefon. Det motsvarar uppåt 60 000 personer. Antalet personer som svarat nej på frågan ovan är något lägre i undersökningen vårvintern 2003. Antalet missnöjda i landstinget uppskattas ha minskat med omkring 10 000. Att uppskattningsvis 50 000 invånare kan antas ha ett uttalat missnöje med möjligheterna att nå kontakt med sin vårdcentral via telefon indikerar enligt rapporten ett stort verksamhetsmässigt och sjukvårdspolitiskt problem.

➤ **Frågor till äldre om hälsa och sjukvård**

Denna enkät vänder sig till ett urval av befolkningen i åldrarna 70-84 år. Den senaste enkäten har genomförts under vårvintern 2002³. Motsvarande enkätundersökningar genomfördes 1997 och 1993. Den senare omfattade dock också gruppen 85 år och äldre. Enkäten innehåller frågor till målgruppen om socialt kontaktnät, hemhjälp, färdtjänst, sjukvård i hemmet och hjälpmedelsbehov, hälsotillstånd och välbefinnande, sjukvårdsutnyttjande samt uppfattningar om hälso- och sjukvården.

Enligt rapporten uppger omkring var tredje svarande av hemmaboende 70-94-åringar att det vårvintern 2002 inte varit lätt att komma fram på telefon till den vårdcentral de brukar vända sig till i närsjukvårdsområdet.⁴

2.2.3 Telefontillgängligheten vid vårdcentraler i Falun

Under september-november år 2002 har landstinget genomfört undersökningar av telefontillgänglighet vid TeleQ i samtliga vårdcentraler utom en i Falu kommun. Det man undersökt är sista utringningstid, dvs. när systemet för första gången är fullt under dagen. Det finns dock möjlighet att ringa senare och i vissa fall komma fram. Målet är att systemet inte skall vara fullt innan kl.16.00. Resultatet visar att det är en bra bit kvar till målet, men aktiviteter pågår både lokalt och kommunövergripande för att förbättra telefontillgängligheten.

Lokala aktiviteter genomförs på varje enhet för att förbättra telefontillgängligheten. Det kan handla om prioritering och förändring av arbetsuppgifter så att t ex visst sjuksköterskearbete överflyttas på undersköterskor. Andra insatser med syfte att skapa mer telefontider och förbättra arbetsmiljön kan vara att införa mailfunktioner, genom omprioriteringar i budget öka sjuksköterskeresursen eller att internt rotera sjuksköterskor för att minska risken för enformigt arbete.

Eventuellt kommer den länsövergripande sjukvårdsupplysningen som nu arbetar på kvällar och helger att utökas till att även omfatta dagverksamhet. Syftet med denna utökning anges vara att stödja verksamheterna och fungera som ett "överfyllnads-skydd" om en lokal kö är fulltecknad tidigt på dagen.

I intervjuer påpekas dock att den avlastning som den länsövergripande sjukvårdsupplysningen kan erbjuda sannolikt blir rätt begränsad och huvudsakligen kommer att omfatta rådgivning och svar på frågor om egenvård. Enligt statistik från TeleQ i

² 20-64-åringars uppfattningar om hälso- och sjukvården i Dalarna vårvintern 2003. Rapport från Landstingskansliets epidemiologiska utredningsarbete, nr 125, oktober 2003.

³ Frågor till äldre om hälsa och sjukvård. Rapport från Landstingskansliets epidemiologiska utredningsarbete, nr 123, september 2002.

⁴ Ibid. Bilaga 7, diagram 20

Avesta bedömdes frågor som rörde sjukvårdsupplysning utgöra knappt tio procent av samtliga samtal. Övriga samtal avsåg bokning av tider, frågor om provsvar, recept etc. Om den utökade sjukvårdsupplysningen skall finansieras med medel från primärvården erhålls ingen total kapacitetsökning utan endast en omfördelning av resurser.

3. Kartläggning och beskrivning av nuläge

3.1 Organisation för att följa upp och utveckla telefontillgängligheten

Den första kontakten människor har med landstinget Dalarna är oftast via telefon. Det är därför mycket viktigt att telefonservicen fungerar bra och att människor blir korrekt bemötta. En telefonpolicy har skapats i Landstinget Dalarna för att ge riktlinjer och underlätta användning av telefonen som ett viktigt arbetsredskap. Telefonpolicyn finns på landstingets intranät. Länets invånare och andra intressenter skall genom Landstinget Dalarnas telefoniorganisation erbjudas ett effektivt sätt att få kontakt med respektive verksamhet.

Som mål för Landstinget Dalarna gäller att telefonanrop skall besvaras inom fem sekunder. För att möjliggöra mätning av förbättrade åtgärder har två parametrar valts:

- Kundväntetid – tiden som den uppringande får vänta på svar.
- Anträffbarhet – antal samtal som besvaras av den uppringda anknutningen.

Mätning sker kvartalsvis efter överenskommelse med Telefonienheten inom landstinget. Telefonienhetens ansvarsområde är att ansvara för mätningar, utbildning i telefoni, telefonpolicy etc.

Resultatet av den telefontillgänglighetsundersökning som genomförts i landstinget under år 2002 presenteras under rubriken "Utgångspunkter för granskningen" ovan. Det har inte framkommit vid intervjuer att någon uppföljning eller åtgärder utifrån denna undersökning har genomförts. Reflektioner som förts fram avseende denna undersökning är att telefonkatalogen ständigt är inaktuell på grund av byte av telefontider samt att vårdcentraler har olika benämningar på samma sorts mottagningar.

De befolkningsenkäter som genomförs regelbundet inom landstinget behandlar ämnet telefontillgänglighet. Resultatet av denna beskrivs under rubriken "Utgångspunkter för granskningen" ovan. Resultatet används dock i begränsad utsträckning i utvecklingsarbetet centralt i landstinget.

Uppföljning av tillgängligheten per telefon sker annars endast på lokal nivå på initiativ av respektive vårdcentral. Hjälp med val av metod m.m. kan sökas vid behov från "Processstödsgruppen" inom landstinget, Flertalet vårdcentraler har genomfört telefontillgänglighetsundersökningar i samband med införandet av TeleQ.

Utveckling av tillgängligheten per telefon inom landstinget sker främst på lokal nivå. Det är upp till respektive klinik och vårdcentral att bedöma om de vill införa hjälpmedel för telefontillgänglighet i sin verksamhet. Inköpsavdelningen i landstinget rekommenderar TeleQ som telefonihjälpmiddel.

3.2 Statistik från telefonienheten i landstinget

Statistik och mätningar avseende telefontillgänglighet kan beställas från telefonienheten inom landstinget. Detta har dock inte gjorts av Orsa, Leksand och Hedemora under de senaste åren. I intervjuer har framkommit att mätningarna och möjligheten att er hålla statistik från dessa inte alltid varit kända vid vårdcentralerna.

3.3 Ansvarsfördelning för anskaffande av telefonlösningar

Telefonienheten ger information om bl a TeleQ samt erbjuder studiebesök på plats för att testa systemet tekniskt. Upprättande av rutiner kring införandet m.m. står varje enskild vårdcentral själv för. Inom kort kommer ett webbaserat TeleQ att införas hos de 19 enheter som har redan har infört TeleQ. Utbildning inom detta kommer att ske i mitten av oktober på initiativ av telefonienheten.

Vid intervjuer har framkommit att enheterna saknar stöd vid införandet av olika telefonlösningar samt upprättande av rutiner kring detta, anmälan till kurser m.m. Det har också framkommit att det saknas instrument exempelvis enkäter för uppföljning av hur telefontillgängligheten fungerar. En del vårdcentraler har framfört att de gärna skulle vilja genomföra enkätundersökningar eller dylikt om telefontillgängligheten, men saknar mallar för detta och kunskap om genomförande.

3.4 Åtgärder för att förbättra tillgängligheten per telefon

Under senare år har flertalet vårdcentraler infört TeleQ som telefonlösning. Detta har emottagits både positivt och negativt av befolkningen i landstinget Dalarna. Vid intervjuer med personal i verksamheten samt på central nivå inom landstinget har följande aspekter betonats:

Positivt med TeleQ

- Flertalet patienter tycker att det är lättare att komma fram.
- Den uppringande slipper sitta i kö.
- Sjuksköterskor ges möjlighet att förbereda samtalet med patienten innan de ringer upp.
- Systemet uppfattas som mindre stressigt för sjuksköterskorna. De kan ta sig tid till samtalet.

Negativt med TeleQ

- Systemet uppfattas som opersonligt.
- Patienten får inte någon första bedömning vid det inledande samtalet.
- Det kan vara svårt att förstå instruktioner.
- En del patienter hinner inte uppfatta vad som sägs och ges ingen möjlighet att fråga om.
- Kösystemet kan bli fulltecknat.
- Många skräpsamtal tar upp plats.
- Det görs ingen prioritering av samtal.
- Uppringningskostnader kan bli dyrare om mobiltelefoner används.
- Systemet har fokus på arbetsmiljön och inte på patienterna. Det är en lösning för personalen.
- Många tror att systemet inte kräver bemanning. Det är trots allt bara ett verktyg. Det är viktigt att följa upp och utveckla systemet med successiva anpassningar.

2003-10-31

4. Fältstudie vid tre vårdcentraler

Fältstudien avseende TeleQ i Hedemora och Leksand har genomförts med samma metod som den undersökning av telefontillgängligheten som Hälso- och Sjukvården Dalarna genomförde i maj år 2002. Två påringningar har gjorts vid olika tillfällen och på samtliga av vårdcentralens linjer för TeleQ. Dagar och tider för uppringning redovisas i tabellerna nedan. Svaren har delats upp i följande kriterier:

- Tid för återuppringning samma dag.
- Kön fylld. Hänvisning till nästkommande vardag.
- Samtalet placerat i telefonkö.
- Ur funktion.

Vid Orsa vårdcentral, som inte har TeleQ, har uppringning skett vid omkring klockan 9 måndag och onsdag. Dessutom har undersökningen innefattat uppringning vid angivna telefontider vid samtliga tre vårdcentraler till distriktsköterska, sjukgymnast osv. Svaren har då delats upp i följande kriterier:

- Svar inom 3 signaler.
- Svar efter 4-8 signaler.
- Ställd i kö.
- Upptaget.
- Inget svar efter 8-10 signaler.
- Stängt på grund av utbildning.

4.1 Vårdcentralen Hedemora

4.1.1 Telefontider och tillgänglighet

Hedemora kommun har 15 623 invånare som betjänas av vårdcentralerna i Hedemora och Långshyttan. Befolkningsunderlaget för vårdcentralen i Hedemora utgör cirka 12 200 invånare.

Vårdcentralen Hedemora införde TeleQ i början av år 2000. Linjerna bemannas av sjuksköterskor eller distriktsköterskor. Information om telefontider och telefonnummer finns på vårdcentralen samt har åtskilliga gånger meddelats i lokalpressen. I övrigt finns telefontid till:

- Barnvårdcentralen kl. 8.30 – 9.15, alla dagar utom torsdagar.
- Mödravårdcentralen har telefontid 8.00 – 9.00, måndagar – fredagar.
- Sjukgymnastiken har telefontid 8.30 – 9.30.
- Reception endast för återbud till tidsbeställning.
- Laboratoriet öppet för tidsbeställning 8.00-16.00, måndagar till torsdagar. Fredagar – 15.00.
- Hemsjukvården telefontid 8.30 – 9.30, måndag – fredag. Telefonsvarare i övrigt som avlyssnas flera gånger per dag enligt rutiner.

Vårdcentralen har fyra linjer för TeleQ öppna klockan 07.55-09.25 samt tre linjer 09.45-12.00. Dessa tar emot 26 respektive 20 samtal per timme. Klockan 13.00-16.55 tar vårdcentralen emot cirka 8-10 samtal per timme. Kvällar klockan 17.00-23.00 samt dagtid helger kopplas samtal automatiskt till AMR (Akutmedicinsk rådgivning) på Falu

2003-10-31

lasarett. Patienten har också möjlighet att vända sig till Sjukvårdupplysningen. Nattetid finns SOS Alarm tillgängligt.

Vid Vårdcentralen Hedemora genomfördes en enkätstudie hösten 2001 efter införandet av TeleQ. Hundra enkäter delades ut i väntrummet till patienter som tidigare ringt upp vårdcentralen. 83 av dessa lämnades in ifyllda. Frågorna gällde om det var lättare att komma fram till vårdcentralen efter införandet av TeleQ, om patienten blev uppringd på utlovad tid, om patienten förstått telefoninstruktionerna m.m. Resultatet visade på en mycket positiv inställning till TeleQ. Ca 65 % av de svarande hade dock någon gång fått beskedet att telefonkön var fulltecknad. 40 % hade upplevt detta som ett problem. I ett fält med plats för egna kommentarer fick vårdcentralen information om förbättringsområden.

4.1.2 Resultat av fältstudien

Vårdcentralen Hedemora

	måndag 22 september kl 14.00-14.10	onsdag 1 oktober kl.10.30-10.40
Vårdcentral 0225-496501 0225-496502 0225-496503	Samtalskön fulltecknad Samtalskön fulltecknad Samtalskön fulltecknad	Samtalskön fulltecknad Samtalskön fulltecknad Samtalskön fulltecknad
Barnvårdcentral 0225-496568	måndag 29 september ca kl.9.00 Upptaget 3 ggr i följd.	onsdag 1 oktober ca kl.9.00 Upptaget 3 ggr i följd.
Mödravårdcentral 0225-496565 0225-496566 0225-496579	Upptaget Svar efter 2 signaler Telefonsvarare	Möte hela dagen Tjänsteresa Tjänsteresa
Sjukgymnast 0225-496570	Svar efter 1 signal	5 signaler, därefter telefonsvarare med uppgift att det var stängt den 1 oktober.
Laboratorium 0225-496540	Ej svar	Svar efter 3 signaler
Hemsjukvård 0225-496552	Telefonsvarare efter fem signaler - lämna meddelande	Telefonsvarare efter fyra signaler - lämna meddelande

Efter fältstudien har Vårdcentralen Hedemora redovisat att TeleQ måndagen 22 september var inställd på att ta emot 119 samtal men tog emot 124. Så många personer kom således fram och fick sitt samtal den dagen. Hur många som inte kom fram går inte att mäta vid vårdcentralen med nuvarande version av TeleQ.

Onsdagen 1 oktober hade Vårdcentralen Hedemora planeringsdag. Detta hade annonserats i lokalpressen med uppgift om att verksamheten vid telefonerna och på mottagningen var starkt reducerad. En sjuksköterska svarade för telefonsamtal och en för mottagningen. TeleQ var inställd på 8 samtal per timme men tog emot sammanlagt 75 samtal under dagen. Mödrahälsovården och sjukgymnastiken vid vårdcentralen var stängda den 1 oktober. Hemsjukvården svarade i sin mobiltelefon och lyssnade av meddelanden.

4.2 Vårdcentralen Leksand

4.2.1 Telefontider och tillgänglighet

Leksands kommun har 15 372 invånare som betjänas av Vårdcentralen Leksand. Vårdcentralen införde TeleQ under år 2001. Det finns två linjer att ringa in på. En är avsedd för invånare i södra Leksand och en för invånare i norra delen av kommunen. Information om telefontider och telefonnummer finns på vårdcentralen samt har åtskilliga gånger kommunicerats i lokaltidningen. Dessa stationer är bemannade med sjuksköterskor vid följande tider på två linjer:

- Fyra sjuksköterskor förmiddagar måndag – onsdag. På eftermiddagar två sjuksköterskor.
- Två sjuksköterskor torsdag – fredag.

Distriktsköterskorna har telefontid 8.30-9.30. För avbokning av tid finns ett särskilt telefonnummer att ringa.

I mars år 2002 genomfördes en enkätundersökning vid vårdcentralen. Undersökningen riktade sig till de patienter som tagit kontakt med vårdcentralen genom TeleQ. Antal svar i enkäten var 62. Resultatet visade att samtliga tillfrågade ansåg att det var lätt eller mycket lätt att förstå instruktionerna. Väntetiderna för återuppringning uppgick till mellan 10 minuter och upp till fem timmar. Mer än hälften av de svarande angav att uppringning skett på angiven tid. Tre personer uppgav att tiden skilt med mer än 20 minuter. I ett av dessa fall var differensen 45 minuter. 48 personer (77 %) ansåg att det blivit lättare eller mycket lättare att nå vårdcentralen per telefon efter att TeleQ införts. 12 personer redovisade ingen åsikt. En svarade att det blivit mycket sämre med TeleQ och önskade personlig kontakt direkt.

