

Hur kan man effektivt hantera inkommande patientkontakter på en vårdcentral?



Författare:

Jonas Alverlin, ST-läkare i allmänmedicin
Vårdcentralen Primapraktiken, Trollhättan

Rapport 2017:15

FoUU-centrum Fyrbodal

Rapport 2017:15

FoU i VGR: <https://www.fou.nu/is/vgr/project/224121>

Utförd i kurs Vetenskapligt Förhållningssätt
Närhälsan FoU primärvård
FoUU-centrum Fyrbodal

Handledare:

Bertil Marklund, Professor och distriktsläkare
FoUU-centrum Fyrbodal

Karin Mossberg, Doktor och ST-läkare i allmänmedicin
Närhälsan Herrestad vårdcentral

Sammanfattning

Såväl internationellt som i Sverige har det funnits och finns fortsatt strävanden efter en mer rättvis vård generellt och mer lättillgänglig och effektiv primärvård specifikt. Strävandena i Västra Götalandsregionen och på vårdcentralen Primapraktiken utgör inga undantag. I aktuell litteraturstudie har vetenskapligt underlag undersökt för att effektivt hantera en av primärvårdens utmaningar – inkommande patientkontakter.

För materialinhämtning till litteraturstudien genomfördes en fritextsökning i PubMed. Sökningen gav 247 träffar, varav 8 artiklar valdes utifrån ämnets relevans.

I litteraturstudien ses ingen tydlig evidens för metoder i syfte att öka tillgängligheten till primärvården, eller för att effektivt hantera inkommande patientkontakter. Dock finns beskrivna metoder för hur förändringsarbete på en vårdcentral kan gå till, och hur dessa metoder kan ge önskvärda effekter och uppskattade bieffekter.

Litteraturstudien påvisar ett möjligt behov av fler och djupare vetenskapliga utvärderingar av befintliga och nya arbetsmetoder i primärvården.

Slutsatserna litteraturstudien blir följande:

- Vid upplevt behov av skyndsam läkartid, skall kort väntetid prioriteras.
- Vid kroniska besvär, skall önskad doktor prioriteras.
- Vid ett nytt eller mer komplext besvär, skall fysiskt besök prioriteras.
- Vid uppföljning av redan bedömda besvär, eller vid enklare problem, skall telefonkonsultation i första hand prioriteras.
- Gå mer från telefontriagering till fysiska sköterskebesök.
- Man bör generellt arbeta mot att minska mängden telefontriageringar, men att samtidigt utveckla rutiner för direkt hänvisning till lämplig vård (egenvård, sjukgymnaster, arbetsterapeuter, samtalsterapeuter, undersköterskor, sköterskor, läkare).

Nyckelord

Health services accessibility, quality improvement, healthcare reform, primary healthcare, primary health care, primary care, general practice, triage, organization.

Introduktion

I WHO-rapporten "Primary Health Care – Now More Than Ever" från 2008 skriver WHO's generaldirektör Dr Margaret Chan att det finns ett generellt ökande behov och ett växande krav på primärvården i WHO's medlemsländer, vilket medför en ökande politisk vilja att få kunskap om hur sjukvårdssystem kan bli mer rättvisa och inkluderande (1). Vidare menar generaldirektören att det är viktigt att vi i framåtsträvandet lär oss av historien, för att inte upprepa tidigare misstag. Rapporten är skriven för alla WHO's medlemsländer att ta del av, och är därför allmänt och övergripande hållen. I rapporten lyfts särskilt fyra nödvändiga typer av reformer fram för primärvården generellt: 1) Universella reformer som syftar till att förbättra jämlikheten i vården. 2) Reformers som medför större anpassning och flexibilitet i primärvårdens arbete till befolkningens krav och förväntningar och en omvärld i ständig förändring. 3) Reformers som integrerar hälsoarbetet i samhället med primärvården. 4) Ledarskapsreformer som medför mer inkluderande, medverkande och förhandlande ledarskap.

I den nya svenska patientlagen från 2014 framgår i 2 kap. 1 § att "Hälso- och sjukvården ska vara tillgänglig" (2). Tillgängligheten till vården över lag och inte minst till primärvården är något som diskuterats under många år, och många gånger under öppen oenighet. Bland annat skriver Läkarförbundets ordförande Heidi Stensmyren i Läkartidningen 2014 att "även om det funnits en bred politisk enighet om primärvården som hälso- och sjukvårdens bas har det illa fäktats om hur verksamheten ska organiseras och inriktas" (3).

Oavsett politiska beslut och hur den övergripande svenska eller regionala primärvården organiseras, tvingas varje vårdenhet göra sina egna tolkningar av och anpassningar till rådande lagar, ersättningssystem, externa och interna resurser, och samhällsförändringar. Sammantaget ökar behoven av och kraven på en fungerande och effektiv svensk primärvård, i form av välorganiserade vårdcentraler. Anders Anell skriver i boken "Primärvård i förändring" från 2005: "Parallellt med att utvecklingen i hälso- och sjukvården ställer ökade krav på primärvården finns en samhällelig utveckling som leder till större påfrestningar på primärvården. En ökad förekomst av oro, ångslan, värk och allmänt nedsatt psykiskt välbefinnande innebär en ökad andel patienter som söker sig till sjukvården för olika former av vaga symtom. Det finns risk för att de dolda behoven bland särskilt utsatta befolkningsgrupper ökar. Samtidigt finns en allmän trend mot ökade krav och minskad tilltro till auktoriteter, som kan leda till högre förväntningar på primärvårdens tillgänglighet och service bland andra grupper" (4).

