

1. Tillgänglighet och prioritering

Kriterier *Vad är viktigt för god kvalitet?*

1. God telefontillgänglighet till rådgivningssköterska på vårdcentralen [1-3].
2. Kallelsesystem finns för kroniskt sjuka [4-6].
3. System finns för att kunna prioritera [7-8].
4. Alla SÄBO har fast läkare varje vecka.
5. God tillgänglighet till läkarbesök [9-10].

Indikatorer *Hur mäts kvalitet?*

1. a) Andel besvarade samtal.
b) Vanligt telefonsystem:
 - Andel besvarade samtal på första försöket och inom 3 minuter.Telefonvarssystem:
 - Andel som rings upp inom 90 minuter.
 - Andel där utlovad tid hålls.
 - Andel som inte rings upp samma dag.
2. Andel kallade av de som av medicinska skäl behöver komma på återbesök och vill bli kallade.
Antal läkarbesök under ett år för 7 kroniska sjukdomar i förhållande till antal läkarbesök för 7 infektionssjukdomar (se nedan).
Antal veckotimmar för ordinarie läkare per 50 boende i SÄBO.
a) Täckningsgrad: Andel av befolkningen över 75 år som sökt läkare på vårdcentralen under ett år.
b) Antal besök på jourcentral i förhållande till antal läkarbesök på vårdcentralen under senaste året.

Standard *Vilken nivå bör eftersträvas?*

1. Vanligt telefonsystem: 90% kommer fram på första försöket inom 3 min.
Telefonvarssystem: alla rings upp inom 90 minuter, alla rings upp på rätt tid \pm 5 minuter, alla rings upp samma dag.
2. 100% av ovanstående kallas.
3. Diagnos kvot > 1,2 d.v.s. fler besök för kroniska diagnoser.
4. Minst 2 läkartimmar varje vecka per 50 boende.
5. a) >90% av personer > 75 år skall ha varit på minst ett läkarbesök under året.
b) <10%

Mätmetod *Hur ta reda på hur vi ligger till?*

1. a) Dataregistrering i växeln.
b) Provringningar 20-30 samtal enligt fastställd metod alternativt registrering via särskild mätutrustning i växeln eller i aktuellt telefonsvarssystem.

2. Personalen som bokar tillfrågas.
3. Räknas fram via diagnosregistreringen för ett år. Metoden ger en översiktlig bedömning av vilka sjukdomsgrupper som prioriteras. *Diagnosnummer: Kroniska sjukdomar: I10.- Hypertoni, E10.8-P till E14.-P Diabetes, I50.- Hjärtsvikt, I25.-P Ischemisk hjärtsjukdom, J45.-P Astma, J44.- KOL, F32.- Depression. Infektionssjukdomar: J06.-P ÖLI, J02.- Faryngit, J03.- Tonsillit, J01.- Akut sinuit, J22.-P Akut bronchit, R05.- Hosta, H66.0 Akut mediaotit, H66.9P Mellanöreinflammation UNS, H65. Sekretorisk otit, H92.0 Öronvärk.*
4. Fångas i tidboken. Tid varje vecka är viktigare än omfattningen.
 - a) Fås fram via besöksregistreringen. Hur många över 75 år har varit på läkarbesök under året? Hur många över 75 år bor i upptagningsområdet.
 - b) Besöksstatistik.

Bakgrund

Det finns dokumentation som styrker att god telefontillgänglighet dels skapar trygghet i befolkningen vilket bl.a. kan leda till mindre vårdkonsumtion och dels leder till att patienterna styrs mer rätt i den komplicerade vårdapparaten vilket leder till högre effektivitet. God telefontillgänglighet ger också förutsättningar för att kunna prioritera. Kallelsesystem höjer den medicinska kvaliteten i de grupper där detta studerats (t.ex. diabetes, astma, psykiska sjukdomar, tandvård). Det finns inga studier som visar att det går lika bra att inte kalla patienter med kronisk sjukdom som har medicinska skäl för återbesök. I HSL slås fast att de "sjukaste" skall prioriteras före de "mindre sjuka". Vid ändliga resurser behövs ett system för att kunna prioritera och därigenom tillgodose vårdbehoven för de "sjukaste". Äldre, multisjuka med ibland omfattande medicinering bör ha större tillgänglighet till läkare än andra patientgrupper. För att spegla detta har vi valt att mäta tillgänglighet för patienter på SÄBO och för invånare över 75 år.

Referenser

1. Nordling S. Ekonomisk utvärdering av sjukvårdsupplysning per telefon i Jämtland och Malmö. Lund:IHE ARBETSRAPPORT 2001:4, 2001.
2. Wahlberg AC & Wredling R. Telephone nursing: Calls and caller satisfaction. *Int J Nursing Practice* 1999;5: 164-170.
3. Lattimer V, Sassi F, George S, Moore M, Turnbull J, Mullee M & Smith H. Cost analysis of nurse telephone consultation in out of hours primary care: evidence from a randomized controlled trial. *BMJ* 2000;320:1053-1057.
4. McDermott RA, Schmidt BA, Sinha A, Mills P. Improving diabetes care in the primary healthcare setting: a randomised cluster trial in remote Indigenous communities. *Med J Aust* 2001;174 (109):497-502.
5. Griffin S, Kinnmouth AL. Diabetes care: the effectiveness of systems for routine surveillance for people with diabetes. *Cochrane Database Syst rev* 2000;(2):CD000541.
6. Lindberg M, Ahlner J, Möller M, Ekström T. Asthma nurse practice - a resource-effective approach in asthma management. *Respir Med* 1999;93(8):584-8.
7. Vårdens svåra val. Slutbetänkande av prioriteringsutredningen SOU 1995:60.
8. Prioriteringar i sjukvården. Beslut och tillämpning; SoS-rapport 1996:16.
9. Bower P, Roland M, Campbell J, Mead N. Setting standards based on patients' views on access and continuity: secondary analysis of data from general practice assessment survey. *BMJ* 2003;326:258-62.
10. Murray M. Modernising the NHS. Patient care: access. *BMJ* 2000;320:1594-6.