4.1.2 Resultat av fältstudien

Vårdcentralen Leksand

Vårdcentral 0247-494920 0247-494940	måndag 22 september kl 14.00-14.10 Skulle återkomma kl.15.00. Ringde kl.15.09. Skulle återkomma kl.14.15. Ringde tillbaka denna tid.	onsdag 1 oktober kl.10.30-10.40 Skulle återkomma kl.11.05. Ringde ej. Vi ringde och kontrollerade att vi stod kvar i kön. Ringde aldrig tillbaka Skulle återkomma kl.11.15. Ringde kl.11.07
Distriktssköterskor Söder 0247-494945 Insjön 0247-498930 Norr 0247-494925 Siljansnäs 1247-498940 Djura 0241-498599	måndag 29 september ca kl.9.00 Svar efter 1 signal Svar efter 3 signaler Svar efter 2 signaler Svar efter 1 signal Upptaget 3 ggr i följd.	onsdag 1 oktober ca kl.9.00 Ställd i kö Ställd i kö Ställd i kö Upptaget 3 ggr i följd Inget svar efter > 15 signaler

4.3 Vårdcentralen Orsa

4.3.1 Telefontider och tillgänglighet

Orsa kommun har 7 065 invånare som betjänas av Vårdcentralen Orsa. Vårdcentralen tillämpar inte TeleQ. Den har telefontider vardagar 8-12 och 13-16 för rådgivning och tidbokning. Tider och telefonnummer kommuniceras via lokalpressen. I den mån resurser finns tillgängliga är telefonen bemannad av sjuksköterska, men det är främst undersköterskor som svarar i telefon. Under morgontimmarna har vårdcentralen ofta två ingående telefonlinjer. Övriga telefontider med direktnummer är:

- Distriktssköterskemottagning kl.8.30-9.30 på vardagarna (2 linjer).
- Barnhälsovård kl.8.30-9.30, vardagar.
- Mödrahälsovård kl.8.00-9.00, måndag – torsdag.
- Ungdomsmottagning, måndagar kl.13-18.30.
- Sjukgymnast kl.8.30-9.00, vardagar.

När rådgivning av läkare behövs försöker sjuksköterskorna koppla över telefonen till en läkare direkt. Det går även att boka telefontid hos läkare. Läkarna har en halvtimme på morgonen och en halvtimme efter lunch då de ringer upp patienter som önskat återuppringning. Återuppringning sker samma dag eller nästa morgon.

Tidigare hade Vårdcentralen Orsa telefontid kl.8-10 på vardagar, vilket har meddelats via massmedia. Långt efter införandet av nya telefontider hänger dessa gamla tider kvar hos befolkningen i kommunen. Telefonen är ofta överbelastad just dessa tider.

2003-10-31

Ledningen för vårdcentralen försöker råda bot på detta med ytterligare annonsering i pressen.

Vårdcentralen Orsa har inte genomfört undersökningar avseende telefontillgänglighet.

4.3.2 Resultat av fältstudien

Vårdcentralen Orsa

	måndag 29 september ca kl.9.00	onsdag 1 oktober ca kl.9.00
Vårdcentral 0250-498800	Upptaget 3 ggr i följd.	Ställd i kö
Barnvårdcentral 0250-498814	Svar efter 1 signal	Svar efter 2 signaler
Mödravårdcentral 0250-498845	Svar efter 1 signal	5 signaler, därefter telefonsvarare med uppgift att det var stängt den 1 oktober.
Distriktssköterskor 0250-498820 0250-498830	Upptaget 3 ggr i följd. Svar efter 2 signaler.	Upptaget 3 ggr i följd. Svar efter 2 signaler.
Sjukgymnast 0250-498805	11 signaler gick fram - sedan upptaget	Svar efter 3 signaler

4.4 Telefontillgängligheten i jämförelse med andra landsting

I den tidigare refererade undersökningen av telefontillgängligheten vid ett urval av vårdcentraler och husläkarmottagningar konstaterar Socialstyrelsen att drygt tio procent av alla samtal inte resulterar i kontakt med vårdcentralen. Det betyder således att kontakt kan antas ha etablerats i 90 procent av uppringningarna.

En studie av telefontillgänglighet till sjukvården i Södra Stockholms Sjukvårdsområde i maj 2002 visar att knappt 80 procent av kontrollsamtal till husläkarmottagningarna var godkända, dvs. uppringaren fick kontakt med husläkarmottagningen inom maximalt tre kontaktförsök. I genomsnitt fick således 16 av 20 kontrollsamtal godkänt.

Vid Vårdcentralen Angered genomfördes i maj 2002 en telefonmätning. I denna besvarades 238 samtal till sjuksköterskans telefon medan 46 registrerades som obesvarade. Det motsvarar en svarsfrekvens på drygt 80 procent. Av de 238 besvarade samtalen svarade sjuksköterskan inom 3 signaler på 70 procent inom 4-6 signaler på 20 procent och efter 7 signaler på 10 procent av samtalen.

I den tidigare redovisade undersökningen av telefontillgängligheten inom hälso- och sjukvården i Dalarna framkom att primärvården direkt besvarade 15 av 72 påringningar. TeleQ ringdes upp 40 gånger och svar lämnades direkt 25 gånger. Om vi lägger samman dessa resultat får vi fram att kontakt etablerats i 40 av 112 uppringningar. Det motsvarar en svarsfrekvens av drygt 35 procent.

2003-10-31

Det material från fältundersökningen som redovisats ovan har ställts samman i tabellen nedan som visar i vilken utsträckning kontakt med de uppringda enheterna kunnat etableras eller ej. Kriteriet för att ett uppringningstillfälle skall klassas som kontakttillfälle är att

- svar erhållits efter någon eller några ringsignaler,
- den uppringande placerats i telefonkö,
- den uppringande mötts av en telefonsvarare med möjlighet att lämna meddelande, eller
- svar lämnats av TeleQ och uppringning skett inom utlovad tid.

Resultaten av denna sammanställning redovisas i tabellen nedan.

	Hedemora		Leksand		Orsa		Summa	
	<i>Antal</i>	<i>Procent</i>	<i>Antal</i>	<i>Procent</i>	<i>Antal</i>	<i>Procent</i>	<i>Antal</i>	<i>Procent</i>
Kontakt	6	30,0	10	71,4	7	58,3	23	50,0
Ej kontakt	14	70,0	4	28,6	5	41,7	23	50,0
Påringningar	20	100,0	14	100,0	12	100,0	46	100,0

De ovan refererade studierna har genomförts med varierande metoder och resultaten är därför inte utan vidare jämförbara. De kan dock enligt vår uppfattning ge underlag för en del diskussioner om telefontillgängligheten i Landstinget Dalarna allmänt respektive vid de tre granskade vårdcentralerna.

I Socialstyrelsens undersökning redovisas att kontakt etablerats i 90 procent av uppringningarna. De båda undersökningarna i Stockholms läns landsting respektive Västra Götalandsregionen pekar på en motsvarande frekvens om cirka 80 procent.

Den centrala studien i Landstinget Dalarna tyder på att kontakt etablerats endast i drygt 35 procent av genomförda uppringningar. Vår fältstudie ger något bättre resultat sammantaget för de tre vårdcentralerna i genomsnitt men visar på utomordentligt stor spridning mellan dem. Vårdcentralen i Leksand hamnar relativt nära resultaten för de båda exemplen från andra sjukvårdshuvudmän. De båda andra får väsentligt sämre resultat. Det finns dock skäl att notera att vår studie omfattar ett relativt litet antal observationer och därmed är känslig för slumpvariationer.

I vår undersökning uppvisar Vårdcentralen i Hedemora sämst telefontillgänglighet. Det kan till viss del hänga samman med att fältstudien 1 oktober sammanföll med vårdcentralens planeringsdag. Enligt den policy som gäller för vårdcentralen skall dock telefonkön i TeleQ inte vara fulltecknad förrän tidigast klockan 15. Det är en timme tidigare än motsvarande riktmärke för vårdcentralerna i Falun. Samtalskön i TeleQ i Hedemora var dock fulltecknad redan klockan 10 respektive 14 vid samtliga de sex tillfällen då vi ringde upp.

I en särskild rapport om serviceprofiler vid vårdcentralerna redovisas material ur landstingets tidigare nämnda befolkningsenkät⁵. I serviceprofilen ingår bland annat andelen tillfrågade som svarat nej på frågan "Anser Du att det är lätt att komma fram på telefon till Din vårdcentral/distriktsläkarmottagning?" Telefontillgängligheten i Hedemora och

⁵ Serviceprofiler för Landstinget Dalarnas vårdcentraler m m. Rapport från Landstingskansliets epidemiologiska utredningsarbete, nr 126, oktober 2003.

2003-10-31

Leksand bedöms i denna redovisning som bättre medan Vårdcentralen Orsa bedöms som något sämre än genomsnittet för landstinget.

5. Analys och kommentarer

5.1 Organisation för att följa upp och utveckla telefontillgängligheten

Landstinget Dalarna förfogar enligt vår bedömning över en väl fungerande organisation och metod för att löpande följa upp telefontillgängligheten inom landstinget. Mätning sker kvartalsvis efter överenskommelse med Telefonienheten. Denna har också ansvar för utbildning i telefoni, utveckling av telefonpolicy m m.

Telefonienheten genomför mätningar och sammanställer resultat men har inget ansvar för hur insamlade uppgifter utnyttjas. Vi menar att Landstingsstyrelsen bör ta initiativ till att skapa en tydlig organisation för uppföljning, analys och förbättringsåtgärder när det gäller telefontillgängligheten. Det kan t ex ske genom att telefonienheten ges ett tydligare mandat och uppdrag att regelbundet rapportera till Landstingsstyrelsen om utvecklingen av telefontillgängligheten i landstinget.

Enligt vår mening bör Landstingsstyrelsen aktivt och uthålligt engagera sig i formulering av en tydlig och enhetlig landstingsövergripande telefonpolicy och verka för att denna policy också blir verklighet. Vårdcentralen i Hedemora har t ex som ett mål att telefonkön för TeleQ inte skall vara full förrän tidigast klockan 15. Motsvarande tid för vårdcentralerna i Falun anges till klockan 16. I båda fallen förefaller de uppsatta målen betraktas som långt från sitt uppfyllande.

5.2 Ansvarsfördelning för anskaffande av telefonlösningar

Ansvar för utveckling av tillgängligheten per telefon vilar huvudsakligen på de lokala verksamheterna. Det är upp till varje enhet att bestämma om vilken teknik för förbättrad tillgänglighet som skall tillämpas. Enheterna avgör också själva om de skall medverka i eller genomföra undersökningar av telefonitillgängligheten, om de skall ta del av statistik som tillhandahålls av telefonienheten och hur sådan information i så fall skall utnyttjas. Ur vårt material framgår dock att möjligheterna att erhålla statistik inte alltid är kända ute bland verksamheterna.

De möjligheter till lokal anpassning av olika lösningar som erbjuds genom det decentraliserade ansvaret har stora fördelar men behöver balanseras av en tydligare central styrning för att tillgodose exempelvis hälso- och sjukvårdslagens mål om god vård på lika villkor för hela befolkningen. Vår studie visar på stora skillnader mellan de undersökta vårdcentralerna vilket inte kan anses förenligt med kravet på tillgång till vård på lika villkor.

Även här menar vi att det i första hand är en uppgift för Landstingsstyrelsen att ta initiativ till att etablera en organisation och en resursfördelning som stöder en utveckling mot utjämning och likvärdighet genom att insatser främst riktas mot de områden där avståndet mellan mål och verklighet är störst. Det handlar dock här inte enbart om tekniska lösningar utan lika mycket eller mer om resurser, organisation och arbetsförhållanden.

2003-10-31

5.3 Landstinget Dalarna i förhållande till andra landsting

Den tredje fråga som formulerats i uppdraget är om resultaten från landstingets egna undersökningar och den genomförda fältstudien visar på att telefontillgängligheten i Landstinget Dalarna är acceptabel i jämförelse med förhållandena inom andra landsting och branscher.

Som tidigare redovisats är det svårt att göra några mer tillförlitliga jämförelser mellan olika undersökningar eftersom metoder och utformning skiljer sig åt och inte alltid redovisas tydligt. De jämförelser vi kunnat göra tyder dock på att det finns ett betydande utrymme för förbättringar av telefontillgängligheten inom Landstinget Dalarna.

Enligt vår mening är det mer fruktbart att jämföra faktiska förhållanden med den policy och de mål som landstinget formulerat. Vi kan notera att det finns betydande skillnader mellan olika verksamhetsområden vilket indikerar behov av riktade insatser på områden där förhållandena kan anses som mest otillfredsställande.

Problemen med telefontillgängligheten är samtidigt väl kända inom landstinget. Redan i rapporten om serviceprofiler 2001⁶ noteras exempelvis att dålig telefontillgänglighet i allmänhet visat sig vara den främsta anledningen till att missnöje rått med landstingets vårdcentraler. De lokala variationerna redovisas som betydande och ibland direkt anmärkningsvärda.

Av de cirka 120 000 20-64-åringar i länet som brukar vända sig till en av Landstinget Dalarnas vårdcentraler uppskattades år 2000 uppåt 60 000 vara missnöjda med telefontillgängligheten. I rapporten nr 125 år 2003 uppskattas antalet som är missnöjda med telefontillgängligheten ha minskat med cirka 10 000 till omkring 50 000. I rapporten framhålls att vårdcentralernas tillgänglighet per telefon trots dessa förbättringar fortsatt utgör ett stort verksamhetsmässigt och sjukvårdspolitiskt problem.

6. Slutsatser och rekommendationer

Tillgänglighet per telefon är en central del av landstingets service till medborgarna. Det gäller inte minst primärvården. Först när patienten nått kontakt och framfört sitt ärende är det möjligt att prioritera med hänsyn till bedömning av vårdbehovets angelägenhetsgrad. Kapaciteten att ta emot och adekvat behandla inkommande samtal behöver ständigt anpassas med hänsyn till efterfrågan.

Ett sätt att förbättra tillgängligheten utgör den utveckling av TeleQ som förutskickats där den uppringande ges möjlighet att med knapptryckningar slussas vidare till exempelvis funktioner för rådgivning, tidsbeställning eller receptförnyelse. Kapaciteten på respektive linjer kan då anpassas efter belastningen på var och en av dessa.

I fall då tekniken med TeleQ inte tillämpas kan det finnas skäl att överväga i vilken utsträckning andra personalgrupper möjligen kan avlasta kvalificerad hälso- och sjukvårdspersonal genom att notera de uppringandes önskemål, vara en buffert för skräpsamtal som anses vara ett växande problem och kanske boka tider för besök enligt uppjordade scheman.

⁶ Sjukvårdsutnyttjande, serviceprofiler för Landstinget Dalarnas vårdcentraler m m. Rapport från Landstingskansliets epidemiologiska utredningsarbete, nr 114a, februari 2001.

2003-10-31

Vår generella slutsats av det material om telefontillgänglighet som redovisats ovan är att det är angeläget att de förtroendevalda inom landstinget aktivt, tydligt och kontinuerligt engagerar sig i dessa frågor. Förbättringar förutsätter långsiktiga och uthålliga insatser där ett uttalat stöd från de förtroendevalda är ett grundläggande villkor. Mål om exempelvis tillgänglighet måste stämmas av mot dimensionering och fördelning av resurser. Tydliga prioriteringar behöver förmedlas till både vårdpersonal och medborgare i landstinget.

Enligt vår bedömning är det i första hand en uppgift för Landstingsstyrelsen eller andra förtroendevalda beslutsinstanser att ge detta stöd. För att fullfölja uppgiften att förbättra telefontillgängligheten bör dessa därför

- Ta initiativ till en tydlig organisation med uppgift att följa upp, utvärdera och utveckla telefonitjänsten med sikte på jämn och hög tillgänglighet i hela landstinget.
- Formulera en policy för telefonitjänsten där bland annat kraven på tillgänglighet preciseras tydligt och uppföljningsbart och stäms av mot tillgängliga resurser.
- Föra ut klart formulerade budskap till medborgarna om hälso- och sjukvårdens möjligheter och begränsningar vad gäller bland annat tillgänglighet.
- Förmedla policy och prioriteringar till verksamhetsansvariga.
- Fördela resurser så att likvärdiga villkor skapas för alla berörda enheter.
- Säkra erforderligt stöd till enheterna i utvecklingen av tillgängligheten per telefon.
- Kräva regelbunden rapportering av effekter av beslutade åtgärder.
- Pröva förutsättningarna att där så är lämpligt utnyttja annan personal än sådan med kvalificerad hälso- och sjukvårdsutbildning för att ta emot och registrera inkommande telefonsamtal.