Tillgängligheten till läkar- och sjuksköterskekontakter utgör i stor utsträckning primärvårdens grund. Inkommande patientkontakter utgör en daglig utmaning för varje svensk vårdcentral att hantera på bästa sätt, både ur personal- och lönsamhetsperspektiv, men framför allt ur patientperspektiv. På vårdcentralen

Primapraktiken i Trollhättan finns därför ett intresse av att hitta effektiva arbetsmetoder för att hantera inkommande patientkontakter.

Syfte

Syftet med denna litteraturstudie är att sammanfatta vetenskapligt utvärderade och beskrivna metoder för effektiv hantering av inkommande patientkontakter i primärvården.

Metod

Fritextsökning i PubMed 2017-02-09:

(((((health services accessibility) OR quality improvement) OR healthcare reform)) AND (((primary healthcare) OR primary health care) OR primary care) OR general practice)) AND triage) AND organization

Sökningen gav 247 träffar. Efter genomläsning av titlarna och i vissa fall även abstracts, valdes 8 artiklar ut. Grunden för urvalet var om artiklarna kunde bidra till att visa hur man på effektivt sätt hanterar inkommande patientkontakter i vården och i synnerhet primärvården.

Litteraturstudien syftar framför allt till att titta på det vetenskapliga stödet för att effektivt kunna hantera inkommande patientkontakter, det vill säga när patienter själva, eller deras företrädare tar kontakt med vårdcentralen (via telefon eller på plats) för att få vårdcentralens hjälp.

Resultat

I en artikel om tillgängligheten till primärvården skriver författarna *Campbell och Salisbury* att mätningar av tillgängligheten i primärvården är komplext, exempelvis mäts tillgängligheten olika utifrån tillgång eller efterfrågan på läkartider (5). Vidare sammanfattar *Campbell och Salisbury* några av konklusionerna från en patientundersökning i primärvården ("The GP Patient Survey") som genomfördes i Storbritannien 2006 och 2008:

- ✓ Doktors bemötande upplevdes viktigare än tillgängligheten.
- ✓ Det fanns en otillräcklighet i att kunna få träffa den doktor som patienten själv önskade.
- ✓ Bekvämligheten med flexibla öppettider var den starkaste prediktorn för att patienter skulle söka på mottagningar som var öppna efter kontorstid.

Campbell och Salisbury skriver vidare att det finns i huvudsak tre olika strategier för att förbättra tillgängligheten i primärvården: 1. Öka kapaciteten (nyrekrytering, resurseffektivisering etc); 2. Minska efterfrågad vård (exempelvis genom ändrade patientkostnader, eller genom att förändra den medicinska kulturen, från "a pill for every ill" till mer av egenvård); eller 3. Genom nya arbetsmetoder. Vad gäller nya arbetsmetoder beskriver författarna framför allt *triagering* och så kallad *Advanced access*.

Campbell och Salisbury framhåller att effekten av triagering ibland är svår att förutse (såsom inverkan på hela arbetslaget) och är inte alltid önskvärd (såsom en sammanlagd ökad arbetsbelastning). Här ger *Campbell och Salisbury* exempel på "The ESTEEM trial" från 2014 i England, som var en randomiserad kontrollerad studie av 21 000 patienter som önskade en läkartid samma dag som de ringde till sin primärvårdsenhet, och där man undersökte effektiviteten och kostnadsutfallet av telefontriagering i primärvården. *Campbell och Salisbury* exemplifierar konklusionerna från "The ESTEEM trial" med bland annat att telefontriagering, oavsett om den utfördes av en doktor eller sköterska, medförde en ökning av det sammanlagda antalet primärvårdskontakter 28 dagar efter deras första kontakt, jämfört med hur man brukade göra; samt att introduktionen av telefontriagering var associerad med en ändrad arbetsbelastning, från fysiska möten till mer av telefonkonsultationer, och från läkar- till sköterskekonsultationer. Utifrån "the ESTEEM trial" föreslås primärvårdsenheter, när de överväger triagering för att effektivisera och hantera befintlig arbetsbelastning, att först överväga och uppmärksamma oväntade sidoeffekter i andra delar av verksamheten.

Advanced Access inbegriper olika strategier för att tillhandahålla patienttider samma dag som de efterfrågas. *Campbell och Salisbury* ger exempel på vetenskaplig utvärdering av *Advanced access* med bland andra följande konklusioner:

- ✓ De flesta läkarbesök i primärvården handlar om långvariga hälsoproblem, så tillgängligheten i form av väntetiden till läkarbesök är mindre viktigt än patienters möjlighet att beställa en passande läkartid, eller att själv få välja doktor.
- ✓ *Advanced Access* hade endast en mindre inverkan på tillgänglighet, eller tillfredsställelse hos patienter eller personal.

