

Projekt minska väntetider Öregrunds vårdcentral.

Ska man göra rätt så det blir fel, eller göra fel så det blir rätt? Utvärdering av två bokningssystem vid Öregrunds Vårdcentral Praktikertjänst AB

Carola Johansson

Verksamhetschef och distriktsläkare

Öregrunds vårdcentral Praktikertjänst AB

Lars Agréus

Distriktsläkare, Öregrunds vårdcentral Praktikertjänst AB

Professor, Sektionen för Allmänmedicin, Institutionen för Neurobiologi, Vårdvetenskap och Samhälle (NVS), Karolinska Institutet, Stockholm.

Korresponderande författare

Mobil 0705330086

lars.agreus@ki.se

Sammanfattning

- När patienten enligt vårdgarantin kunde beställa tid för icke akut besök var väntetiden 4-8 veckor mot stipulerat max 7 dagar.
- Patienterna var missnöjda och arbetsmiljön bedrövlig
- 2016 ändrades rutinen så att man endast kunde boka tid samma dag man ringde.
- 68% av de vårdsökande utan akuta behov fick före ändringen vänta längre än de 7 dagarna, mot 1,7 % därefter.
- $\geq 75\%$ av de tillfrågade, även bland de ”avvisade”, föredrog det nya systemet.
- Omhändertagandet av äldre och multisjuka försämrades inte.
- Arbetsmiljön förbättrades.
- Tidigare möjlighet att ”kräva” ett snart läkarbesök för icke akuta tillstånd omöjliggjorde möjligheten att få ett. Nu är det tvärtom.

Inledning och bakgrund

Den lagstadgade vårdgarantin (1) säger: Var och en ska ha rätt till telefonkontakt med primärvården samma dag och kunna få en läkartid inom 7 dagar.

Öregrunds vårdcentral Praktikertjänst är en fullbemannad välfungerad tre-läkarstation i relativ glesbygd. I bygden är det en vårdcentral per tätort som gäller, och avståndet till vårdalternativ är Uppsala 95 km och undantagsvis Östhammar 20 km. Det betyder i praktiken att vi inte kan hänvisa akuta fall dagtid överhuvudtaget, och akutfallen är av ”glesbygdskaraktär”, d.v.s. ofta påtagligt sjuka. Vårdcentralen är underdimensionerad, på grund av rätten till fri listning är ca 30% av vår ”lista” ”utsocknes”.

Vi hade hösten 2015 för ”akuta” besök (d.v.s. behöver tid omedelbart, samma dag eller senast nästa dag om man ringer sent på dagen) ingen väntetid, vissa (ett fåtal) fick hänvisas till Östhammar (som är öppet dygnet runt).

Vi hade cirka 100 inkommande patientssamtal om dagen, som besvaras enligt lagen till 100%. För tidsbeställda ny- eller återbesök låg väntetiderna på 4-8 veckor, således ”olagligt”.

Eftersom tomma akuttider vid dagens början blev färre och färre på grund av att vi måste ”trycka in” flera ny- och återbesök på ”akuttider”, så blev den psykosociala situationen både för bokande sköterskor och doktorerna till sist närmast outhärdlig.

Åtgärd

Det bestämdes att man fr. o m. februari 2016 inte längre skulle kunna beställa tid annat än för besök samma dag man ringer, och läkarnas arbetsschema lades om efter detta. För ”ömmande fall” gjordes undantag, t. Ex. anhörig måste komma med och arbetssituation som kräver planering. Vi var med nödvändighet stränga med denna tillämpning. Akutfall behandlades som tidigare.

Metod

Vi ville utvärdera det nya bokningssystemet ur patient- och arbetsmiljöperspektiv.

Databasundersökningar över tre tre-månadersperioder

Vi studerade två perioder före och en efter systemskiftet. De tre perioderna var mars-maj 2015, oktober – december 2015 och mars-maj 2016

Vi ville före och efter förändringen (januari och februari 2016 var ”övergångsmånader”) samt med samma tid ett år före (eftersom sjukdomspanoramata är något årstidberoende). Vi var särskilt intresserade av hur vården för de ”multisjuka äldre” skulle påverkas, av våra patienters och våra listades uppfattning, samt personalens upplevelse av arbetssituationen.

För vårdtyngd fick vi bygga en databas manuellt utifrån registrerade diagnoser (ICD kodbaserat) per avidentifierat besök, med känd ålder och kön. Följande diagnoser definierades som ”tung”, då de ofta drabbar ”multisjuka äldre”:
Hjärtsvikt, ischemisk hjärtsjukdom, diabetes typ I & II, demens, njursvikt, artros, lumbago, lumbago ischias, spinal stenos, depression och ångest.