Tema 3

Alternativa modeller för patientmottagning

Innehållsförteckning

1. UPPDRAGET	3
1.1 BAKGRUND OCH SYFTE	3
1.2 FRÅGESTÄLLNINGAR	3
1.3. METOD OCH GENOMFÖRANDE	3
2. UTGÅNGSPUNKTER FÖR GRANSKNINGEN	3
2.1 MODELLER FÖR PATIENTMOTTAGNING I RIKET.....	3
3. KARTLÄGGNING OCH BESKRIVNING AV NULÄGE	4
3.1 EFFEKTER AV OLIKA SYSTEM FÖR PATIENTMOTTAGANDE	4
3.1.1 <i>Vårdcentralen Sälen</i>	4
3.1.2 <i>Vårdcentralen Hedemora</i>	5
3.2. HUR FÖLJER LANDSTINGET UPP OCH TILLVARATAR ERFARENHETER?	7
3.3 BLIR OLIKA MODELLER FÖREMÅL FÖR DISKUSSION I POLITISKA ORGAN?	7
4. ANALYS OCH KOMMENTARER	7
5. SLUTSATSER OCH REKOMMENDATIONER.....	8

1. Uppdraget

1.1 Bakgrund och syfte

Det finns inom ramen för landstingets vårdcentraler olika sätt att organisera mottagandet av patienter. En tillämpad modell är att mottagandet bygger på att tid beställs per telefon. En annan modell är mottagande huvudsakligen baserat på spontanbesök. Varje tillämpat sätt att ta emot patienter har sina egna för och nackdelar

Syftet med granskningen är att jämföra systemen för mottagande vid Sälens vårdcentral och Hedemora vårdcentral samt analysera de effekter som de olika systemen har ur ett medborgarperspektiv

1.2 Frågeställningar

Enligt uppdragsbeskrivningen skall temagranskningen särskilt uppmärksamma följande frågeställningar:

- Vilka effekter ur ett medborgarperspektiv har de granskade vårdcentralernas system för att ta emot patienter.
- Hur följer landstinget upp och tillvaratar de kunskaper som kunnat inhämtas vid tillämpningen av olika modeller?
- På vilket sätt blir de modeller som tillämpats föremål för diskussion och/eller avgörande i politiska organ?

1.3. Metod och genomförande

I granskningen görs en jämförande fältstudie av enheterna i Sälén respektive Hedemora för att få en tydlig bild av likheter och skillnader när det gäller sättet att ta emot patienter. Fältstudien har inletts med genomgång av relevanta dokument och följts upp med intervjuer med företrädare för de båda enheterna. Vi har prövat i vilken utsträckning för- och nackdelar med olika lösningar blir föremål för diskussion av tjänstemän och förtroendevalda i olika beslutande församlingar och hur relevanta erfarenheter tas till vara och sprids i landstinget.

2. Utgångspunkter för granskningen

2.1 Modeller för patientmottagning i riket

I sina webbaserade mätningar av väntetiderna till allmänläkarbesök redovisar Landstingsförbundet¹ också bakgrundsfakta om de tillfrågade vårdcentralerna. Vid mätningen 25 mars 2003 fanns allmänläkarmottagning, sjuksköterskemottagning, mödrahälsovård och barnhälsovård vid närmare hälften av de 810 vårdcentralerna. Antalet enheter som endast hade allmänläkarmottagning utgjorde tre procent. Vid ungefär hälften av vårdcentralerna fanns 2-4 läkartjänster inrättade och vid 38 procent 5-7 läkartjänster.

Vid knappt en tredjedel av vårdcentralerna var avståndet mindre än fem km till närmaste sjukhus med akutmottagning som är öppen dygnet runt. Av vårdcentralerna hade 26

¹ Väntetider i vården. Väntetider till allmänläkare, tredje nationella mätningen, vården 2003. Landstingsförbundet 2003-05-12.

2003-10-31

procent mellan 11 och 30 km till närmaste akutsjukhus. Längre än 50 km hade 12 procent av vårdcentralerna.

Vid 14 procent av vårdcentralerna ingick morgon- och/eller kvällsöppet i den ordinarie öppettiden för allmänläkarmottagningen. I genomsnitt hade vårdcentralerna öppet åtta till nio timmar per dag. Av vårdcentralerna redovisar 16 procent att de har öppen mottagning vilket innebär att patienterna kan komma till vårdcentralen utan att boka tid. Tre huvudmän – Gotlands kommun, Blekinge läns landsting samt Landstinget Dalarna – redovisar ingen vårdcentral med öppen mottagning.

3. Kartläggning och beskrivning av nuläge

3.1 Effekter av olika system för patientmottagande

3.1.1 Vårdcentralen Sälen

Vårdcentralen Sälen innefattar distriktsläkar- och distriktssköterskemottagning med barnhälsovård, mödrahälsovård, arbetsterapi och sjukgymnastik. Vårdcentralen är under turistsäsong uppdelad i en traditionell vårdcentral och en turistläkarmottagning. Befolkningsunderlaget under högsäsong varierar mellan 25 000-75 000 personer i veckan. Under lågsäsong är befolkningsunderlaget omkring 1 800 plus ett mörkertal på ca 1 500 turister.

Vid Vårdcentralen Sälen finns en läkare, två sjuksköterskor med tjänstgöring 80% och en med tjänstgöring 40% som också är vårdcentralschef samt en läkarsekreterare med tjänstgöring 80%. Vid distriktssköterskemottagningen finns två sjuksköterskor med tjänstgöring 80% respektive 75% samt två undersköterskor med tjänstgöring 75% vardera.

Sälens turistläkarmottagning är en av Europas största skidskademottagningar och har öppettider november till maj samt under sommarperioden juni till augusti. Verksamheten har funnits i ca 25 år och har under åren utvecklats i takt med den övriga verksamheten i Sälens fjällområde. Mottagningen ligger i Sälens by och hyr lokaler i en centrumbyggnad. Lokalerna har under åren funktionsanpassats i syfte att få ett gott omhändertagande av patienten.

Turistläkarmottagningen fungerar under högsäsong som en öppen mottagning utan tidsbeställning i vilket vid hög belastning kan innebära väntetider på upp till tre timmar. Läkarbemanningen sker, genom egen rekrytering, med tre till fyra läkare i veckan lördag till lördag. Läkare finns också tillgänglig uppe vid skidbackarna. Röntgenundersökningar är en självklar del i verksamheten och uppgick till ca 2 500 år 2001.

Öppettiderna under högsäsong är alla dagar från 8.00 – 21.00 med jour alla nätter. Patientflödet varierar mellan 25-110 patienter om dagen. Ca 35 % av besöken är skidåkningsrelaterade skador och kan till 95 % behandlas så att skidsemestern inte behöver avbrytas.

Kortsiktigt mål är att 80 % av patientbesöken skall gå till turistläkarmottagningens verksamhet. Resterande 20 % sker vid anpassade läkarmottagningar i Tandådalen och Granfjällsstöten. Dessa verksamheter regleras via samverkansavtal mellan landstinget Dalarna och mottagningarnas företrädare. Långsiktigt mål är att 85 % av patientbesöken skall ske vid turistläkarmottagningens egen verksamhet.

2003-10-31

Personalstyrkan är följande under skidsäsongen:

- | | |
|---|-----------------|
| • 1 st verksamhetschef/sjukskötare | 1 tjänst |
| • 6 st sjuksköterskor | 4,75 tjänster |
| • 3 st läkarsekreterare | 3 tjänster |
| • 1 st röntgenassistent | 0,10 tjänst |
| • 4-5 läkare varje vecka med ca 10 timmars aktivt arbete per läkare och vecka. Under lågsäsong endast 1 läkare. | 1-1,20 tjänster |

Verksamhetschefen vid vårdcentralen har ett urval av ca 90 läkare som han bokar in valfri vecka under högsäsong. De flesta läkarna är verksamma som specialister inom ortopedi, kirurgi eller allmänmedicin.

3.1.2 Vårdcentralen Hedemora

Befolkningsunderlaget för Vårdcentralen Hedemora utgör 12 200 invånare. I början på 1990-talet hade vårdcentralen åtta vårdlag bestående av läkare, distriktssköterska och undersköterska. De hade telefontid på morgonen, öppen mottagning, bokad mottagning, hembesök mm. Detta fungerade enligt uppgift mycket bra.

Sedan blev ekonomin sämre, läkare slutade och det blev svårt att rekrytera nya. Stafettläkare kom att utnyttjas i allt större utsträckning. För att klara sina uppgifter delades verksamheten upp i tre stora vårdlag. Det var då inte möjligt att fortsätta med öppen mottagning. Telefontiden var 7.30 – 17.00 för en sköterska som tog emot cirka 60 samtal per dag. Respektive vårdlag hade 1 timmes telefontid per dag. År 2000 infördes TeleQ efter att ha diskuterats i cirka 1,5 år. Denna bemannas främst av distriktssköterskor eller sjuksköterskor. Verksamheten vid vårdcentralen omfattar för närvarande:

- Läkarmottagning.
- Distriktssköterskemottagning med diabetesmottagning och hypertoniomottagning .
- Barnvårdcentral. och barnmorskemottagning.
- Ungdomsmottagning.
- Asylmottagning.
- Sjukgymnastik.
- Arbetsterapi.
- Fotvård.
- Hemsjukvård och medicinskt omfattande hemsjukvård (MOH).

Vid mottagningen finns 7 läkartjänster, varav 3,5 är besatta med ordinarie läkare, samt 6,5 distriktssköterskor, 5,0 undersköterskor och 4,0 läkarsekreterare. Den medicinska fotvården sköts av 1,5 undersköterskor. Rehabiliteringsenheten har 3,5 sjukgymnast, 0,24 biträde och 1,0 arbetsterapeut. På familjecentralen finns 3,75 barnmorska varav 1,0 arbetar på ungdomsmottagningen, och 2,0 distriktssköterskor. 1,0 distriktssköterska arbetar med hälso- och sjukvård för asylsökande. Inom hemsjukvård och medicinskt omfattande hemsjukvård (MOH) finns 8,5 distriktssköterskor och 2,0 undersköterskor

Mottagningstider är kl.8.00–17.00 måndag till torsdag och 8.00–16.00 på fredagar. Fem distriktssköterskor delar på telefontid, akut bokade patienter och bokade mottagningar. Ingen hemsjukvård, barnhälsovård eller medicinskt omfattande hemsjukvård utförs av dessa personer.

2003-10-31

Kl.8.00 - 12.00 är tidsbokad akutmottagning hos distriktssköterskan bemannad med 1-2 distriktssköterskor. Klockan. 12.30 – 16.15 tjänstgör en distriktssköterska.

Jourtjänstgöringen är uppdelad mellan vårdlagen. Måndag förmiddag har alla läkare jour klockan 10-12. Övriga förmiddagar har en av läkarna i respektive vårdlag jour. På eftermiddagarna har en läkare jourtjänstgöring enligt ett rullande schema.

Vårdcentralen tillämpar traditionell patientbokning per telefon (TeleQ) samt besöksbokning. De som kommer in spontant sätts upp på den första akuttid som finns samma dag hos distriktssköterskan. Patienten blir då bedömd och prioriterad efter behov på samma sätt som de som ringer. Patienter som inte vill vänta på sin tur kan gå hem och ringa istället. I den nya versionen av TeleQ som är webbaserad kan personal i receptionen ge patienten möjlighet att välja mellan att boka en tid eller bli uppringd.

Tidbokningen för läkarmottagningarna skiljer sig mellan vårdlagen beroende på skillnader i läkarnas önskemål. De flesta patienter får kontakt med vårdcentralen via sjuksköterskan på telefonrådgivningen. Efter bedömning sätts patienten upp på röd eller gul tid där röd står för akut tid och gul för vanlig bokad tid.

Patienten kan också sättas upp på läkarens telefontid. Läkaren bestämmer sedan själv åtgärd. En av läkarna har TeleQ och tar själv emot sina samtal och bokar besök. Sjuksköterskorna kan också sätta upp patienten för åtgärd under läkarens administrativa tid. Läkaren avgör sedan hur kontakten med patienten skall tas.

Vid behov får patienten återbesökstid vid läkarbesöket. Vid vårdlag där det saknas fast läkare och patienten behöver komma på återbesök längre fram noteras tid för återbesök i särskild pärm för bokning den månad återbesöket blir aktuellt.

Vid Vårdcentralen Hedemora betonas vikten av "vård på rätt nivå". Vårdcentralen hade 50 000 kontakter år 2002. Läkarna stod för 13 000 av dessa. Vårdcentralen har nu cirka 1 800 invånare per läkare. I övriga länet har man ca 1 600 invånare per läkare. 5 500 invånare i Hedemora har ingen namngiven läkare idag. Vårdcentralen Hedemora använder sig av stafettläkare eftersom det är svårt att rekrytera läkare. Det har också varit svårt att få läkare att stanna i kommunen. Landstinget har infört anställningsstopp men dispens kan medges för anställning av läkare.

Inom Södra Närsjukvårdsområdet har verksamheterna lyckats med att få ned mängden utbetalad sjukpenning.

Vårdcentralen har haft 11 anmälningsärenden till Förtroendenämnden år 2002. Under de tre första kvartalen 2003 har sex anmälningar registrerats. Anledningen till klagomålen har förändrats från bemötandefrågor till frågor om vård och behandling.

Sedan administrativ personal avslutat sin anställning och ingen återanställning har skett, anser sig vårdpersonalen vara tyngd av för mycket administration. Detta innebär mindre tid för vårdarbetet. En person tar hand om bokningssystemet och bokar in patienter på jourtiderna. Läkarna bokar in sina patienter själva.

Vid Vårdcentralen Hedemora anser man sig vara bra på att ta hand om asylsökande. Verksamheten regleras av de krav som Socialstyrelsen ställer. Enligt uppgift erbjuds cirka 90 procent av de asylsökande hälsosamtal. Det är svårt att nå upp till 100 procent eftersom många asylsökande vistas endast kort tid på orten. För de asylsökandes

2003-10-31

hälso- och sjukvård finns särskilda budgetmedel avsatta som täcker kostnader för distriktsköterska, barnmorska, BVC-sköterska och läkare.

Vid Vårdcentralen Hedemora finns ingen röntgenutrustning. Tidigare hade vårdcentralen en hel del akutfall. Nu åker de flesta till Falun eller Avesta.

3.2. Hur följer landstinget upp och tillvaratar erfarenheter?

Vårdcentralen Hedemora har inte haft besök av företrädare för landstinget. Ingen uppföljning av dess mottagningsverksamhet har redovisats. Det sker ingen återrapportering från Vårdcentralen Hedemora till central nivå. I Sälen har politikerna och revisorerna gjort platsbesök för att följa upp och studera mottagningen. Det finns dock inget forum för erfarenhetsutbyte. Det är upp till var och en att själv arrangera förutsättningarna i det avseendet.

3.3 Blir olika modeller föremål för diskussion i politiska organ?

Lokalt har det förekommit en begränsad diskussion om olika förutsättningar för patientmottagning. I en del intervjuer uttrycks förhoppningar att den nya organisationen skall ge utrymme för att utveckla en arena centralt för sådana diskussioner.

4. Analys och kommentarer

Vårdcentralerna i Hedemora och Sälen arbetar under väsentligt skilda betingelser. Vårdcentralen Hedemora har ett upptagningsområde om 12 200 invånare. Verksamheten kännetecknas av stora problem med främst läkarrekryteringen.

Vårdcentralen har drabbats av att läkare har slutat och flyttat från Hedemora. Detta har inneburit att ca 5 500 av invånarna i Hedemora för närvarande saknar namngiven läkare. Bemanningsproblemet har fått lösas med flertalet stafettläkare. Tidbokning sker via TeleQ. Vid Vårdcentralen Hedemora betonas starkt att vården måste erbjudas på rätt nivå. Detta har frigit tid för läkarna.

Vårdcentralen Sälen befinner sig i en helt annorlunda situation och bedriver en verksamhet som kännetecknas av exceptionella säsongsvariationer. Det bofasta patientunderlaget utgör cirka 1 800 personer. Till detta kommer under lågsäsong uppskattningsvis 1 500 turister. Vid högsäsong varierar befolkningsunderlaget mellan 25 000 och 75 000.

För att möta dessa stora variationer i efterfrågan på hälso- och sjukvård har som komplement till den ordinarie vårdcentralen i Sälen etablerats en särskild turistläkarmottagning med kvalificerad vårdpersonal som är öppen under turistsäsongen. Eftersom Sälen är en eftertraktad turistort har det enligt uppgift aldrig varit några problem att rekrytera läkare eller annan vårdpersonal till mottagningarna i Sälen. Till skillnad mot flertalet vårdcentraler inom Landstinget redovisar turistläkarmottagningen enligt uppgift också en god ekonomisk situation.