Campell och Salisbury tar också upp nyare alternativ till fysiska konsultationer, exempelvis via e-mail eller Skype, men menar att här saknas ännu vetenskapligt utvärderade arbetsmetoder.

I en annan artikel beskriver författarna *Maun et al* effekterna av en arbetsmetod för patientsortering som 2008 utvecklades och infördes på en Västsvensk vårdcentral (6). Utifrån *Plan-Do-Study-Act model* samverkar arbetsgrupper tvärvetenskapligt och diskuterar hur man effektivast och mest strömlinjeformat kan förbättra patientmottagandet på vårdcentralen. Sedan provar man föreslagna förändringar småskaligt, utvärderar, för att sedan införa förändringarna i hela verksamheten, med återkommande utvärderingar. Arbetet har lett fram till utvecklingen av en manual (*sorting manual*) för de arbetsgrupper som mottar inkommande patientkontakter i första hand. Patientsorteringen sker utifrån presenterat symtom, och patienterna kan direkt fördelas till distriktsläkares planerade eller akuta mottagning, till sjukgymnast, arbetsterapeut, psykolog, eller sköterska.

Det har vid uppföljning av den nya arbetsmetoden visat sig att många av de patienter som hänvisas till andra än distriktsläkare, slutbehandlas också utan distriktsläkares direkta inblandning. I artikeln sammanfattar författarna *Maun et al* utvärderingen av det nya arbets sättet som gjorts via intervjuer. Exempel på resultaten är att personalen upplever att befintliga resurser används effektivare efter introduktionen av den nya arbetsmetoden; att patienterna får bättre och mer lämpad vård, samt att sorteringsbedömningarna blir mer likartade oavsett vem som gör dem; ökad känsla av delaktighet från alla personalkategorier och ökad förståelse för varandras professioner; att man som personal upplever arbetsmetoden som en positiv utmaning; ökat tvärprofessionellt samarbete kring individuella patienter; ökad känsla av delaktighet och bättre samarbete över lag.

I slutsatsen menar *Maun et al* att utvärderingen visar att introduktionen av den nya arbetsmetoden för patientsortering gjort det möjligt för andra förändringsprocesser att ske samtidigt, såsom förbättring av sjukvårdsprocesser, stärka de anställda i sin profession, och främja teambildning.

Författarna *Meade och Brown* skriver i en artikel om tillgänglighet till vården, att i Storbritannien 2004 infördes ett ersättningssystem för primärvården som innebar att patienter vid behov skulle kunna få träffa en sjukvårdspersonal inom 24 timmar och en distriktsläkare inom 48 timmar (7). Artikelförfattarna utvärderade 2005 via ett frågeformulär till 59 primärvårdsenheter i WHSSB (Western Health

and Social Services Board), Nordirland, effekterna av detta nya ersättningssystem, på bland annat primärvårdsenheternas tillvägagångssätt att boka patienter. Med en svarsfrekvens på 94,9 % listar författarna tretton olika bokningsförfaranden av patienterna, där de vanligaste var i fallande ordning: förbokade besök; via telefonkonsultationer; och oplanerade akutbesök. Efter att det nya ersättningssystemet hade införts, uppgav 57,1 % av respondenterna att de ändrat sina bokningsförfaranden på något sätt. Författarna konstaterar att flertalet mottagningar begränsade hur lång tid i förväg patienter kunde bokas in till planerade besök efter att det nya ersättningssystemet infördes, vilket skapade mindre flexibilitet vid tidsbokning.

I en artikel om telefonkonsultationer i primärvården, sammanställer och analyserar författarna *McKinstry et al* åsiktsinventeringar om telefonkonsultationer i primärvården som gjorts utifrån fokusgrupper med och frågeformulär till distriktsläkare, sjuksköterskor, administrativ personal och patienter (8).

McKinstry et al skriver att användningen av telefonkonsultationer skiljer sig åt i tätbyggd och på landsbyggd. Bland tätbygdens primärvårdspersonal fanns en diskussion om omätliga behov och samtidigt liten flexibilitet hos patienterna utifrån deras egna arbetstider. Telefonkonsultationer var här ett nödvändigt komplement till fysiska besök. På landsbygden användes telefonkonsultationer för att överbygga långa geografiska avstånd, och för att bedöma om ett fysiskt möte var nödvändigt. Bland patienterna upplevde heltidsarbetande, föräldrar, svårmobilerade patienter, och de som hade långa avstånd till sjukvårdsinrättningen, telefonkonsultationer som användbara. Dock framkom att patienter kunde bli uppbundna till telefonen, då de exempelvis inte ville missa ett telefonsamtal från vården.

McKinstry et al tar också upp återkommande farhågor kring patientsäkerheten vid telefonkonsultationer och ger exempel på möjliga risker. Det fanns en enighet om att "enkla problem" kunde lämpa sig väl för telefonkonsultationer, såsom uppföljningar, förmedlande av testresultat, eller återkommande familjeproblem. Dessutom förväntade sig både patienter och kliniker att telefonkonsultationer skulle vara korta och fokuserade på ett problem, medan fysiska besök följde med förväntningar såsom att besöket skulle vara en viss längd oavsett problem, vilket kunde medföra ytterligare komplexitet, vilket inte skedde vid telefonkonsultationer. *McKinstry et al* skriver också att dolda agendor sällan förekom vid telefonkonsultationer. Vidare skriver författarna att telefonkonsultationer sågs som särskilt olämpliga för patienter med hörsel- eller talsvårigheter, kognitiva nedsättningar, och vid språkliga barriärer.