Under maj 2016 utfördes två individbaserade studier

Databasstudie

Antal och typ av besök (akut respektive ny- och återbesök)

Fyra enkätstudier utfördes under och strax efter maj 2016

- 1) Ett slumpmässigt urval av listade ≥ 18 års ålder (postenkät, fyra slumpade födelsedagar, n=389)
- 2) Alla besökande i maj 2016 (on site, n= 518)
- 3) Alla som inte kunde eller ville komma samma dag dom ringde i maj 2016 (postenkät n= 102)

Kort innehöll enkäten en fråga vilket av bokningssystemen man föredrog. För att undvika "bias" i patientenkäterna för att man "av bara farten" fyller i "första rutan först", så var ordningen av "Föredrar du "nya" resp. "gamla" bokningssystemet omkastad i hälften av enkäterna. Mottagningsköterskan märkte (via bokningssystemet) enkäten med "A" för besök som bedömdes ha akut karaktär, och "B" (för "icke akut besök") för övriga. Alla svar var anonyma och kunde inte kopplas till person, vilket de svarande kände till

4) En personalenkät efter kort efter studietiden.

Statistiska metoder

T-test, z-test av proportioner samt logistisk regression. Tvåsidiga test.

Signifikansnivå är satt till $p < 0,05$.

Resultat

Antal och typ av läkarbesök

Under de tre studieperioderna om tre månader vardera hade vi 1333, 1428 respektive 1460 läkarbesök.

Under maj 2016, när enkätstudien gjordes, hade vi 518 läkarbesök. Av dessa bedömdes 164 (32%) som "akuta" (som skulle fått tid samma eller senast nästa dag även i "gamla systemet"), och 348 (68 %) som skulle fått beställa tid i gamla systemet. Sammanlagt var det 103 personer som inte kunde eller fick komma samma dag utan uppmanades återkomma, fördelade på 10 av 22 arbetsdagar. Av dessa hörde 28 (18 "akutbesök" och 10 nybesök/kontroller) aldrig av sig under studiemånaden.

Sex av de 10 kontrollerna fick tid efter studiemånaden, och fyra hörde inte av sig eller bara delvis hjälp (recept men ingen tid).

De övriga 71 (103-28, 69 %) tog ny kontakt, och alla utom nio (1,7 % av de 518 besöken) fick tid inom 7 arbetsdagar. Det var ingen statistisk skillnad i ålder eller kön mellan de som fick och inte fick komma samma dag.

Enkätstudier

I de tre enkätstudierna var det ingen statistisk skillnad mellan svarande och icke svarande för kön i någon studie. De svarande var signifikant äldre ($p=0,001$) endast i endast i den postade enkäten till de slumpmässigt utvalda.

De slumpmässigt utvalda 18 år och äldre

Totalt svarade 247 (64 % av 389) på utskicket, av dessa föredrog 75 % nya systemet, och 25 % gamla systemet.

Besökande i maj 2016

Av de 518 besökande svarade 367 (71%), och av dessa föredrog 81% nya och 17% gamla systemet (ett par svar var inte bedömbara).

De som ej fick komma samma dag till VC i maj 2016

Av de 102 svarade 56 (61%). Av dessa föredrog 76% nya och 20% gamla systemet (ett par svar var inte bedömbara).

Observera att samma person kan ha fått enkäten flera gånger med använd metod, men då svaren var anonyma vet vi inte vilka.

Diagnoser och vårdtyngd

Läkarbesök – diagnoser

Diagnos (minst en) saknades på knappt 3% av besöken i de tre perioderna. Som mest sattes nio diagnoser. Medelvärdet på antal diagnoser var 1,29 (95 % CI 1,25-1,34), 1,34 (95 % CI 1,29-1,39) och 1,29 (95 % CI 1,25-1,33) för de tre perioderna.

För att bedöma handläggande av äldre multisjuka beräknades antal diagnoser för de övre percentilerna (90% och 97,5%) av antalet diagnoser per besök och de var 2 respektive 4 satta diagnoser under varje period.

Korrigerat för ålder och kön var det ingen statistisk signifikans skillnad för antalet satta diagnoser per besök mellan period 3 (studieperioden) och period 1 (OR 1,00 (95% CI: 0,92-1,10)) och mellan period 3 och period 2 (1,07 (95% CI: 0,98 - 1,16)),.