Verksamheten kännetecknas enligt företrädare för turistläkarmottagningen av öppenhet, omedelbart omhändertagande med kvalificerad medicinsk kompetens samt högt arbetstempo. Snabb omsättning av läkare är inget hinder för effektiv verksamhet eftersom det inte finns något uttalat behov av kontinuitet i vården vid skademottagningen. Vårdcentralen Sälen redovisar för de tre första kvartalen 2003 trots stor volym endast en anmälan till Förtroendenämnden. Det kan därför antas att verksamheten vid skid-

2003-10-31

skademottagningen väl motsvarar den skidåkande turistbefolkningens behov och förväntningar. Mottagningen är sannolikt också en faktor som ökar Sälen attraktivitet som turistort.

En översiktlig jämförelse mellan vårdcentralerna i Hedemora respektive Sälen redovisas i tabellen nedan. Sammanställningen visar att mottagningsverksamheten och tillgängligheten vid vårdcentralerna i Hedemora och Sälen utformats på rätt likartat sätt. I båda fallen gäller tidsbeställning och begränsade öppettider.

Verksamheten vid turistläkarmottagningen i Sälen har under högsäsong en helt annan omfattning och uppläggning. Som framgår av tabellen nedan är mottagningen då öppen utan tidsbeställning klockan 9-21 alla dagar. Under lågsäsong gäller samma villkor vid turistläkarmottagningen som vid vårdcentralen. Under maj respektive september-november är turistläkarmottagningen stängd.

Tider för mottagning, rådgivning och tidbokning

	Läkare	Distrikts- sköterska	Mödra- hälsovård	Barn- hälsovård
Hedemora Vårdcentral tidsbeställning <i>måndag-fredag</i> <i>måndag-onsdag, fredag</i>	08.00-17.00	08.30-9.15	08.00-09.00.	08.30-09.15
Sälen Vårdcentral tidsbeställning <i>måndag-fredag</i>	08.00-16.00	08.00-09.00.	08.30-09.30	
Turistläkarmottagning december-april ingen tidsbeställning <i>dagligen</i> juni-augusti tidsbeställning <i>måndag-fredag</i>	09.00-21.00 08.00-16.00			

5. Slutsatser och rekommendationer

Verksamheterna i Hedemora och Sälen bedrivs under så skilda villkor att jämförelser mellan dem är svåra att göra på ett meningsfullt sätt. Det som kan betecknas som vårdcentralverksamhet och som vänder sig till i första hand den bofasta befolkningen förefaller organiserat på ett tämligen likartat sätt när det gäller allmän tillgänglighet vid båda vårdcentralerna.

2003-10-31

Verksamheterna vid de båda vårdcentralerna bör därför bedömas var och en efter sina meriter och sina särskilda villkor. Öppen mottagning är sannolikt det bästa alternativet för den verksamhet som bedrivs vid Turistläkarmottagningen i Sälen. För den verksamhet som bedrivs vid Vårdcentralen Sälen respektive Vårdcentralen Hedemora kan tidsbeställning anses vara ett väl så bra eller kanske i många fall bättre alternativ. Patienterna slipper vänta på mottagningen och kan tillbringa väntetiden i hemmet.

I Hedemora har en successiv anpassning till en allt svårare situation när det gäller läkarrekrytering föranlett gradvisa förändringar och inskränkningar i tillgängligheten. Ett sätt att genomföra denna anpassning med bibehållen vårdkvalitet är den striktare bedömning av behovet av läkarkontakt som införts.

Öppen mottagning har tidigare förekommit vid Vårdcentralen Hedemora. Denna verksamhet har dock enligt uppgift lagts ner bland annat med hänsyn till svårigheter med personalrekrytering. Någon kvällsmottagning förekommer inte vid Vårdcentralen Hedemora.

Turistläkarmottagningen i Sälen får ses som en rationell anpassning till extremt stora säsongsvariationer i behov av och efterfrågan på hälso- och sjukvård. Det gör det möjligt att upprätthålla normal service till den bofasta befolkningen även under högsäsong samtidigt som turisternas behov och efterfrågan tillfredsställs.

Mottagning utan tidsbeställning vid turistläkarmottagningen under högsäsong är sannolikt det mest rationella sättet att ordna verksamheten även om det i en del fall kan innebära långa väntetider för enskilda patienter. Erfarenheter från denna typ av mottagning kan dock knappast överföras till andra verksamheter. För det är skillnaderna i patienttillströmning och förutsättningar i övrigt alltför omfattande.

Turistläkarmottagningen är anpassad till en specifik verksamhetsnisch. Patienterna kräver ett snabbt omhändertagande med kvalificerad medicinsk kompetens men har litet behov av kontinuitet. Kraven på utredning är begränsade. Patientunderlaget är en yngre, i övrigt frisk befolkning med ett smalt och standardiserat sjukvårdsbehov.

Vår generella slutsats är därför att formerna för patientmottagning skall anpassas efter verksamheternas specifika karaktär. I en del fall kan öppen mottagning bäst svara mot befolkningens behov och önskemål. I andra fall kan tidsbeställd mottagning vara att föredra. Andra faktorer bestämmer om en verksamhet skall bli framgångsrik eller inte. Det handlar mer om ekonomi, attraktivitet, ledarskap och organisation och arbetsformer.

Verksamheten vid Turistmottagningen i Sälen kan ses som ett exempel på en positiv spiral. Den erbjuder en attraktiv arbetsplats och har goda förutsättningar att rekrytera kvalificerad vårdpersonal. Verksamheten kan anpassas efter mycket specifika behov och önskemål och har förutsättningar att bedrivas rationellt och med god ekonomi.

Det är en situation som kännetecknar få andra verksamheter inom primärvården. För många kan situationen närmast betecknas som en negativ spiral. Besparingskrav och svårigheter att rekrytera kvalificerad vårdpersonal leder till inskränkningar i verksamheten och bland annat minskad tillgänglighet.

Vid intervjuer har bland annat framförts att bättre möjligheter att utbilda allmänläkare i Landstinget Dalarna skulle kunna underlätta framtida möjligheter att rekrytera läkare

2003-10-31

till primärvården i landstinget. Motsvarande tankar för hela norra Sverige ligger exempelvis till grund för lokaliseringen av läkarutbildning till Umeå.

Ökade resurser är förstås ett allmänt önskemål. Vi menar dock att det kan finnas skäl att pröva förutsättningarna att ändra organisation och arbetsformer för att nå bättre resursutnyttjande. Den uttunning av administrativa personalresurser som skett inom hälso- och sjukvården medför exempelvis att hälso- och sjukvårdspersonal i ökad utsträckning belastas med sådana arbetsuppgifter.

Socialstyrelsen har i en utredning granskat omfattningen av administration i hälso- och sjukvården.² I utredningen redovisas exempelvis att Landstingsförbundet i en avrapportering av projektet *Produktivitet i primärvården*³ konstaterat att den direkta sjukvårdstiden för läkare varierade mellan 27 och 47 procent med ett genomsnitt på 33 procent. I en studie av arbetstiden fördelning bland vårdpersonalen på Lindesbergs lasarett⁴ redovisas att 30 procent av tiden används till direkt vård och 70 procent till vad som benämns indirekt vård. När ett flödesorienterat arbetssätt introducerades minskade den administrativa tiden.

Oavsett ekonomi, resurser, organisation och arbetsformer finns dock alltid skäl att räkna med att hälso- och sjukvårdens kapacitet understiger befolkningens behov, önskemål och efterfrågan. Prioriteringar blir därför alltid nödvändiga och är en grundläggande del i de förtroendevalda beslutsinstansernas ansvar. Vi ser det därför som utomordentligt angeläget att de förtroendevalda formulerar tydliga prioriteringar och förmedlar dessa på ett entydigt sätt till verksamheterna och befolkningen.

Uppgiften att avväga resurser i hälso- och sjukvården för att tillgodose rimliga krav på tillgänglighet faller enligt vår bedömning främst på Landstingsstyrelsen och övriga förtroendevalda beslutsinstanser. Vi vill därför formulera följande rekommendationer till dessa:

- Det är angeläget att problemen med personalrekrytering vid vårdcentralerna ges fortsatt stor uppmärksamhet.
- Stöd och uppmuntran bör ges till verksamheten vid Vårdcentralen Sälen och Turistmottagningen i Sälen liksom till andra verksamheter som prövar nya former för service och tillgänglighet.
- Formerna för patientmottagning vid vårdcentralerna bör kontinuerligt bevakas och följas upp av de förtroendevalda.
- Möjligheter till exempelvis öppna mottagningar och kvällsmottagningar vid vårdcentraler bör prövas där så anses lämpligt.
- Organisation och arbetsformer inom hälso- och sjukvården bör kontinuerligt ses över med sikte på ökad effektivitet, exempelvis genom att minska den tid personal med kvalificerad hälso- och sjukvårdsutbildning ägnar åt administrativa arbetsuppgifter.
- Förtroendevalda beslutsinstanser bör formulera tydliga prioriteringar som klargör verksamheternas ansvar och vilka förväntningar medborgarna har rätt att ställa på hälso- och sjukvården bland annat ifråga om tillgänglighet.

² Omfattningen av administration i vården. Socialstyrelsen 2000, endast Internetpublicering

³ Att mäta produktivitet i primärvården, Huvudrapport, Landstingsförbundet 1999

⁴ Sjukskötersketidningen 1997;12/2/:50

Tema 4

Tillgänglighet till vård för utsatta grupper

Innehållsförteckning

1. UPPDRAGET	3
1.1 BAKGRUND OCH SYFTE	3
1.2 AVGRÄNSNING	3
1.3. METOD OCH GENOMFÖRANDE	3
2. UTGÅNGSPUNKTER FÖR GRANSKNINGEN	3
2.1 OLIKA PERSPEKTIV PÅ TILLGÄNGLIGHET	3
2.2 TJUGOFYRATIMMARSMYNDIGHETEN	4
2.3 HANDIKAPPOLITISKT PROGRAM FÖR LANDSTINGET DALARNA	5
3. KARTLÄGGNING OCH BESKRIVNING AV NULÄGE	5
3.1 ÄLDRE MED SVÅRIGHETER ATT TILLGODOGÖRA SIG NY TEKNIK.	5
3.2 ÄLDRES UPPFATTNINGAR OM LANDSTINGETS TELEFONTILLGÄNGLIGHET	6
3.3 PERSONER MED FYSISKA FUNKTIONSHINDER	6
3.4 PERSONER MED PSYKISKA FUNKTIONSHINDER.	7
3.5 MEDBORGARE MED INVANDRARBAKGRUND OCH SPRÅKSVÅRIGHETER.	7
3.6 MEDBORGARE SOM SAKNAR MÖJLIGHET ATT AVVAKTA ÅTERUPPRINGNING.	7
4. SLUTSATSER OCH REKOMMENDATIONER.....	7

1. Uppdraget

1.1 Bakgrund och syfte

Ambitionen att öka tillgängligheten till hälso- och sjukvården tar sig ibland uttryck i användande av ny teknik. För det stora flertalet medborgare förbättrar detta vårdens tillgänglighet. För vissa grupper kan dock systemen istället riskera att bygga upp barriärer som motverkar god tillgänglighet. Det kan röra sig om grupper av medborgare med olika former av handikapp, t ex äldre personer, invånare som inte till fullo behärskar språket eller grupper som på grund av sin arbetssituation inte kan tillgodogöra sig de nya möjligheterna.

I denna granskning skall närmare undersökas hur landstinget arbetar med att garantera hög tillgänglighet till vård också för de grupper som riskerar att hamna i kläm vid införandet av ny teknik eller nya system. I studien skall också närmare granskas hur tillgängligheten till vård praktiskt fungerar för dels medborgare som av olika anledningar inte har möjlighet att avvakta t ex en uppringning från vårdgivaren och dels för psykiskt sköra personer.

1.2 Avgränsning

BDO Consulting Group har inkluderat följande medborgare i begreppet "utsatta grupper":

- Äldre med svårigheter att tillgodogöra sig ny teknik.
- Personer med fysiska funktionshinder.
- Personer med psykiska funktionshinder.
- Medborgare med invandrarbakgrund och språksvårigheter.
- Medborgare som på grund av sin arbetssituation inte har möjlighet att avvakta en återuppringning av läkare.

Granskningen avser inte fysisk tillgänglighet i form av handikappanpassning eller geografiskt avstånd

1.3. Metod och genomförande

Granskningen under det här temat innefattar en inventering av hur landstinget arbetar med att föra in ny teknik för att generellt förbättra tillgängligheten. Med denna inventering som grund har vi prövat hur val av tekniska lösningar påverkar olika grupper av personer som är i behov av kontakt med hälso- och sjukvården, exempelvis äldre, psykiskt sjuka eller fysiskt handikappade.

Dessa uppgifter har vägts mot de insatser landstinget gör för att göra tillämpad teknik tillgänglig även för personer med olika funktionsinskränkningar. Avsikten är att få ett underlag för bedömning av hur olika åtgärder för förbättringar skall kunna utformas

2. Utgångspunkter för granskningen

2.1 Olika perspektiv på tillgänglighet

Enligt uppdragsbeskrivningen skall granskningen inriktas på medborgarnas möjlighet att komma i kontakt med hälso- och sjukvården.

2003-10-31

De funktionshinder som utsatta grupper har begränsar på olika sätt deras förutsättningar att vid behov nå kontakt med hälso- och sjukvården. Det är stor skillnad mellan fysiska och psykiska funktionshinder och inom dessa båda huvudgrupper.

Fysiska funktionshinder som innebär orienteringsproblem – exempelvis syn- eller hörselsvårigheter – begränsar förmågan att ta till sig information från Internet respektive per telefon. Hindren försämrar möjligheterna att orientera sig på plats i hälso- och sjukvårdens lokaler och att uppfatta den information som lämnas. Här närmar vi oss dock gränsen för fysisk tillgänglighet och handikappanpassning.

En väsentlig aspekt på tillgänglighet för alla patienter men särskilt för utsatta grupper är skyltning och information om olika verksamheters lokalisering både på plats och i telefonkataloger och på Internet.

Psykiska funktionshinder och hinder som har sin grund i t ex hjärnskador efter stroke kan begränsa såväl förmågan att orientera sig som allmän förmåga att kommunicera med omvärlden. Motsvarande kan gälla för t ex äldre med olika former av demensliknande symptom.

Äldre personer som vistas i olika former av särskilt boende kan ha speciella problem att nå hälso- och sjukvården vid behov. Dels finns normalt ett antal filter mellan individen och landstingets hälso- och sjukvård i form av den kommunala vårdpersonalen och dels kan det vara mer eller mindre svårt för dessa att nå läkarkompetens vid behov.

Utsatta grupper kan även definieras i sociala termer. Generellt gäller att ju lägre utbildning eller inkomst medborgarna har desto sämre förutsättningar har de också att nå kontakt med olika former av samhällets service.

Dålig språkförståelse är ett väsentligt hinder både för att nå kontakt med hälso- och sjukvården och att kommunicera med vårdpersonalen. Information på andra språk än svenska och möjlighet till tolkhjälp minskar dessa hinder.

2.2 Tjugofyratimmarsmyndigheten¹

Regeringen har gett Statskontoret i uppdrag att forma och utarbeta konceptet "24 - timmarsmyndigheten". Verksamheten har två övergripande mål;

- Att förenkla och förbättra samhällservicen till medborgare och företag, samt
- att underlätta för medborgarna att få tillgång till information och aktivt delta i beslutsprocesser i den offentliga förvaltningen.

Visionen är en offentlig förvaltning där de olika delarna samverkar för att med utgångspunkt från brukarnas perspektiv tillhandahålla information, tjänster och ärendehantering. En 24 - timmarsmyndighet ska erbjuda medborgaren möjlighet att:

- göra anmälningar och ansökningar via Internet.
- följa och kommunicera i enskilda ärenden.
- ta del av alla offentliga dokument via Internet.
- hitta till rätt tjänsteman och enhet via Internet.
- framföra förslag och klagomål via Internet.

¹ 24-timmarsmyndigheten. Statskontoret. Internet: <http://www.24-timmar.se>

2003-10-31

- generera rapporter och ta ut statistik via Internet.
- generera postlistor och söka i myndigheternas diaries.

Avsikten med 24-timmarsmyndigheten är att allmänt öka tillgängligheten för medborgarna. Det finns ingen direkt inriktning på funktionshindrade men dessa kan ändå som grupp antas ha nytta av de tjänster som 24-timmarsmyndigheten erbjuder.

För statliga myndigheter gäller ett åliggande att tillämpa 24-timmarsmyndighetens principer och lösningar. Sådan skyldighet föreligger inte inom landsting och kommuner. Dessa kan dock ha nytta av att tillämpa 24-timmarsmyndighetens principer för att därigenom bidra till att deras verksamheter blir lättare tillgängliga för medborgarna.