I diskussionen problematiserar *McKinstry et al* den i resultatet beskrivna åsikten, att om kliniker och patient känner varandra, ökar säkerheten vid telefonkonsultationer. *McKinstry et al* menar här att det kan vara tvärtom, att

riskerna ökar, då tidigare kännedom kan medför felaktiga grundantaganden och minskad noggrannhet vid telefonkonsultationer. Avslutningsvis föreslår *McKinstry et al* att man överväger att minska mängden telefontriagering, och i stället ökar mängden telefonkonsultationer avseende uppföljningar, eller fortsatta bedömningar där en ursprunglig bedömning redan är gjord, eller en diagnos redan satts. Sådana förändringar, menar *McKinstry et al*, skulle kunna spara tid, minska trycket på bokade patientbesök, samt minska triagebehovet. Avslutningsvis lyfter författarna fram en ökad möjlighet framöver till videokonsultationer, och även utsatta gruppers möjligheter till avståndskommunikation med primärvården.

I en artikel om strukturella förändringar för att förbättra tillgängligheten till vården, skriver författarna *Bichel et al* att Canada 2004 var ett land med jämförelsevis låg möjlighet för patienter att träffa läkare samma dag som de sökte, och att även tillgången till den specialiserade vården var jämförelsevis låg (9). De beskriver vidare att man 2006 i Calgary planerade strukturella förändringar i syfte att skapa en mer strömlinjeformad vård och därigenom förkorta väntetider till både den primära och specialiserade vården. Arbetet med att planera och genomföra förändringarna sammanfattas i den aktuella artikeln. *Bichel et al* lyfter fram att sjukvårdens komplexa uppbyggnad i Calgary tidigare medförde risk för dubbelarbete och bristande kontinuitet i sjukvårdsarbetet. I planeringen av strukturella förändringar i sjukvården, valde man att fokusera på framför allt tillgängligheten till vården, och i synnerhet processen vid remittering från primärvård till specialistvård. Som metod för förändringsarbetet, användes *The Conference Model* som sammanfattningsvis innebär att de människor som berörs av förändringarna också involveras i förändringsarbetet.

I förändringsarbetet i Calgary inbegreps både primärvården och den specialiserade vården, samt patienter och beslutsfattare. *Bichehl et al* lyfter fram att involveringen av patienter och familjer skapade ett ovärderligt perspektiv, dels genom att lyfta fram patienternas direkta behov, och även att förändringsarbetet blev än mer angeläget att genomföra. Genom att skapa inre resursoptimering på de olika sjukvårdsenheterna, skapa beslutsstöd, införa ett standardiserat remissformulär, och skapa förutsättningar för bättre kommunikation mellan sjukvårdens olika delar, såg man ett ökat antal remisser till den specialiserade vården, men trots detta minskade väntetider, bättre sammanhållen vård, mindre dubbla remisser, samt mindre nekade remisser.

I en systematisk genomgång om förbättrad tillgänglighet till primärvården i Storbritannien, använde författarna *Chapman et al* sju databaser, internetsökningar och professionella kontakter för att söka efter randomiserade kontrollerade studier, systematiska genomgångar, analytiska interventioner, och observationsstudier de senaste 20 åren (10). Trettio studier inkluderades i den systematiska genomgången och sammantaget såg man generellt låg evidensgrad i inkluderade studier för förändringar i syfte att öka tillgängligheten till primärvården. *Chapman et al* skriver att begreppet "tillgänglighet" (eng. *access*)

är svårt att definiera, och att det saknas konsensus kring vad *lämplig* eller *god* tillgänglighet innebär. Generellt, fortsätter författarna, innebär god tillgänglighet när patienter kan få rätt hjälp, vid rätt tid, på rätt plats. *Chapman et al* skriver också att det finns många kända faktorer som påverkar om eller hur patienter använder sjukvården, såsom tids-, geografiska, finansiella, socioekonomiska, utbildnings-, språkliga, kulturella, och teknologiska faktorer. Författarna menar således att tillgänglighetsbegreppet behöver utvärderas utifrån många olika perspektiv och behov, samt materiella och kulturella sammanhang. *Chapman et al* skriver fortsatt att vi redan vet att ju sämre de socioekonomiska förhållandena är, kombinerat med dålig tillgänglighet till den lokala primärvården, ju större är risken att människor med verkligt vårdbehov inte kommer till sjukvården på ett bra sätt, eller inte får någon vård alls.

Chapman et al skriver att det finns flertalet metoder som kan användas för att öka tillgängligheten till primärvården, bland annat metoder syftandes till att öka kapaciteten över lag; maximera utfallet av befintliga resurser, vilket kan ske på bekostnad av exempelvis kontinuitet; öka tillgängligheten för vissa grupper genom att omfördela resurser; eller förbättra vissa delar av tillgängligheten, såsom förkortande av väntetider eller att öka kontinuiteten i vården.