Antal besök med minst en ”tung diagnos” var under de tre perioderna 15,9 %, 17,8 %, respektive 18,4%. Under perioden med ”nya systemet” var det således en trend mot att en större andel av patienterna fick minst en ”tung diagnos”. Skillnaderna var dock inte statistiskt signifikanta. (*Period 1 vs period 3: p=0,08*)

Personalenkäten

Alla 12 verksamma (läkare, mottagningssköterskor, distriktssköterskor undersköterska och medicinska sekreterare) svarade på enkäten (se bilaga). Svaren avsåg upplevelsen under Period 3 jämfört med arbetet under 2015. Enkäten var omfattande. Sammanfattningsvis upplevdes en högre

telefonbelastning men samtidigt mycket enklare att ge patienter tid. Den psykosociala arbetsmiljön hade därmed förbättrats, och ingen ville byta tillbaks.

Diskussion

Genom att bryta mot lag och avtal och inte annat än undantagsvis ge en tid senare än samma dag man ringer vårdcentralen, så har vi nästan helt uppfyllt lagens intention om god och snabb tillgänglighet i primärvården. När tidsbokning kunde göras i förväg var detta omöjligt. Vårdproduktionen har ökat något, och multisjuka äldre har ej försummats.

Sammanfattningsvis föredrar våra listade och patienter ($\geq 75\%$) det ”nya systemet”. Det är mycket uppskattat att nästan alltid få tid direkt. Ett mindre antal förvärvsarbetande och även vissa pensionärer vill för sin planerings skull kunna beställa tid, ibland explicit även om det är lång väntetid. I början var det problem med att man inte hade provtagning klar till ett återbesök, men efter ”en pedagogisk inkörning” har detta rättat till sig.

Ålderssammansättningen på patienterna har inte ändrats, och de ”multisjuka äldres” behov har tillgodosetts i oförändrad omfattning.

Även om under maj månad uppskattningsvis knappt 30 % av de med ”icke akuta” behov (103 av 348 kontakter respektive besök i resultatdelen) inte fick, ville eller kunde komma samma dag, så ordande det sig för så gott som samtliga som återkom: Endast 9 patienter (1,7 % av de 518 besöken) fick vänta över 7 arbetsdagar, mot i det ”gamla systemet” bedömningsvis alltså 2/3 av besöken eller ca 348 st.

Personalen är nöjd eller mycket nöjd och vill inte byta tillbaks. Det som upplevs som ett problem är pålistningen från sämre bemannade vårdcentraler med väntetider i grannorterna. Kvaliteten attraherar.

Man kan inte bortse från möjligheten att doktorerna, medvetna om att utvärderingen skulle ske, varit noggrannare med att sätta diagnoser, inklusive ”tung” diagnoser, under period 3. Mot detta talar dock att ”diagnosstudien” initierades först i mitten och designades under sista tredjedelen av period 3.

När man ser tillbaks på hur det fungerade när väntetiderna blev längre och längre och det började bli bekant hos (de potentiella) patienterna, så förefaller det rimligt att önskan om att boka en tid ”i tid” bidrog till att ”ackumulera” väntetider, vilket vi undviker med nuvarande system.

Det är för oss ingen tvekan om att en framgångsfaktor för upprätthållen vårdkvalitet med det nya systemet (liksom i det gamla) varit att vi haft fast personal med lång erfarenhet, god lokalkännedom och mycket hög yrkesetik i tjänst. En del av detta ligger rotad i ”glesbygdsmedicinens” själ, en annan del i den ”entreprenörsanda” som driftformen ger utrymme för. Vi anser därför att våra resultat inte är direkt generaliserbara till andra vårdcentraler som kanske saknar dessa förutsättningar. Vår erfarenhet gör dock att vi kan rekommendera andra att pröva, under förutsättning att man har kontroll på vårdpanoramats. Det senare innebär också att ”kontaktytan mot patienterna”, det vill säga mottagningssköterskorna, har förmåga väga behovsstyrd vård mot efterfrågestyrd.

Framför allt vill vi väcka debatt om hur lagstiftningen och grunden till våra avtal ska se ut. Vår bestämda uppfattning är den är kontraproduktivt. Genom att många kan "kräva" ett snart läkarbesök eliminerar man möjligheten att få ett.

Referens

1. Hälsa- och sjukvårdsförordning (SFS 2017:80), kapitel 6: Vårdgaranti
https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardsforordning-201780_sfs-2017-80