2.3 Handikappolitiskt program för Landstinget Dalarna

I det handikappolitiska programmet för landstinget redovisas bland annat riktlinjer för hur tillgängligheten för olika handikappgrupper skall säkras.

Enligt programmet skall landstinget skall vara ett föredöme i att anpassa miljöer och teknik så att funktionshindrade personer kan besöka våra inrättningar och ta del av verksamheten. Den snabba utvecklingen inom teknologin har stor betydelse för tillgängligheten på alla områden i utvecklingen mot full delaktighet oavsett vilka eller hur stora funktionshinder människor har. För att säkerställa tillgängligheten avser vi att verka för att

- anpassa informationen om landstingets verksamhet exempelvis i telefonkataloger, skrifter, media och andra kanaler så att den blir tillgänglig för människor med funktionshinder.
- funktionshindrade kan besöka, orientera och förflytta sig i alla landstingets lokaler.
- personer med olika funktionshinder kan ta del av exempelvis protokoll, information och andra handlingar från landstinget.
- personer med funktionshinder skall kunna resa på egen hand med kollektiva färdmedel.

I Landstinget Dalarna finns ett Handikappråd och ett Pensionärsråd. Två gånger per år bjuds ordförandena i handikappförbunden in till seminarier. I dessa deltar förtroendevalda från Landstinget, Länshandikapprådet samt Dalarnas Kommunförbund.

Representanter för Riksförbundet för rörelsehindrade barn och ungdomar framhåller samma kritik mot TeleQ som redovisas från Pensionärernas Riksorganisation nedan.

3. Kartläggning och beskrivning av nuläge

3.1 Äldre med svårigheter att tillgodogöra sig ny teknik.

Många vårdcentraler har under de senaste åren infört TeleQ i sin telefonmottagning. Detta innebär att patienten kommer i kontakt med en telefonsvararröst i stället för en fysisk person.

Vid intervjuer har framkommit att många äldre har svårigheter med denna nya teknik. Företrädare för de vårdcentraler som vi kommit i kontakt med har dock varit mycket medvetna om de äldres svårigheter och förtydligat instruktionerna i TeleQ. Äldre som ej har möjlighet att tillgodogöra sig den nya tekniken söker ofta stöd av någon anhörig som ringer åt den äldre vid behov av rådgivning eller annan kontakt.

2003-10-31

I TeleQ finns möjlighet att tala in ett meddelande om hur och när man vill bli uppringd. Detta underlättas av att personalen på främst mindre vårdcentraler ofta känner igen rösten på den som ringer. Personalen lyssnar regelbundet av meddelanden på TeleQ för att kontrollera om det finns akuta samtal.

Äldre har också ett annat synsätt på egenvård än yngre patienter. Kulturskillnaderna är stora och äldre kan ofta komma i skymundan för yngre, mer krävande, patienter. Egenvårdsynsättet kan bidra till att de äldre väntar med att söka vård och lämnar plats för yngre, kanske inte lika behövande, patienter. Detta kan visa sig i TeleQ-systemet där kösystemet kan bli fullt och äldre aldrig kommer fram. Yngre har ofta lättare att ringa från mobiltelefon och dylikt samt har som tradition att ta för sig.

Representanter för Pensionärernas Riksorganisation har framfört att en nackdel med TeleQ är att systemet förutsätter att den uppringande är anträffbar vid en angiven tidpunkt. Den som inte har sådana möjligheter lämnas utan alternativ. Det är därför ett önskemål att TeleQ utvecklas så att det är möjligt för den uppringande att ange önskad tid för återuppringning.

Personer med nedsatt hörsel har svårigheter att utnyttja TeleQ.

En orsak till irritation är att det enligt uppgift inte är möjligt för en patient att beställa tid i receptionen vid besök på mottagningen. Den besökande uppmanas att ringa även om skälet till besöket på mottagningen kan vara svårigheter att komma fram per telefon.

3.2 Äldres uppfattningar om landstingets telefontillgänglighet

I Landstingets senast redovisade enkät till äldre med frågor om hälsa och sjukvård² konstaterades att var fjärde hemmaboende 70-84-åring 1997 svarade nekande på frågan om det var lätt att komma fram på telefon till den egna vårdcentralen. Det var en ökning på drygt 10 procentenheter sedan 1993.

Rapporteringen 2002 pekar på en fortsatt försämring av tillgängligheten till den egna vårdcentralen. Vid undersökningen 2002 svarade 32 procent att de inte ansåg det lätt att komma fram till vårdcentralen.

I utredningsrapporten redovisas betydande skillnader mellan närsjukvårdsområdena i landstinget. Minst andel missnöjda redovisas från Södra närsjukvårdsområdet där omkring 23 procent svarat att de inte anser det lätt att komma fram till vårdcentralen. Motsvarande uppgift för Mellersta närsjukvårdsområdet är strax över 40 procent. Någon diskussion om orsakerna till dessa skillnader förs dock inte i utredningsrapporten.

3.3 Personer med fysiska funktionshinder.

Fokusgrupper finns där människor från olika handikappsorganisationer träffas och diskuterar olika problem. Just telefontillgängligheten har dock inte varit i fokus. Skillnader i förmåga att utnyttja landstingets service varierar kraftigt mellan olika grupper av funktionshindrade. Störst problem har de som har nedsatt förmåga att kommunicera. För en del av dessa kan datorbaserad kontakt – exempelvis enligt de principer som gäller för 24-timmarsmyndigheten – vara till stor hjälp.

² Frågor till äldre om hälsa och sjukvård. Rapport från Landstingskansliets epidemiologiska utredningsarbete, nr 123, september 2002.

2003-10-31

Hörselskadade har svårt att utnyttja TeleQ. Rätten att få begriplig information om sjukdom, behandling och eventuella alternativ gäller självklart även den som är döv, hörselskadad eller har andra kommunikationshinder. Enligt hälso- och sjukvårdslagen har landstinget skyldighet att erbjuda tolktjänst för barndomsdöva, vuxendöva, hörselskadade och dövblinda.

Handikapprådet tog för ett antal år sedan ett beslut om att sträva efter ett allergifritt landsting. Syftet var bland annat att förbättra tillgängligheten för exempelvis astmatiker och allergiker. Systemet har enligt handikappkonsultenten fungerat bra till vissa delar.

3.4 Personer med psykiska funktionshinder.

Enligt uppgift uppfattas TeleQ som mer lugnt och harmoniskt än direkt telefonkontakt med mottagningen. Det skapar en lugnare arbetsmiljö som ger utrymme för en mer avspänd atmosfär i samtalet mellan vårdpersonal och patient.

3.5 Medborgare med invandrarbakgrund och språksvårigheter.

Rätten till begriplig information gäller också invandrare eller flyktingar som inte behärskar svenska språket. För dessa finns tolkhjälp. Alla tolkar har tystnadsplikt, och tolkhjälpen är kostnadsfri. På flera håll driver landstinget särskilda flyktingmottagningar.

Invandrare eller flykting som behöver språktolk, ska meddela vårdpersonalen detta vid tidsbeställning eller vid besöket. Personalen vid mottagningen ordnar då den tolkhjälp som behövs. Det gäller även vid akuta besök eller när patienten är inlagd på sjukhus.

3.6 Medborgare som saknar möjlighet att avvakta återuppringning.

Själva grundförutsättningen för TeleQ är att vårdpersonalen ringer tillbaka till patienten. Det går att tala in besked att man inte vill bli uppringd på viss tid. Den som överhuvudtaget inte kan ta emot ett retursamtal lämnas dock att söka andra kontaktvägar. Några specifika åtgärder för att komma tillrätta med detta problem har inte redovisats.

Exempel på hur den enskilde kan hantera sina svårigheter att nå kontakt med vårdcentralen redovisas i de fria kommentarerna i landstingets tidigare nämnda enkät med frågor till äldre om hälsa och sjukvård. En av de svarande skriver så här:

- Det är svårt, ibland helt omöjligt att komma fram till vårdcentralen per telefon. Det tutar ständigt upptaget. Jag har tagit för vana att skriva brev och lämna in brevet i receptionen på vårdcentralen. På det viset får jag den kontakt jag behöver för t ex att förnya ett recept eller ett meddelande till min läkare.

4. Slutsatser och rekommendationer

Den grundläggande inställningen i landstinget enligt det handikappolitiska programmet är att personer med funktionshinder ska kunna leva ett oberoende liv med samma rättigheter, möjligheter och ansvar som övriga människor i samhället. Som ansvarig för länets hälso- och sjukvård och som länets största arbetsgivare och fastighetsägare med inflytande över kollektivtrafiken och länets utveckling i stort skall landstinget vara

2003-10-31

ett föredöme vad gäller insatser för att ge människor med funktionshinder delaktighet och jämlikhet

Denna policy återspeglas också i viss utsträckning i de åtgärder som vidtas för att förbättra tillgängligheten. Generellt förefaller tillgängligheten vara ett av de områden där flest klagomål noteras bland patienterna generellt. Det finns därför goda skäl att anta att tillgängligheten för utsatta grupper är ett väsentligt problem som kräver särskild uppmärksamhet.

Utsatta grupper är dock en heterogen och diffust definierad krets av personer med olika behov av stöd och hjälp. Landstingets insatser för att möta dessa behov måste därför definieras tydligt och differentieras efter respektive grupps specifika funktionshinder. Vår kartläggning visar inte på något samlat grepp inom Landstinget för att tillgodose dessa gruppers behov.

Med utgångspunkt i det material som redovisats ovan vill vi formulera följande rekommendationer:

- Landstingsstyrelsen och andra förtroendevalda beslutsinstanser bör kontinuerligt bevaka att landstingets verksamheter är tillgängliga också för människor med olika funktionshinder.
- Regelbundna kontakter med brukarorganisationer bör upprätthållas för att fånga upp problem med bland annat tillgänglighet som dess medlemmar upplever.
- Möjligheter att tillämpa ny teknik bör prövas, exempelvis sådana lösningar som intentionerna med 24 - timmarsmyndigheten erbjuder

Tema 5

Det akuta mottagandet

Innehållsförteckning

1. UPPDRAGET	3
1.1 BAKGRUND OCH SYFTE	3
1.2. FRÅGESTÄLLNINGAR	3
1.3. METOD OCH GENOMFÖRANDE	3
2. UTGÅNGSPUNKTER FÖR GRANSKNINGEN	3
2.1 OLIKA PERSPEKTIV PÅ AKUT OMHÄNDERTAGANDE	3
3. KARTLÄGGNING OCH BESKRIVNING AV NULÄGE	4
3.1 VANSBRO KOMMUN	4
3.1.1 <i>Vårdcentralens tillgänglighet och beredskap</i>	4
3.1.2 <i>Ambulanssjukvård</i>	5
3.1.3 <i>Omhändertagande vid sjukhus</i>	5
3.2 AVESTA KOMMUN	5
3.2.1 <i>Vårdcentralernas tillgänglighet och beredskap</i>	5
3.2.2 <i>Ambulanssjukvård</i>	8
3.2.3 <i>Jourmottagning på Avesta sjukhus</i>	8
3.3. AMBULANSSJUKVÅRDEN I DALARNA	8
4. ANALYS OCH KOMMENTARER	9
4.1 TILLGÅNG TILL AKUTTIDER	9
4.2 TILLGÅNG TILL AMBULANSSJUKVÅRD	10
4.2.1 <i>Resurser för ambulanssjukvård i Avesta och Vansbro</i>	10
4.2.2 <i>Utnyttjande av ambulanssjukvård i Avesta och Vansbro</i>	11
5. SLUTSATSER OCH REKOMMENDATIONER.....	12

1. Uppdraget

1.1 Bakgrund och syfte

Behovet av en väl fungerande hälso- och sjukvård är särskilt stort när medborgaren ser ett behov av snabb kontakt med vården. Det gäller t ex vid akuta olycksfall eller sjukdomstillstånd där ambulanstransport och sjukhusets resurser krävs men det kan också gälla t ex småbarnsföräldrar som blir oroliga för sitt barn.

Syftet med projektet är att översiktligt granska hur det akuta mottagandet är uppbyggt och tänkt att fungera för invånare i Vansbro kommun respektive Avesta kommun.

1.2. Frågeställningar

Enligt uppdragsbeskrivningen skall temagranskningen särskilt uppmärksamma om det på objektiv grund kan sägas att boende i de båda kommunerna har likvärdig tillgång till vård?

1.3. Metod och genomförande

Vi prövar vilken beredskap vårdcentralerna i de båda kommunerna har för att ta emot akut sjuka vid olika tider på dygnet. I granskningen av ambulanssjukvården prövar vi vilka insatstider som gäller för de boende i olika delar av respektive kommun, vilken kompetens och vilka behandlingsresurser som ambulanssjukvården erbjuder samt vilka transporttider som gäller vid vård till sjukhus. Inventeringen bygger på dokumentstudier som kompletterats med intervjuer.

Med detta material som grund prövar vi grundfrågan om likvärdig tillgång till vård för medborgare i de båda kommunerna med hänsyn till geografiska och organisatoriska förutsättningar.

2. Utgångspunkter för granskningen

2.1 Olika perspektiv på akut omhändertagande

I princip kan vi urskilja tre vägar för patienter att söka sig akut till hälso- och sjukvården. Den vanligaste är telefonkontakt med sjukvårdsupplysning, vårdcentral eller akutmottagning vid sjukhus. Patienterna har också möjlighet att direkt besöka någon mottagning i primärvården

För invånarna i Avesta och Vansbro är vårdcentralen eller sjukvårdsupplysningen normalt den första kontaktpunkten vid akut behov av stöd från hälso- och sjukvården. Vid mer dramatiska fall av akut sjukdom kan patienten nå samhällets räddningstjänst via SOS Alarm. För landstinget Dalarna är ambulanssjukvården första instans i sådana fall. För ambulanssjukvården är det viktigt med klara mål för tid från larm till dess att ambulansen rullar ut respektive för tid från avfärd till framkomst till hämtningsplatsen. Den senare tiden varierar givetvis efter geografiska omständigheter.

För patienten är ett kvalificerat omhändertagande under ambulanstransporten centralt. Det är viktigt att ambulanspersonalen har tillfredsställande kompetens och förfogar över adekvata resurser, inkl kommunikation med t ex ansvarig läkare vid vårdcentral eller sjukhus.

Ytterligare en central faktor är tiden från omhändertagandet av patienten till dess denna kommit fram till vårdcentral eller sjukhus. Det är också av betydelse vilka resurser den mottagande enheten har respektive vilka möjligheter som finns att vid behov få tillgång till mer kvalificerade resurser.

3. Kartläggning och beskrivning av nuläge

3.1 Vansbro kommun

I Norra och Västra Dalarna finns 11 vårdcentraler varav en i Vansbro kommun. Vårdcentralen Bäckaskog i Vansbro har ett befolkningsunderlag på ca 7 200 invånare. Något mer än 20 procent av befolkningen är 65 år eller äldre. I Vansbro finns även åtskilliga turister främst under sommaren. Avståndet från centralorten i Vansbro till Mora är 76 km. Avståndet till Falun är 106 km. Genom Vansbro går också trafiken från Mälardalen till Sälen.

3.1.1 Vårdcentralens tillgänglighet och beredskap

Vårdcentralen består av läkarmottagning, sjuksköterskemottagning, laboratorium och enklare röntgen enhet för familjehälsovård med mödrahälsovård och barnhälsovård samt rehabiliteringsavdelning. Vid vårdcentralen finns:

- 6 distriktsläkare, varav en arbetar heltid, en 80%, tre 75 % och en 50 %, plus en läkare under utbildning.
- 6 distriktsjuksköterskor på deltid och en på heltid.
- 4 sjuksköterskor.
- 2 diabetessjuksköterskor.
- 2 barnsjuksköterskor.
- 2 barnmorskor.
- 6 undersköterskor.
- 2 sjukgymnaster.
- 1 arbetsterapeut.
- 2 rehabassistenter.
- 1 kurator.
- 1 röntgenassistent 50%.
- 4 sekreterare.
- 1 vårdcentralschef.

Läkarna ansvarar även för läkarinsatser vid kommunens särskilda boenden. Distriktsköterskorna svarar för all hemsjukvård i kommunen.

Tidsbeställning tillämpas vid akuta besök. Vardagar erbjuder vårdcentralen 8 tider à 30 minuter på förmiddagen respektive eftermiddagen. Lördag och söndag finns tider mellan 10-15 för akuta sjukdomsfall. Distriktsköterskan gör även hembesök på helgen.

Olycksfall kommer direkt – gående, med ambulans eller sjukbil. Rutinerade distriktsläkarna hinner med och klarar denna belastning. Det är svårare för läkare under utbildning. Det är olika från dag till dag om akuttiderna behöver utnyttjas fullt ut. Patienterna ombeds återkomma dagen efter om tillståndet inte är allvarligt. Sjukdomsfall som kräver annan kompetens än den vårdcentralen förfogar över hänvisas till sjukhus.