I den aktuella systematiska genomgången kunde man se evidens för vissa förändringar i primärvården som leder till ökad tillgänglighet. Exempelvis såg man att öppna obokade mottagningar kan öka tillgängligheten till primärvården för vita medelklasspatienter, och att detta leder till mer jämlik vård. Man såg också evidens för att telefonkonsultationer med distriktsläkare och sköterskor kan på ett säkert sätt ersätta fysiska konsultationer, även om det är oklart huruvida detta leder till minskade fysiska konsultationer över tid. Det fanns även evidens för att sköterskor kan hantera vanliga tillstånd utan distriktsläkare inblandning. Konklusionen blev ändå att evidensen sammantaget är för bristfällig, för att kunna ligga till grund för rekommendationer om hur tillgängligheten till primärvården kan förbättras.

Författarna *Hudec et al* beskriver i en artikel om metoder för ökad snabb tillgänglighet till primärvården, en tidigare situation i primärvården i Canada med bristande tillgänglighet och otillfredsställande väntetider, vilket bland annat skapade ökat söktryck på sjukhusens akut-mottagningar (11). Utifrån denna situation studerade författarna *Hudec et al* effekten av ändrat bokningssystem på primärvårdsenheter, till patientcentrerat *Advance access booking*, där de flesta patienter får tid samma dag som de söker. Hypotesen var att detta skulle medföra ökad tillfredsställelse hos vårdgivare och patienter, att intäkterna till primärvårdsenheterna skulle bli oförändrade eller öka, och att antalet icke-akuta besök på sjukhusens akutmottagningar skulle minska. I studien inbegreps fyra primärvårdsenheter, och

Författarens förtydligande:

Advance access innebär ett samlingsbegrepp för alla metoder som gör att patienter kan erbjudas tid samma dag som de söker.

Advance access booking innebär således att patienterna bokas för ett besök samma dag som de tar kontakt med mottagningen.

via intervjuer med sjukvårdspersonal och via patientenkäter, jämfördes situationen före och efter övergången till *Advanced access booking*.

Sammanfattningsvis lyfter *Hudec et al* fram angivna fördelar med *Advanced access*: de flesta patienter får tid samma dag som de söker; patienter bedöms tidigt i ett sjukdomsförlopp; leder till tidig intervention; besöken blir mindre komplexa; mindre negativ feedback från patienter; patienter och personal blir mer avslappnade; mindre antal besök på sjukhusens akutmottagningar för icke-akuta åkommor; ökad kontinuitet; kostnadsneutralt; främjar vårdinsatser i tidigt skede och möjligheter till uppföljning; färre kontakter som inte leder till något besök alls. *Hudec et al* skriver också att mindre läkartid användes för triageringar och prioriteringar, samt att sköterskor upplevde att de kunde ägna sig mer åt själva vården än bokningsprocessen. Ökad kontinuitet uppnåddes enligt författarna, genom att *Advanced access booking* medförde att 28 % färre patienter sökte för sina icke-akuta åkommor på sjukhusens akutmottagningar och följaktligen skötte vårdkontakten med sin ordinarie vårdenhet. I diskussionen lyfter *Hudec et al* fram att olika primärvårdsenheter utvecklar egna lösningar för effektiv bokning av patienter utifrån de lokala förutsättningarna, såsom söktryck och demografiska aspekter. Dock framhåller författarna *Advanced access* som ett flexibelt system generellt. Vidare överväganden och undersökningar behövs dock göras, enligt författarna, hur själva förändringsprocessen skall ske effektivast och sedan hur det nya bokningsförfarandet skall vidmakthållas, så att man inte glider tillbaka i gamla rutiner. Författarna beskriver också att det kan vara svårt att förutse vilka patienter som drar fördelar av *Advanced access booking*.

I en systematisk genomgång som syftade till att utvärdera telefonkonsultationer och telefontriageringar inom sjukvården avseende säkerhet, resursanvändning, och patienttillfredsställelse, inbegreps 9 studier, varav fem randomiserade kontrollerade studier (12). Enligt författarna *Bunn et al* tyckte man sig först se en generell skillnad på utfallen vad gäller telefonkonsultationer å ena sida, och telefontriageringar å andra sidan, men såg snart att dessa benämningar användes synonymt i studierna. Vid genomgången fann författarna *Bunn et al* att telefonkonsultationer / telefontriageringar kan minska antalet omedelbara läkarbesök och hembesök, och att generellt minst 50 % av alla telefonkontakter från patienter kan hanteras genom enbart råd och hänvisningar via telefon. Dock är det oklart huruvida telefonkonsultationer / telefontriageringar under vissa omständigheter leder till en ökning av återvändande patientkontakter, vilket två studier kunde påvisa. Man fann ingen evidens för en ökning av negativa effekter, eller ökad användning av andra sjukvårdresurser, vid telefonkonsultationer / telefontriageringar. Vidare kunde inte författarna se en skillnad i utfallet när telefonbedömningar gjordes av olika yrkeskategorier. Avslutningsvis skriver *Bunn et al* att telefonkonsultationer / telefontriageringar tycks kunna minska det inkommande trycket och efterfrågan på distriktsläkare, men att mer rigorösa

studier behövs för att utvärdera effekten på resursanvändning, säkerhet, kostnad och patienttillfredsställelse.