2003-10-31

Distriktsköterskorna har fått hospitera på akutenheten i Mora en vecka. Dessutom har vårdcentralen hjärt- och lungräddningskurs två gånger per år. Ambulanspersonalen kan begära ut sjukvårdsgrupp från vårdcentralen samt ringer och förvarnar om de kommer in med skadade.

3.1.2 Ambulanssjukvård

Ambulansstation finns i vårdcentralen med egen ingång och är bemannad dygnet runt av 2 personer med utbildning som ambulansförare eller sjuksköterska. Ambulanserna kör oftast inom Vansbro kommun, men det händer att de får göra utryckningar till Sälen, Mockfjärd och Fredriksberg samt de angränsande kommunerna Malung och Gagnef. Personalen är stationerad i Vansbro, men det finns också rotationstjänster inom organisationen för hela Dalarna.

Dessutom finns från och med vecka 38 år 2003 en lättambulans bemannad med ambulansförare med sjukvårdskunskap. Lättambulansen är till för dem som inte behöver akut vård, men exempelvis har svårigheter att gå själv. Enligt uppgift är det oklart vilka patienter lättambulansen ska transportera och vem som därmed har första prioritet på den. Både SOS Alarm och sjukresebeställningen utnyttjar lättambulansen för liggande transporter.

3.1.3 Omhändertagande vid sjukhus

Personalen vid vårdcentralen anser sig ha bra samarbete med sjukhuset i Mora. Det anses svårt att få kontakt med sjukhuset i Falun. De som bor i Nås åker dock gärna till Falun. Sjuka barn skickas till barnkliniken i Falun. Handskador skall direkt till Falun. Tider för ögon- och öronsjukvård var det tidigare svårt att få i Mora. Personalen vid vårdcentralen håller sig informerad genom träffar i närsjukvårdsområdet. Kliniker som har stängt skickar fax om detta och sköter den informationen väl.

Idag har Vårdcentralen Bäckaskog tillgång till fyra akutplatser vid det kommunala sjukhemmet. Dessa finansieras från central landstingsbudget och belastar inte vårdcentralens budget. Patienter har kunnat läggas in maximalt fem dagar för observation. Det har dock hänt att patienter har legat där något längre.

Efter årsskiftet 2003/2004 kommer landstinget av huvudsakligen ekonomiska skäl inte längre att köpa dessa platser. Personalen på vårdcentralen menar att det blir en försämring, som troligen drabbar främst äldre personer som kommer att få åka in till sjukhusen istället.

3.2 Avesta kommun

Avesta kommun har cirka 22 300 invånare. Inom kommunen finns ett sjukhus och fyra vårdcentraler. De tre vårdcentralerna Avesta, Krylbo och Skogsbo är områdesinriktade men är samtliga lokaliserade till Avesta sjukhus. Vårdcentralen By är belägen i Horndal. Det pågår en diskussion om att starta upp en familjecentral för hela Avestaområdet.

3.2.1 Vårdcentralernas tillgänglighet och beredskap

Vårdcentralen Avesta

Vårdcentralen ligger inom sjukhusets område. Vid vårdcentralen finns distriktsläkarmottagning och distriktsköterskemottagning. Befolkningsunderlaget är cirka 7 500 invånare. Vid vårdcentralen finns fem läkare, åtta distriktsköterskor och sjukvårdsupply-

2003-10-31

sare, fem undersköterskor och tre sekreterare. Läkarbemanningen motsvarar 2,72 tjänster. Därtill kommer en stafettläkare. Vakanserna bland läkare motsvarar således 1,28 tjänster.

Vårdcentralen har ett litet laboratorium och har tillgång till ett större laboratorium för klinisk kemi på sjukhuset. Dessutom finns en akutmottagning på sjukhuset som betjänar invånarna i Avesta och Hedemora.

Vårdcentralen Avesta har ingen läkare som endast tar emot akut sjuka patienter. Där- emot avsätts per dag 4-8 akuttider à 30 minuter kl. 8-17 som fördelas mellan tjänstgörande läkare Akuttiderna bokas via TeleQ precis som alla andra bokningar.

Vårdcentralen Avesta har stöd från sjukhuset. På vårdcentralen finns inga akutrums utan patienterna skickas direkt till sjukhusets jourläkarmottagning. Om patienterna inte får en akuttid på vårdcentralen kontaktar de akutmottagningen istället.

Vårdcentralen Krylbo

Befolkningsunderlaget är ca 4 500 invånare och har något högre medelålder än lands- tingets genomsnitt. Det finns också socialt belastade grupper bland invånarna, bland annat missbrukare.

Vårdcentralen har distriktsläkarmottagning, distriktssjuksköterskemottagning och labo- ratorium samt barnvårdscentral. Vid vårdcentralen finns tre distriktsläkare, fem di- striktssjuksköterskor, en mottagningsköterska, två sekreterare och fyra undersköters- kor. Två av distriktssjuksköterskorna har specialistinriktning mot diabetes respektive astma. På vårdcentralen finns en uroterapeut som är en resurs också för andra enheter inom primärvården i Södra Dalarna. Några i personalen är nyanställda.

Vårdcentralen har också ansvar för hemsjukvården. Hemsjukvården indelas i tre nivåer varav vårdcentralen har ansvar för nivå ett och två. Nivå tre omfattar hemsjukvård av svårt sjuka och sköts av en särskild organisation.

Möjligheten till hospitering på t.ex. sjukhusets akutmottagning har inte utnyttjats. Det beror i första hand på att det kan vara svårt att praktiskt få ihop tider och personal.

Akuta tider bokas på telefon. Vårdcentralen använder Tele-Q. De flesta av patienterna är enligt uppgift positiva till detta. Den kritik som har framförts är att det var svårt i början att lära sig systemet. Det har hänt 2-3 gånger att telefontiderna i TeleQ tagit slut. Alla distriktsläkare har en timmes telefontid på förmiddagarna. Även distriktsjuk- sköterskorna har en timmes telefontid på morgonen. Under resten av dagen sköter en av distriktssjuksköterskorna rådgivning, bokning av tider m.m.

En distriktsläkare har tider för akuta besök. Det blir totalt ca 10-12 tider för besök per dag. Det är inga problem att få dessa tider att räcka till. Akut sjuka patienter ringer oftast till läkare eller sjuksköterska för att boka tid. Det händer ibland att de kommer till mottagningen. De bedöms då av en mottagningsjuksköterska och får oftast en tid för besök samma dag. Eftersom vårdcentralen ligger inom sjukhusets område går eller skickas de svårast sjuka direkt till akutmottagningen på sjukhuset.

Vårdcentralen Skogsbo

Vårdcentralen Skogsbo är sedan 1999 lokaliserad till Avesta sjukhus. Samhället Skogs- bo ligger cirka tre km från sjukhuset. Skogsbo är ett villaområde med ca 7 400 invånare

2003-10-31

som mestadels är yngre eller medelålders. Personalen vid vårdcentralen uppfattar inte att det finns några utsatta grupper bland befolkningen i Skogsbo.

Vårdcentralen har sjuksköterskemottagning, läkarmottagning, ett litet laboratorium och barnvårdscentral i anslutning till vårdcentralen. Vid vårdcentralen finns åtta distrikts-sjuksköterskor, fyra undersköterskor, fyra sekreterare, fyra distriktsläkare varav en tjänst vakant är, en läkare under utbildning samt chefen för vårdcentralen. Av distrikts-sjuksköterskorna arbetar två med rådgivningen. En distriktssjuksköterska är inriktad mot astma/KOL samt bensår, en är diabetessjuksköterska och två arbetar med barnhälsovården. De flesta i personalen har lång erfarenhet av arbete på vårdcentral.

Vårdcentralspersonalen har inte hospiterat på sjukhusets akutmottagning. I framtiden hoppas vårdcentralchefen på att samarbetet med akutmottagningen vid sjukhuset utvecklas. Vissa sjuksköterskor på Avesta sjukhus har utarbetat vårdrutiner för ett antal patientgrupper tillsammans med distriktssjuksköterskorna. Distriktssköterskornas utbildning i hjärt- och lungräddning följs upp regelbundet

Vårdcentralen har sex tider à 30 minuter för akuta besök varje dag. Tiderna räcker för det mesta till. I annat fall har vårdcentralen möjlighet att hänvisa patienter till den akutmottagningen på Avesta sjukhus.

Vårdcentralen använder Tele-Q sedan en tid tillbaka. Personalen är nöjd eftersom det blir en tyst mottagning och distriktssjuksköterskorna får möjlighet att planera sin tid utan att avbrytas av telefonsamtal. Patienterna var tveksamma i början, och vårdcentralen har fått ett 10-tal klagomål som kan hänföras till TeleQ. Det är inte så vanligt att uppringande lämnar meddelanden via TeleQ.

Svårare akuta fall tas normalt emot på sjukhusets akutmottagning. De flesta ambulans-transporter av patienter från Avesta går antingen till Avesta sjukhus eller Falu lasarett. Akut sjuka patienterna som besöker vårdcentralen kommer oftast själva. På vårdcentralen möter patienten först en undersköterska i receptionen. Därefter gör en distrikts-sjuksköterska en första medicinsk bedömning. Läkare på vårdcentralen har möjlighet att rådfråga sjukhusets akutläkare vid behov.

Vårdcentralen har utarbetade handlingsrutiner om våld eller hot om våld inträffar. Arbetsledarna på vårdcentralen har gått utbildning i s k Giraff-språk som är en metod att uppnå tydligare kommunikation och bättre kontakt i mötet. Det kan bland annat vara ett hjälpmedel att lösa konflikter.

Vårdcentralen har haft 2-4 klagomål i Förtroendenämnden under senaste året. Det har handlat om bemötande av distriktsläkare, sekretessfrågor och dålig telefontillgänglighet innan TeleQ infördes.

Vårdcentralen By

Befolkningsunderlaget är ca 3 000 invånare. Bland dessa finns en grupp asylsökande på ca 150 personer. Bland invånarna finns också en grupp med missbruksproblem. I övrigt finns inga särskilt utsatta grupper. Invånarna i By har något högre medelålder än landstingets genomsnitt.

Närmaste sjukhus är Avesta sjukhus som är beläget cirka två mil från vårdcentralen. Avståndet till Falu lasarett är omkring sju mil.

2003-10-31

Vårdcentralen har läkarmottagning, distriktssjuksköterskemottagning, laboratorium, asylmottagning och barnvårdscentral. Vårdcentralen har inte röntgenutrustning. Vårdcentralen har 11 anställda: en läkare under utbildning som arbetar på vårdcentralen under ungefär halva året, två distriktsläkare, fem distriktssjuksköterskor, varav en är inriktad på asylsökande, två sekreterare samt två undersköterskor. Personalen erbjuds regelbunden utbildning i hjärt- och lungräddning. Vårdcentralen har låg personalomsättning och många i personalen har arbetat där en längre tid.

Tele-Q används inte på Vårdcentralen By. Vårdcentralschefen menar att det är förhållandevis lätt att komma fram på telefon till vårdcentralen. Det är svårast att komma fram på telefon under måndag förmiddag.

3.2.2 Ambulanssjukvård

Samarbetet med ambulanssjukvården fungerar bra enligt företrädare för vårdcentralerna. De redovisar inga problem att boka ambulans för transporter. Ambulanspersonalen ringer inte vårdcentralen utan kontakter akutmottagningen vid Falu lasarett för besked om vilken akutmottagning de skall åka till.

3.2.3 Journmottagning på Avesta sjukhus

Journmottagningen på sjukhuset är en gemensam resurs för primärvården i Avesta kommun. Den är bemannad med en läkare som är primärvårdsjour. Denna är anställd inom primärvården, och tjänsten upprätthålls för närvarande av en stafettläkare. Alla patienter som besöker akutmottagningen får en individuell bedömning av läkare eller sjuksköterska.

Akutmottagningen har under vecka 11 och 31 i år mätt antal patientbesök. Av mätningarna framgår att: mottagningen per dag besökts av i genomsnitt knappt 22-23 patienter klockan 8-17, av 9 patienter klockan 17-23 samt nattetid omkring 2-3 patienter. De flesta patienterna kommer ifrån Avesta kommun.

På Avesta sjukhus finns även en akut medicinmottagning som hör till sjukhuset. Primärvårdens vårdcentraler och den primärvårdsbemannade akutmottagningen har möjlighet att vid behov konsultera medicinmottagningens läkare. Till medicinmottagningen kommer ca 10 patienter på dagtid, knappt tre patienter på kvällstid och mellan 1-2 patienter i genomsnitt under natten.

Avesta sjukhus redovisar ett bra samarbete med ambulanssjukvården. De har bland annat gemensamma utbildningar och övningar i akut omhändertagande.

3.3. Ambulanssjukvården i Dalarna

Ambulanssjukvården tillhör kategorin länsgemensamma specialiteter i Hälso- och sjukvården Dalarna. Ambulanssjukvården Dalarna består av 11 stationer av varierande storlek. Sammanlagt finns ca 265 personal anställda fördelade på ambulanssjukvårdare och sjuksköterskor. I Landstinget Dalarna finns följande ambulansstationer:

Särna	En dygnsambulans	
Mora	Två dygnsambulanser och en dagambulans	En lättambulans
Malung/Sälen	Två dygnsambulanser (en på vardera station)	En lättambulans
Rättvik	En dygnsambulans	En lättambulans gemensam

2003-10-31

Leksand	En dygnsambulans och en dagambulans	för Leksand och Rättvik
Falun	Två dygnsambulanser och en dagambulans	En lättambulans
Borlänge	Tre dygnsambulanser	En lättambulans
Vansbro	En dygnsambulans	En lättambulans
Ludvika	Två dygnsambulanser och en dagambulans	En lättambulans
Avesta	Två dygnsambulanser och en dagambulans	En lättambulans

Ambulanssjukvårdens långsiktiga mål avseende tillgänglighet är att:

- Ambulanserna skall samutnyttjas i hela länet.
- Organisationen skall kunna förstärka ambulansberedskapen geografiskt under längre eller kortare tid.
- Andra läns ambulanser kan vara en tillfällig resurs vid uppdrag i länet och tvärtom.

För att uppnå dessa mål har följande aktiviteter angivits i Ambulanssjukvårdens verksamhetsplan:

- Fortsatt fördjupat samarbete med SOS Alarm.
- Halkkörning för all personal vart annat år eller efter behov.
- All medicinsk behandling sker på delegation av ambulansläkare och baseras på delegationsförhör eller skriftligt prov en gång per år enligt SOSFS 1999:17 (M).

För ambulanssjukvården har Medicinska Instruktörsgruppen, ambulansöverläkarna, formulerat läns gemensamma behandlingsprinciper för 27 definierade sjukdomstillstånd eller skadefall. Ambulanserna har utrustning för att koppla upp EKG och sända data via Mobitex till sjukhusens akutmottagningar så att läkare kan ta ställning till fortsatt behandling i ambulansen.

4. Analys och kommentarer

Frågeställningen i den här temagranskningen är om det på objektiv grund kan sägas att invånarna i Avesta respektive Vansbro kommuner har likvärdig tillgång till vård. Det är svårt att entydigt besvara den frågan eftersom de grundläggande villkoren i de båda kommunerna är väsentligt olika.

Avesta kan med sina 22 400 invånare räknas som en av Dalarnas medelstora kommuner. Till ytan är kommunen med 615 km² dock en av de mindre. Befolkningstätheten är 36 invånare per km². Invånarna i Avesta har tillgång till ett sjukhus på orten.

För Vansbro gäller motsatta förhållanden. Kommunen hör med sina 7 300 invånare till de minsta i länet. Ytan om 1 550 km² är bland de större. Följaktligen blir befolkningstätheten så låg som 5 invånare per km². Närmaste sjukhus för invånarna i Vansbro finns i Mora respektive Falun. Avståndet till Mora från centralorten i Vansbro är 76 km. Motsvarande avstånd till Falun är 106 km.

4.1 Tillgång till akuttider

För att få underlag för en någorlunda rättvisande jämförelse av villkoren för den som har behov av snabb kontakt med vården till exempel vid olycksfall eller akuta sjuk-

2003-10-31

domsfall i de båda kommunerna redovisar vi i nedanstående sammanställning tillgången på akuttider vid vårdcentralerna i Avesta och Vansbro.