Diskussion

Primärvårdens förutsättningar i Västra Götalandsregionen för att effektivt hantera inkommande patientkontakter, påverkas sannolikt av många faktorer såsom politiskt styre och styrning via exempelvis Krav- och kvalitetsboken, vårdval, lokala förutsättningar, förväntningar och traditioner, gränssnittsriktlinjer, andra samhällsfunktioner etc. Den här litteraturstudien syftar till att studera det vetenskapliga stödet för att effektivt hantera inkommande patientkontakter på en vårdcentral i Västra Götalandsregionen. I de 8 studier som inbegreps i litteraturstudien, är ”tillgänglighet” ett återkommande begrepp som verkar användas synonymt med effektivitet, och framställs som önskvärt. En fråga som här uppkommer, är om god tillgänglighet alltid är av godo? God tillgänglighet skulle kunna skapa ett mönster av att människor söker för mer banala åkommor och att deras incitament, eller drivkraft att tillgripa egenvård minskar. Dessutom skulle detta kunna leda till att primärvården får allt svårare att urskilja allvarliga tillstånd från banala och självläkande tillstånd. Detta leder också till frågor om vad vi i primärvården skall värdesätta som ”effektivt”. Är det vår förmåga att tillgodose önskemålen? Det medicinska behovet? Vilka patientgrupper? Ekonomisk effektivitet? I de inbegripna studierna saknas över lag tydlig evidens som stöd för att effektivisera patientinflödena i primärvården.

Såsom *Campbell och Salisbury* (5) skriver i sin artikel, finns det stöd för att det är viktigare för patienter att själva kunna välja tid och doktor, än att de snabbt skall få en läkartid. Ett sådant arbetssätt skulle kunna leda till att färre patienter uttrycker missnöje efter konsultationer med ej önskad doktor, eller minskat problem med att akuttider inte ger tillräckligt med konsultationstid för att avhandla hela problemet. Med missnöje från patienter efter ett läkarbesök, kan önskan om ny läkartid uppstå, eller önskan om ”second opinion”, vilket sannolikt leder till ett ineffektivt omhändertagande av patienterna. Dock bör man här skilja på symptom som behöver snar bedömning, och mer kroniska besvär. Vidare framhåller *Campbell och Salisbury* att flexibla öppettider är viktigt för vissa patienter. Vad gäller telefontriagering, som många vårdcentraler använder sig av, framhåller *Campbell och Salisbury* att effekten av telefontriagering kan bli en slutlig sammanlagd ökad arbetsbelastning för verksamheten, och att de totala effekterna av telefontriagering kan vara svåra att överblicka.

I tre av nio artiklar framhålls *Advanced access* som en möjlig metod för att öka tillgängligheten, genom att öka möjligheterna för patienterna att få en besökstid samma dag som de söker för ett problem. *Campbell och Salisbury* (5) skriver att vid utvärderingar har *Advanced Access* endast haft en mindre inverkan på

tillgänglighet, eller tillfredsställelse hos patienter eller personal, medan de övriga två studierna framhåller *Advanced access* som ett mer gångbart sätt för att öka tillgängligheten.

Hudec et al (11) framhåller flertalet positiva effekter med *Advanced access booking*. De positiva effekterna här kan ju avspegla, att mycket som primärvården hanterar är framför allt patienters oro. Om den oron hanteras och bemöts snabbt via ett tryggt bemötande, är det rimligt att tänka sig, att patienterna i mindre utsträckning själva aktivt hör av sig efter ett första besök, vilket minskar inflödet och pressen på mottagningen. Dock beskriver inte *Hudec et al* eventuella negativa sidoeffekter av ett sådant arbetssätt, men tankarna går i linje med vad *McKinstry et al* (8) föreslår i sin artikel, med mindre telefontriageringar. *Bunn et al* (12) framhåller dock att generellt minst 50 % av alla telefonkontakter från patienter kan hanteras genom enbart råd och hänvisningar via telefon, och att telefonbedömningar tycks kunna minska det inkommande trycket och efterfrågan på distriktsläkare. Dock kvarstår osäkerheten här kring effekterna på verksamheten som helhet vid mer av telefonkonsultationer å ena sidan, och mer av oselektade akuttider å andra sidan.

Meade och Brown (7) skriver om potentiellt negativa effekter av ökad möjlighet för patienter att få tid samma dag som de söker. Flertalet mottagningar som gör sådana förändringar i sitt bokningsförfarande, begränsar samtidigt hur lång tid i förväg patienterna kan bokas in till planerade besök, vilket skapar mindre flexibilitet vid tidsbokning. Detta skulle kunna ses som en undanträngningseffekt. *Chapman et al* (10) skriver exempelvis att ju sämre de socioekonomiska förhållandena är, kombinerat med dålig tillgänglighet till den lokala primärvården, ju större är risken att människor med verkligt vårdbehov inte kommer till sjukvården på ett bra sätt, eller inte får någon vård alls. Här kan det vara värdefullt att tänka över vilka patienter som påverkas positivt eller negativt beroende på vilken tillgänglighet som åsyftas – den akuta, samma dag, eller den förbokade mer planerade. *Chapman et al* skriver vidare att öppna obokade mottagningar kan öka tillgängligheten till primärvården för vita medelklasspatienter, och att detta leder till mer jämlik vård. Det verkar som varje förändring följer med ”vinnare” och ”förlorare”, och att det vid planering av metodförändringar i primärvården är viktigt att ta detta i beaktande.

Både *Campbell och Salisbury* (5) och *Chapman et al* (10) beskriver i sina respektive artiklar generella förändringar som kan öka tillgängligheten, såsom genom att öka kapaciteten; maximera resursutnyttjandet; minska efterfrågad vård; omfördela resurser; eller genom nya arbetsmetoder. Många av de arbetsmetoder som utvärderats i de artiklar som inkluderats i den här litteraturstudien, finns idag på flertalet vårdcentraler i Västra Götalandsregionen såsom telefontriagering- och telefonrådgivning, olika bokningssystem och fördelningar av planerade och oplanerade akuta besök. I den systematiska genomgång som *Chapman et al* genomförde 2003 såg man generellt låg evidensgrad för förändringar i syfte att

öka tillgängligheten till primärvården. Det är dock 14 år sedan och i nyare studier framhåller man andra tekniska möjligheter att öka tillgängligheten till vården för alla eller för vissa patientgrupper eller i vissa vårdsituationer, såsom via e-mail eller Skype (*Campell och Salisbury*) eller videokonsultationer (*McKinstry et al*). I inkluderade artiklar saknas dock utvärderingar av sådana arbetsmetoder.

McKinstry et al (8) skriver i artikeln om telefonkonsultationer i primärvården, att användningen av telefonkonsultationer ser olika ut i tätbyggd och på landsbygd, samt utifrån olika patienters behov och förutsättningar. Sammantaget framhåller *McKinstry et al* att telefonkontakter kan lämpa sig väl efter fysiska konsultationer och vid enkla, isolerade problem, men att man bör överväga att minska mängden telefontriageringar för att spara tid, minska trycket på bokade patientbesök, samt minska triagebehovet. Dock ges ingen beskrivning av, eller tankar kring hur patientinflödet då blir.

Generellt försöker man öka tillgängligheten till primärvården via olika arbetssätt och arbetsmetoder. Mer ingående har *Maun et al* (6) beskrivit och vetenskapligt utvärderat ett arbetssätt som sammanfattningsvis innebär att inkommande patientkontakter hanteras strömlinjeformat och enligt en vedertagen rutin som utarbetats, ständigt utvärderas och omarbetas av alla som påverkas och medverkar i att följa rutinen. Detta arbetssätt vid förändringsarbete i primärvården går i linje med vad *Bichel et al* (9) beskriver utifrån *The Conference Model*, det vill säga att de människor som berörs av förändringar också involveras i förändringsarbete. *Maun et al* menar också att introduktionen av den nya arbetsmetoden för patientsortering gjort det möjligt för andra förändringsprocesser att ske samtidigt, vilket givetvis ofta är önskvärt eller till och med nödvändigt. Inte helt otänkbart beror de positiva sidoeffekterna på att om personalen får vara delaktiga vid förändringsarbete, ökar också viljan och drivkraften att bidra till verksamhetsförbättring över lag. Här framstår PDSA-modellen (planera, utföra, studera, agera) som en bra bas för förändringsarbete.

Meade och Brown (7) skriver om primärvårdsenhetens förändringsbenägenhet då ersättningsystem ändras, vilket visar att primärvården är eller tvingas vara ständigt öppen för förändringar, utifrån yttre påverkan, och att detta ställer krav på verksamheterna att också kunna överblicka de inre effekterna av anpassningar, effektiviseringar och förändringar över lag. Såsom *Bichel et al* (9) beskriver i sin artikel, går det att trots ökad arbetsmängd, effektivisera arbetet i sjukvården och exempelvis förkorta väntetider. Här lyfter *Bichel et al* fram de positiva effekterna av att inbegripa patienter och deras synpunkter, vid förändringsarbete – en nog så utmanande tanke för alla som överväger och planerar verksamhetsutveckling i vården.

Det finns många aspekter och utfallsmått att ta hänsyn till i primärvårdsarbetet, men tillgängligheten till primärvården för patienterna är naturligtvis en central fråga. I varje vårdcentrals strävanden att öka tillgängligheten behövs sannolikt grundliga egna förarbeten vid planering av arbetsmetodförändringar för att

medvetandegöra huvudmålsättningen med förändringen, potentiella sidoeffekter, ”vinnare och förlorare” etc. Dessa förarbeten kan ta sin utgångspunkt i hur *Chapman et al* (10) uttrycker sig om tillgängligheten: God tillgänglighet innebär när patienter kan få rätt hjälp, vid rätt tid, på rätt plats.