Generellt för länet gäller enligt uppgift på Landstingets hemsida att den som behöver kontakt med hälso- och sjukvården i Dalarna i första hand skall kontakta sin vårdcentral, vardagar klockan 8-16. Vardagar 16.00-23.00 samt lördagar, söndagar samt helger 8.00-23.00 finns möjlighet för hjälpsökande att vända sig till sjukvårdsupplysningen Erfarna sjuksköterskor ger där råd om egenvård eller kan ge tid för jourläkarbesök på lämplig jour- eller akutmottagning. De kan också förmedla kontakt med jourhavande distriktssjuksköterska Övriga tider på dygnet är hjälpsökande hänvisade att vända sig till sjukhusens akut- eller jourmottagningar respektive ta kontakt med SOS Alarm på larmnumret 112.

Sammanställningen av tillgängliga akuttider vid de vårdcentraler som ingår i den här temagranskningen redovisas i tabellen nedan.

	Antal invånare	Akuttider i timmar		
		må-fre		lör-sön
		08-17	17-21	10-15
Kommun				
Vårdcentral				
Vansbro				
Bäckaskog	7 300	4	4	5
Avesta				
Avesta	7 500	4		
Krylbo	4 500	5		
Skogsbo	7 400	3		
By	3 000	ej uppgift		
Avesta sjukhus	40 000	24		24

Antal akuttimmar vid respektive mottagning förefaller någorlunda likvärdig vid de granskade vårdcentralerna. Skillnader i befolkningsunderlag och redovisade socioekonomiska olikheter kan ge upphov till variationer i behovet av akutvård. De längre avstånden till akutsjukhus kompenseras i Vansbro till viss del med jourtid på vårdcentralen vardagar klockan 17-21 respektive lördagar och söndagar klockan 10-15.

4.2 Tillgång till ambulanssjukvård

4.2.1 Resurser för ambulanssjukvård i Avesta och Vansbro

Ambulansstationer finns i både Vansbro och Avesta. Ambulansstationen i Vansbro betjänar enbart den egna kommunen. Ambulansstationen i Avesta tar ibland också transporter i Borlänge samt bistår angränsande kommunen Hedemora med transporter. Resurserna för ambulanssjukvård i Avesta och Vansbro fördelar sig enligt följande.

2003-10-31

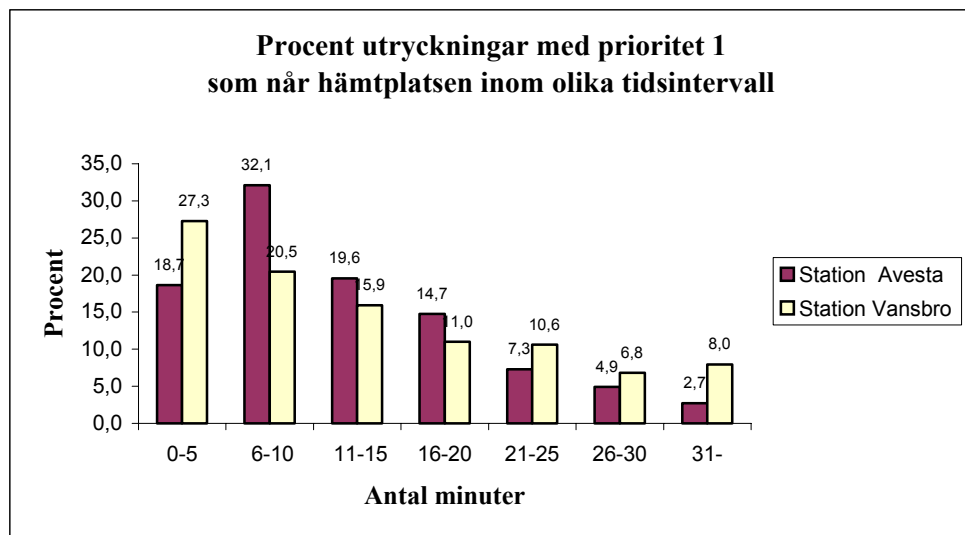
Kommun	Ambulanser		Folkängd	Yta km ²
	Dygn	Dag		
Avesta	2	1	22 318	615
Vansbro	1		7 214	1 550
Länet	20	6	276 896	28 193

Förutom de resurser som redovisas i tabellen ovan har ambulansstationerna i Avesta respektive Vansbro tillgång till en lättambulans.

Mycket grovt beräknat indikerar uppgifterna ovan att Avesta kommun har ungefär den andel av de totala ambulansresurserna i länet som motsvaras av dess andel av länets befolkning. Vansbro har en högre andel av ambulansresurserna än som motsvarar dess andel av befolkningen men har en stor yta att täcka. Uppgifterna är svåra att tolka entydigt men pekar inte på några väsentliga skillnader i tillgång till ambulanssjukvård.

4.2.2 Utnyttjande av ambulanssjukvård i Avesta och Vansbro

Enligt statistik från ambulanssjukvården Dalarna har verksamheterna i Avesta och Vansbro under 2002 haft 1 099 respektive 264 larm med prioritet 1. Det motsvarar 49 respektive 37 larm per 1 000 invånare. För att se om ambulanssjukvården ger likvärdig service till invånarna i de båda kommunerna kan vi jämföra fördelningen av tid i olika intervall från larm till ankomst till hämtningsplatsen för ambulanser i Avesta respektive Vansbro. Detta illustreras i figuren nedan.



Ur figuren kan utläsas att ambulanssjukvården i Vansbro har en högre andel mycket korta uttryckningstider än verksamheten i Avesta men att ambulanssjukvården i båda kommunerna når fram till hämtplatsen inom tio minuter i cirka hälften av alla larm med prioritet 1. Inte oväntat redovisar ambulanssjukvården i Vansbro en högre andel långa uttryckningstider. I Vansbro utgör andelen uttryckningar med ankomsttid till hämtplatsen längre än 20 minuter ungefär 25 procent. Motsvarande andel i Avesta är cirka 15 procent.

2003-10-31

5. Slutsatser och rekommendationer

Som framhållits i den föregående redovisningen är det svårt att entydigt svara på frågan om invånarna i Avesta och Vansbro på objektiv grund kan sägas ha likvärdig tillgång till vård i akuta situationer. De uppgifter som kommit fram i granskningen tyder dock inte på några väsentliga skillnader eller orättvisor.

Möjligheterna till akut omhändertagande vid respektive vårdcentraler förefaller rimligt väl balanserade med hänsyn till geografiska och socioekonomiska omständigheter. Invånarna i Avesta har en fördel genom närheten till Avesta sjukhus. Möjligheten att snabbt få hjälp av ambulanssjukvården förefaller vara rätt likvärdig i de båda kommunerna.

Serviceprofiler från Landtingets befolkningsenkät¹ indikerar dock att Vårdcentralen Bäckaskog i Vansbro uppfattas som klart bättre än genomsnittet när det gäller tillgänglighet per telefon. Telefontillgängligheten vid Vårdcentralerna Avesta och Skogsbo uppfattas som tydligt sämre än genomsnittet. Vårdcentralen Krylbo ligger ungefär vid genomsnittet för landstinget medan Vårdcentralen By uppfattas som väsentligt lättare än genomsnittet att nå per telefon.

Serviceprofilerna kan uppfattas som en indikation på att skillnaderna i tillgång till vård kan vara större inom Avesta kommun än mellan Avesta och Vansbro. Det är en slutsats som får visst stöd av material som redovisas av Förtroendenämnden i landstinget.

Vårdcentralerna redovisar exempelvis olika förutsättningar för samverkan med enheter inom det sjukhus till vilket samtliga är lokaliserade. Vi kan också ur befolkningsenkäten och Förtroendenämndens material finna indikationer på skillnader i tillgänglighet och kvalitet i övrigt mellan de tre vårdcentralerna vid Avesta sjukhus.

För de tre första kvartalen 2003 redovisar Förtroendenämnden en ökning av totala antalet anmälningar som avser verksamheten vid vårdcentralerna Avesta och Krylbo jämfört med 2002. För Vårdcentralen Avesta redovisades 2002 totalt tre anmälningar. För de tre första kvartalen 2003 uppgår antalet till 10. Motsvarande siffror för Vårdcentralen Krylbo är två respektive sex anmälningar till Förtroendenämnden.

Antalet anmälningar som avser vårdcentralerna Skogsbo respektive By är väsentligt färre. För de tre första kvartalen 2003 redovisas för Vårdcentralen Skogsbo och Vårdcentralen By totalt tre anmälningar vardera.

Omräknat efter befolkningsunderlag redovisar Vårdcentralen Avesta och Vårdcentralen Krylbo för de tre första kvartalen 2003 vardera totalt 1,33 anmälningar per 1 000 invånare. Motsvarande siffror för Vårdcentralen Skogsbo är 0,40, för Vårdcentralen By 1,00 sant för Vårdcentralen Bäckaskog i Vansbro 0,83.

Anmälningarna till Förtroendenämnden speglar patienternas uppfattning om vårdens kvalitet och kan därför inte tas till intäkt för någon objektiv bedömning av om invånarna erbjuds tillgång till vård på lika villkor. Statistiken baseras också på relativt små tal och blir därmed känslig för slumpvariationer. Anmälningarna kan dock anses ge en indikation på problem som vi anser det angeläget att uppmärksamma.

¹ Serviceprofiler för Landstinget Dalarnas vårdcentraler m.m. Rapport från Landstingskansliet epidemiologiska utredningsarbete, nr 126, oktober 2003.

2003-10-31

Som en anteckning i marginalen och utanför granskningens syfte kan noteras att tre av fyra vårdcentraler i Avesta kommun lokaliserats till sjukhuset. Både Skogsbo och Krylbo är bostadsområden som är belägna några kilometer från centrala Avesta men de vårdcentraler som betjänar respektive område har lokaliserats till sjukhusområdet.

Grundidén med vårdcentralerna är områdesansvar, lokal anknytning och närhet till den befolkning som skall betjänas. Lokaliseringen är en del av tillgängligheten. Även om avstånden i Avesta inte är stora kunde det ändå förefalla naturligt att vårdcentraler med områdesansvar för Skogsbo och Krylbo lokaliserats till dessa bostadsområden.

När nu en annan lösning valts och tre vårdcentraler i Avesta lokaliserats till sjukhusområdet menar vi att det kunde finnas skäl att överväga värdet av att ha en indelning i tre separata enheter med uttalat områdesansvar. Det är möjligt att det skulle vara till fördel för invånarna i Avesta om en närmare samordning organisatoriskt och resursmässigt mellan de tre nu separata enheterna övervägdes. Det områdesansvar som respektive vårdcentral nu har kan mycket väl fullgöras inom ramen för en samordnad organisation.

Med utgångspunkt i det material som redovisats ovan vill vi formulera följande rekommendationer:

- Landstingsstyrelsen och övriga förtroendevalda beslutsinstanser bör aktivt bevaka resursfördelning och resursutnyttjande så att befolkningens rätt till hälso- och sjukvård på lika villkor tillgodoses både inom och mellan kommuner.
- Det kan finnas skäl att närmare granska primärvårdens organisation i Avesta och lokaliseringen av vårdcentralerna i kommunen.
- Det är angeläget att Förtroendenämndens material utnyttjas i utvärderingen av hur befolkningen uppfattar den tillgänglighet och kvalitet i övrigt som hälso- och sjukvården erbjuder. Av 33 vårdcentraler som förekommer i Förtroendenämndens statistik för de tre första kvartalen svarar åtta för 50 % av totala antalet anmälningar.

Tema 6

Bemötandet vid mottagandet

Innehållsförteckning

1. UPPDRAGET	3
1.1 BAKGRUND OCH SYFTE	3
1.2 FRÅGESTÄLLNINGAR	3
1.3. METOD OCH GENOMFÖRANDE	3
2. UTGÅNGSPUNKTER FÖR GRANSKNINGEN	3
3. KARTLÄGGNING OCH ANALYS.....	4
3.1 METODER FÖR ATT FÅNGA UPP MEDBORGARNAS UPPLEVELSE AV KVALITETEN I MOTTAGANDET?	4
3.1.1 <i>Epidemiologiskt utredningsarbete.....</i>	4
3.1.2 <i>Kvalitetsbokslut och andra insatser</i>	5
3.1.3 <i>Förtroendenämnden i Landstinget Dalarna.....</i>	5
3.2 MEDBORGARNAS UPPFATTNING OM BEMÖTANDET	6
3.2.1 <i>20-64-åringars uppfattningar om hälso- och sjukvården i Dalarna.....</i>	6
3.2.2 <i>Frågor till äldre om hälsa och sjukvård</i>	6
3.2.3 <i>Verksamhetsberättelse från Förtroendenämnden</i>	7
3.3 KOMPETENSUTVECKLING SOM ERBJUDS DEN PERSONAL SOM ANSVARAR FÖR MOTTAGANDET.7	7
3.4 GRUNDLÄGGANDE KRAV PÅ PERSONAL I HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN	8
4. SLUTSATSER OCH REKOMMENDATIONER.....	8

1. Uppdraget

1.1 Bakgrund och syfte

Bakgrunden till denna granskning är de signaler som regelbundet når revisionen kring bemötandet vid olika enheter i landstinget. Att medborgaren i sina kontakter med hälso- och sjukvården skall bli bemött på ett professionellt och kompetent sätt kan upplevas som en självklarhet. Det förutsätter dock en aktiv kompetensutveckling av berörd personal, genomtänkta mottagningsystem, uppföljningar och utvärderingar av medborgarnas upplevelse av mottagandet etc.

Syftet med denna granskning är att närmare studera hur landstinget arbetar med att utveckla kvaliteten i mottagandet av medborgarna i första linjen. Granskningen avser hur mottagandet fungerar under den initiala kontakten med landstinget som vårdgivare oavsett om denna kontakt sker per telefon eller via ett personligt besök.

1.2 Frågeställningar

Inom ramen för det grundläggande syftet bör även följande frågeställningar beaktas:

- Vilka metoder använder landstinget för att fånga upp medborgarnas upplevelse av kvaliteten i mottagandet?
- Vilken kompetensutveckling erbjuds den personal som ansvarar för mottagandet?
- Vilka grundläggande krav ställs på den personal som placeras i första linjen?

1.3. Metod och genomförande

Granskningen inleds med en inventering vilka metoder som landstinget tillämpar för att fånga upp medborgarnas upplevelse av kvaliteten i mottagandet. Den delen av studien samordnas med inventeringen av metoder för att följa upp och utvärdera medborgarnas uppfattning av hälso- och sjukvårdens tillgänglighet.

Denna information kompletteras med intervjuer vid ett urval av enheter för att få en bild av vilka värderingar och förhållningssätt som ledningen förmedlar respektive vårdpersonalen tillämpar. I dokumentstudier och intervjuer granskas kompetensförsörjningen med hänsyn till förhållningssätt och bemötande av patienterna. Det handlar här både om rekrytering och urval av personal generellt respektive i första linjen och om kontinuerlig vidareutbildning och attitydpåverkan av all personal.

2. Utgångspunkter för granskningen

Socialstyrelsen har i en rapport¹ sammanfattat läget i landet efter lagändringarna 1 januari 1999. Hälso- och sjukvården har skyldighet att ge patienten individuellt anpassad information, möjlighet att välja behandlingsalternativ och möjlighet att få förnyad medicinsk bedömning. Enligt hälso- och sjukvårdslagen skall vården ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet.

De resultat och erfarenheter Socialstyrelsen redovisar i rapporten visar att det behövs ytterligare insatser från bland annat landstingens och hälso- och sjukvårdsansvarigas sida innan lagstiftningen och de bakomliggande målen och intentionerna har uppfyllts. Frågor som rör rätten till information, delaktighet och medinflytande i det nära mötet

¹ Patientens rätt till information, delaktighet och inflytande. Socialstyrelsen. Artikelnr 2003-103-5

2003-10-31

med hälso- och sjukvården kan ha kommit i skymundan i försöken att lösa problemen med bristande tillgänglighet och personalresurser.

Landstingens svar på Socialstyrelsens enkäter 2001 och 2003 tyder på att utbildning och information till hälso- och sjukvårdspersonalen om den här aktuella lagstiftningen varierar avsevärt. Landstingens information om rätten till information, val av behandlingsalternativ och förnyad medicinsk bedömning varierar också. Alla landsting informerar på något sätt men det är långt ifrån lika villkor för alla invånare. Även här har få landsting/motsvarande följt upp informationsinsatserna och kan således inte visa vilka resultat eller effekter man uppnått.

I Socialstyrelsens rapport redovisas olika nationella respektive regionala eller lokala undersökningar av patienternas uppfattningar. Utöver nationella undersökningar av allmänhetens och patienters/anhörigas uppfattningar om hälso- och sjukvården genomförs undersökningar där resultat kan jämföras mellan olika enheter. Två av dem, Pyramid och KAK-projektet (Kvalitet, arbetsmiljö och kompetens), täcker inte hela landet, men större regioner. På flera ställen används också Picker-metoden och KUPP-metoden (Kvalitet ur patientens perspektiv). Pyramid har utvecklats av forskare vid Uppsala universitet tillsammans med Region- sjukhuset i Örebro och andra svenska hälso- och sjukvårdsorganisationer. KAK är en vidareutveckling av Pyramid. Picker-metoden har utvecklats av Picker-institutet i USA, som arbetar med uppföljning av europeisk hälso- och sjukvård sett ur patientens perspektiv. KUPP-metoden har utvecklats vid Institutionen för hälsa och vård i Karlstad. Den finns i två versioner, en mer omfattande som mäter vårdkvalitet ur patientens perspektiv med hjälp av 22 frågeområden med totalt 70 frågor och en mer kortfattad som omfattar 14 frågeområden.

I Socialstyrelsens rapport redovisas följande resultat och iakttagelser som anses tänkbara:

- Högst på missnöjeslistan står bristande tillgänglighet.
- En mycket hög andel - 71 procent - vet inte vart de skall vända sig med klagomål på vård/bemötande.
- Fler är missnöjda med den information man fått om sin sjukdom och sina problem än med bemötandet mer allmänt.
- Man är minst nöjd med den information man fått om sin sjukdom och sina problem på akutmottagning och vårdcentral.
- De flesta undersökningar ger ganska ytliga kvantitativa bilder av befolkningens och patienternas uppfattningar om bemötande, information, delaktighet och medinflytande.
- Klagomål rörande bemötande och juridik förefaller att öka. Skillnaderna mellan äldre (över 45 år) och yngre patienter ökar generellt. Yngre blir alltmer kritiska mot vården jämfört med äldre.

3. Kartläggning och analys

3.1 Metoder för att fånga upp medborgarnas upplevelse av kvaliteten i mottagandet?

3.1.1 Epidemiologiskt utredningsarbete

- *20-64-åringars uppfattningar om hälso- och sjukvården i Dalarna*

2003-10-31

Befolkningssenkäter som riktar sig till ett urval av medborgare i åldern 20-64 år har genomförts vartannat år sedan 1992. Enkäterna behandlar hur väl befolkningen i Landstinget Dalarna anser att de egna vårdbehoven tillgodosätts och om man anser att vården erbjudits på lika villkor. Den behandlar också väntetider, förtroende, tillgänglighet, bemötande, förebyggande perspektiv i vårdarbetet m.m.

□ **Frågor till äldre om hälsa och sjukvård**

Denna enkät vänder sig till ett urval av befolkningen i åldrarna 70-84 år. Den senaste enkäten har genomförts under vårvintern 2002. Motsvarande enkätundersökningar genomfördes 1997 och 1993. Den senare omfattade dock också gruppen 85 år och äldre.

Enkäten innehåller frågor till målgruppen om socialt kontaktnät, hemhjälp, färdtjänst, sjukvård i hemmet och hjälpmedelsbehov, hälsotillstånd och välbefinnande, sjukvårdsutnyttjande samt uppfattningar om hälso- och sjukvården.

Vid intervjuer har framhållits att resultatet av enkäterna inte används och följs upp i önskvärd omfattning centralt i landstinget. De olika vårdcentralerna är dock mycket intresserade av resultatet och har det i åtanke vid förbättringsarbeten.

3.1.2 Kvalitetsbokslut och andra insatser

I kvalitetsbokslutet för landstinget år 2002 anges att 69 % av basenheterna utvecklat verktyg och metoder för att fånga upp patienternas synpunkter. 52 % av basenheterna tillämpar regelbunden medverkan från patienterna i form av fokusgrupp, enkät eller annat.

Inom landstinget finns ett etiskt råd som ordnat en konferens på grundtemat bemötande. Konferensen vände sig till personal i kommun och landsting och hade stor upplutning

En del undersökningar där bemötandefrågan kommer in har även genomförts lokalt på vårdcentralerna. Några vårdcentraler har också en egenutvecklad bemötandepolicy.

3.1.3 Förtroendenämnden i Landstinget Dalarna

Förtroendenämndens verksamhet regleras i Lag om patientnämndsverksamhet m.m. (SFS 1998:1656). Bland viktigare uppgifter för Förtroendenämnden kan nämnas att:

- Främja kontakterna mellan patienter och vårdpersonal.
- Främja samarbete för att åstadkomma bästa möjliga vård.
- Hjälpa patienter att få den information de behöver för att kunna tillvarata sina intressen i hälso- och sjukvården samt att rapportera iakttagelser och avvikelser av betydelse för patienter till vårdgivare och vårdenheter.

Förtroendenämndens arbete baseras i allt väsentligt på anmälningar eller andra typer av kontakter med patienter i hälso- och sjukvården. Nämnden får därigenom en bred kunskap om områden där patienterna finner anledning att uttrycka sitt missnöje. Det är en information som är av stort värde för utvecklingen av landstingets verksamhet och som regelbundet ställs till förfogande för berörda instanser på olika nivåer.

3.2 Medborgarnas uppfattning om bemötandet

3.2.1 20-64-åringars uppfattningar om hälso- och sjukvården i Dalarna

I befolkningsenkäten finns en fråga som behandlar bemötande av personalen på vårdcentral/distriktsläkarmottagning. 1990-talets undersökningar visade på att de flesta som varit på läkarbesök på någon av Landstinget i Dalarnas vårdcentraler varit nöjda med det bemötande man fått av personalen. De direkt missnöjda var vid samtliga mättillfällen, ur ett patientperspektiv, relativt få, ca 3 %. Antal missnöjda kvinnor har ökat något sedan 1998 i undersökningen gjord år 2000, men nivån överstiger inte 1992 års resultat, vare sig för kvinnor eller för män.

Antalet personer bland länets 120 000 invånare i åldern 20-64-år som ansåg sig ha blivit dåligt bemötta uppskattades på basis av uppgifterna i befolkningsenkäten 2000 till drygt 4000. Enligt den senaste rapporten kan antalet antas ligga kvar på ungefär samma nivå 2003.

I den senaste rapporten från landstingets befolkningsenkät² redovisas dock en tendens till ökad frekvens av klagomål över bemötande. Andelen 20-64-åringar som svarat nej på frågan "Anser Du att Du fått ett gott bemötande av personalen på Din vårdcentral/läkarmottagning" ökade från cirka 3 procent 2000 till omkring 4 procent år 2003.

Missnöjet med bemötandet minskar med ökande ålder. Den mest kritiska inställningen mot vårdcentralspersonalen finns bland yngre patienter – främst kvinnor. Missnöjet varierar något från kommun till kommun och från vårdcentral till vårdcentral. Socioekonomisk grupptillhörighet samt arbetslöshet har inte nämnvärd betydelse för hur bemötandet uppfattas.

Patienternas uppfattning om bemötandet mäts i befolkningsenkäten också genom frågor om orsaker till att de tillfrågade avstått från att söka kontakt med landstingets vårdcentraler trots ett upplevt kontaktbehov. Här redovisas en kontinuerligt stigande trend från i genomsnitt cirka 9 procent för män och 13,5 procent för kvinnor 1994 till omkring 13 procent för män och 16,5 procent för kvinnor år 2003. Enligt rapporten är ett växande missnöje med bemötandet den viktigaste förklaringen till att den negativa tendensen hållit i sig. I rapportens diagram redovisas en markant ökning av missnöjet med bemötandet mellan åren 2000 och 2003 både för män och för kvinnor.

3.2.2 Frågor till äldre om hälsa och sjukvård

I den senast rapporterade undersökningen³ redovisas att i genomsnitt mellan fem och tio procent av de tillfrågade i åldrarna 70-84 år under de tre senaste månaderna år 2002 hade avstått från att kontakta sin vårdcentral trots upplevt kontaktbehov. Den lägsta siffran avser svarande i åldrarna 80-84 år och den högsta svarande i åldrarna 70-74 år

² 20-64-åringars uppfattningar om hälso- och sjukvården i Dalarna vårvintern 2003. Rapport från landstingets epidemiologiska utredningsarbete, nr 125, oktober 2003

³ Frågor till äldre om hälsa och sjukvård. Rapport från landstingets epidemiologiska utredningsarbete, nr 123, september 2002

I genomsnitt mellan tre och sju procent av de tillfrågade svarade att negativa erfarenheter av tidigare kontakter var orsaken till att de under de tre senaste månaderna år 2002 hade avstått från att kontakta sin vårdcentral trots upplevt kontaktbehov. I rapporten noteras som allvarligt att således 62 procent av dem som avstått från kontakt med sin vårdcentral trots upplevt sådant behov motiverar sitt handlande med negativa erfarenheter från tidigare kontakter.

3.2.3 Verksamhetsberättelse från Förtroendenämnden

I Verksamhetsberättelse 2002 för Förtroendenämnden redovisas att antalet ärenden under rubriken "Bemötande-kommunikation" ökat markant under året. Vårdtagare och anhöriga upplever ibland att framförallt läkare uppträtt nonchalant eller ohövligt. Klagomål på övrig personal är få.

Kontakten med stafettläkare upplevs av många som otillfredsställande. Det är inte ovanligt att framförallt äldre vårdtagare inte vågar ta upp sina problem eller framföra kritik av rädsla för att bli betraktade som besvärliga och inte få den vård de behöver.

I den statistik som Förtroendenämnden redovisar till Socialstyrelsen för år 2002 noteras 840 anmälningar som avser landstingets hälso- och sjukvård. Av dessa avser 163 anmälningar bemötande, kommunikation och information. Av dessa ärenden hör i sin tur 68 till primärvården. För de tre första kvartalen 2003 redovisar Förtroendenämnden 42 anmälningar som berör området bemötande, kommunikation och information inom primärvården i Landstinget Dalarna.

I Socialstyrelsens statistik för hela landet⁴ konstateras att flera patientnämnder påpekar att tillgängligheten, särskilt till primärvården, är mindre bra men tycker sig inte kunna påstå att problemen är direkt allvarliga.

Problem med tillgängligheten i primärvården är något som ändå rapporteras ofta. Det gäller både svårigheter att komma fram på telefon och att få en läkarkontakt. Flera tar upp systemet med listning, som framför allt försvårar för den som inte är listad att komma till läkare, men inte heller utgör någon garanti för den som är listad. Patientnämnden i Jämtland rapporterar att svårigheterna att komma fram till primärvården resulterar i att patienterna söker sig till akutmottagningen, där de ibland blir avvisade och hänvisade att på nytt söka sig till en vårdcentral. Detta leder till en rundgång i systemet.

Från flera regioner rapporteras om missnöje med att valfrihetslöftena inte uppfylls. Patientnämnden i Stockholm rapporterar t.ex. ökat antal ärenden som berör besöksgaranti och valfrihet i primärvården. Bemötandeproblem är vanligt förekommande i rapporteringen. Svårigheter att få ta del av patientjournalen har också rapporterats från flera nämnder.

3.3 Kompetensutveckling som erbjuds den personal som ansvarar för mottagandet.

Ansvar för kompetensutveckling av personalen ligger på respektive klinik/vårdcentral. Vid intervjuer har framkommit att åtskilliga vårdcentraler har tid avsatt för hospitering, kurser i exempelvis hjärt- och lungräddning, kompetensutveckling inom olika specialiteter internt m.m.

⁴ Patientnämndernas rapportering till Socialstyrelsen. Artikel nr 2003-131-9

2003-10-31

I Leksands arbetsmiljöplan står det om kompetensutveckling i förhållande till arbetsuppgiften. Hospitering skall ske regelbundet, medarbetarsamtal skall ske varje år. Det framgår också att tid får avsättas regelbundet för kompetensutveckling.

Arbetsmiljöpolicy är ett styrdokument för arbetsmiljöarbetet i Landstinget Dalarna. Utgångspunkten för policyn är att en god arbetsmiljö är en grundläggande förutsättning för en bra verksamhet. Begreppet arbetsmiljö ges en vid innebörd. Det gäller inte bara den fysiska arbetsmiljön, utan också balansen mellan arbetsuppgifter och möjligheterna att utföra dessa. Det gäller sociala och psykologiska aspekter på arbetet, möjligheten att uppleva att man gör ett bra arbete, möjligheter till inflytande, delaktighet, personlig- och professionell utveckling.

Om personalen upplever tidspress återspeglas det bland annat i bemötandet av patienterna. Det bör vara möjligt att byta arbetsuppgifter för den som har en svår tid i sitt liv.

Företagshälsovården erbjuder gemensam kurs för personalen. Den omfattar en heldag och fem halvdagar. Närsjukvårdsområdena samordnar en del kurser bland annat genom ett modultänkande där personalen får välja att genomgå utbildning i den modul som de känner att de behöver utvecklas i.

Det har vid intervjuer inte framkommit att det finns någon särskild kompetensutveckling i hur personalen skall hantera bemötandet med patienter. Det ses som en uppgift för respektive chefer att stödja personalen genom personliga samtal samt genom att förmedla förhållningssätt och själv föregå med goda exempel. De skall också vid behov vidta erforderliga förändringar i organisation och arbetsformer.

Flera vårdcentralers personal har gått igenom såkallad "Giraff-utbildning" i flera omgångar. Första grundkursen hölls för tre år sedan, och därefter har flera uppdateringar skett. Giraff-språk är en metod som syftar till att uppnå tydligare kommunikation och bättre kontakt i mötet. Det kan bland annat vara ett hjälpmedel att lösa konflikter.

3.4 Grundläggande krav på personal i hälso- och sjukvården

Det finns inga krav från central nivå avseende den personal som placeras i första linjen. I receptionen sitter oftast receptionister, undersköterskor eller sjuksköterskor. Telefonen bemannas mestadels av sjuksköterskor och undersköterskor.

Ledningen för varje vårdcentral har själv ansvar för att skriva arbetsbeskrivningar för personalen i första linjen. I exempelvis Leksand utgår man från de olika perspektiven i det balanserade styrkortet för att formulera befattningsbeskrivningarna.

4. Slutsatser och rekommendationer

Bemötandet av patienterna är en utomordentligt betydelsefull del i den totala kvalitet som hälso- och sjukvården kan erbjuda. Det initiala bemötandet skapar den kontakt och relation mellan patient och vårdgivare som är en grundläggande förutsättning för ett tillfredsställande resultat av hälso- och sjukvårdens fortsatta insatser.

I bemötandet ingår också förmågan att lyssna på patienten och att kommunicera – ofta svåra – frågor och ställningstaganden. För vårdens resultat är ett avgörande villkor

2003-10-31

att patienten är införstådd med den behandling som erbjuds och förstår vikten av att följa givna ordinationer när det gäller medicinering eller egna behandlingsinsatser i övrigt.

Samtidigt förefaller bemötandefrågor att inta en relativt undanskymd plats i planering och beslutsfattande inom hälso- och sjukvården generellt. I Landstinget Dalarna redovisas ingen regelbunden och aktiv uppföljning av information ur olika undersökningar av befolkningens uppfattning av bemötandet vid vårdcentraler eller sjukhus.

Vi har inte funnit några systematiska insatser för att erbjuda vårdpersonalen utbildning för att förbättra deras kompetens när det gäller bemötande, kommunikation och information. Dessa uppgifter ligger inom varje enhets eget ansvar. Det gäller också formulering av krav på vårdpersonalens kompetens när det gäller bemötande, kommunikation och information.

Av både Socialstyrelsens sammanställningar och det material som redovisats ur befolkningsenkäten respektive Förtroendenämndens material kan noteras att klagomålen mot bemötande inom hälso- och sjukvården ökat i antal under senare år. Det gäller i synnerhet inom primärvården som avses svara för huvuddelen av de första kontakterna mellan patient och vårdgivare. Ökningen kan i viss utsträckning kanske vara en effekt av ökade krav eller större benägenhet att framföra klagomål men har sannolikt också andra underliggande orsaker som hänger samman med hälso- och sjukvårdens förmåga att allmänt fullgöra sina åtaganden.

Vi menar därför att det är angeläget att de förtroendevalda i Landstingsstyrelsen och övriga förtroendevalda beslutsinstanser i Landstinget Dalarna tydligt uppmärksammar problemen med bemötande, kommunikation och information och aktivt engagerar sig i insatser för att förbättra hälso- och sjukvårdens prestationer i detta avseende.

Våra iakttagelser i den här granskningen vill vi sammanfatta i följande rekommendationer:

- Landstingsstyrelsen och övriga förtroendevalda beslutsinstanser i Landstinget Dalarna bör ägna ökad uppmärksamhet åt frågor som rör bemötande, kommunikation och information.
- Denna typ av frågor bör lyftas fram tydligt i planer, budgetar och andra styrdokument.
- Vid rekrytering av personal i hälso- och sjukvården bör kompetens inom området bemötande, kommunikation och information tillmätas stor betydelse.
- All personal bör erbjudas kontinuerlig utbildning och kompetensutveckling inom området bemötande, kommunikation och information.