Begränsad avsatt tid för denna litteraturstudie har utgjort det främsta hindret för utökad och mer ingående litteratursökning, vilket i sig ger svagheter åt studien. Litteratursökningen gjordes endast i PubMed och vid liknande framtida studier föreslås att även andra sökdata-baser används, som exempelvis Cinahl.

Konklusion/slutsats

Litteraturstudiens syfte var att titta på det vetenskapliga stödet för att effektivt kunna hantera inkommande patientkontakter. Det visar sig att man i detta hänseende ofta lyfter fram tillgänglighet såsom ett effektivitetsmått, men att tillgänglighetsbegreppet är komplext och relativt till vad som åsyftas. I studien har ingen tydlig evidens påträffats för metoder i syfte att öka tillgängligheten till primärvården, eller för att effektivt hantera inkommande patientkontakter. Dock finns beskrivna metoder för hur förändringsarbete på en vårdcentral kan gå till, och hur dessa metoder kan ge önskvärda effekter och uppskattade bieffekter. Utifrån inkluderade artiklar framkommer bilden av att primärvårdens uppgift att effektivt hantera inkommande patientkontakter är plastisk, det vill säga föränderlig och möjlig att påverka. Dock påverkas den enskilda vårdcentralen av många yttre faktorer som komplicerar förändringsarbetet. Därför krävs sannolikt återkommande uppföljningar efter implementerade förändringar enligt *Plan-Do-Study-Act model* (6), för att ständigt omforma och anpassa arbetsmetoderna utifrån rådande situation, vilket också Dr Margaret Chan lyfter i sin andra reformpunkt i WHO-rapporten ”*Primary Health Care – Now More Than Ever*” (1).

Den här litteraturstudien påvisar ett möjligt behov av fler och djupare vetenskapliga utvärderingar av befintliga och nya arbetsmetoder i primärvården. Varje sådan studie bör precisera vilket utfallsmått man önskar analysera, eftersom primärvården är så mångfacetterad. Forskning som tar upp frågan, om tillgänglighet alltid är önskvärd, skulle vara intressant, exempelvis utifrån utfallsmåtten ökad livskvalitet, minskad sjuklighet, sjukskrivningsstatistik, och livslängd. Dessutom verkar det finnas ett behov av att vetenskapligt utvärdera telemedicinen och distanskonsultationer via exempelvis videolänkar eller Skype.

Slutsatserna i denna litteraturstudie blir frånsatt ovanstående, följande:

- Vid upplevt behov av skyndsam läkartid, skall kort väntetid prioriteras.
- Vid kroniska besvär, skall önskad doktor prioriteras.
- Vid ett nytt eller mer komplext besvär, skall fysiskt besök prioriteras.
- Vid uppföljning av redan bedömda besvär, eller vid enklare problem, skall telefonkonsultation i första hand prioriteras.
- Gå mer från telefontriagering till fysiska sköterskebesök.

- Man bör generellt arbeta mot att minska mängden telefontriageringar, men att samtidigt utveckla rutiner för direkt hänvisning till lämplig vård (egenvård, sjukgymnaster, arbetsterapeuter, samtalsterapeuter, undersköterskor, sköterskor, läkare).

Referenser

1. World Health Organization. The World Health Report 2008: Primary Health Care – Now More Than Ever.
2. Patientlag (2014:821).
3. Stensmyren H. Primärvården behöver satsningar – inte fler hinder. Läkartidningen. 2014;111:C636.
4. Anell A. Primärvård i förändring. Studentlitteratur AB, 2005.
5. Cambell J L, Salisbury C. Research into Practice: accessing primary care. Br J Gen Pract 2015; DOI: 10.3399/bjgp15X688057.
6. Maun A, Engström M, Frantz A, Björk Brämberg E, Thorn J. Effective teamwork in primary healthcare through a structured patient-sorting system – a qualitative study on staff members' conceptions. BMC Family Practice 2014, 15:189.
7. Meade J G, Brown J S. Improvning access for patients – a practice manager questionnaire. BMC Family Practice 2006, 7:37.
8. McKinstry B, Watson P, Pinnock H, Heaney D, Sheikh A. Telephone consulting in primary care: a triangulated qualitative study of patients and providers. Br J Gen Pract 2009; DOI: 10.3399/bjgp09X420941.
9. Bichel A, Erfle S, Wiebe V, Axelrod D, Conly J. Improvning Patient Access to Medical Services: Preventing the Patient from Being Lost in Translation. Healthcare Quaterly Vol. 13 Special Issue, October 2009.
10. Chapman J L, Zechel A, Carter Y H, Abbott S. Systematic review of recent innovations in service provision to improve access to primary care. British Journal och General Practice, 2004, 54, 374-381.
11. Hudec J C, MacDougall S, Rankin E. Advanced access appointments – Effects on family physician satisfaction, physicians' office income, and emergency department use. Canadian Family Physician, Vol 56: October 2010.
12. Bunn F, Byrne G, Kendall S. The effects of telephone consultation and triage on healthcare use and patient satisfaction: a systematic review. British Journal of General Practice 2005; 55: 956-961.

Närhälsan

Närhälsan FoU primärvård, FoUU-centrum Fyrbodal,
Vänerparken 15, 462 35 Vänersborg
Hemsida: www.narhalsan.se/fou-fyrbodal