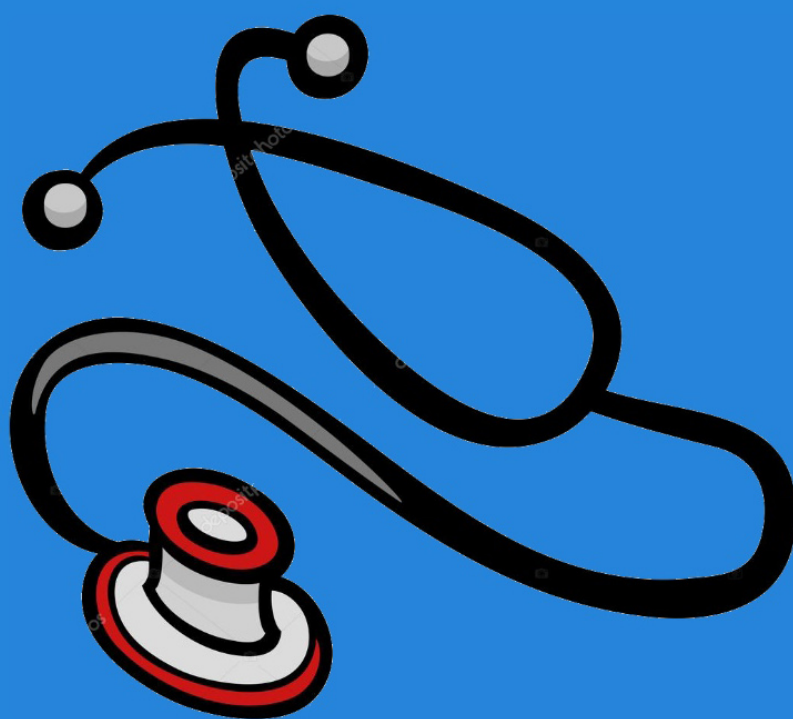


VÅRDCENTRALSPATRULLEN I STOCKHOLMS LÄN 2019



Ritva Elg
PRO, SPF SENIORERNA, SKPF PENSIONÄRERNA, RPG

Vårdcentralspatrullen i Stockholms län

Hur bra är vårdcentralerna för äldre, hur fungerar Äldremottagningarna?

Pensionärsorganisationerna PRO, SPF Seniorerna, SKPF Pensionärerna och RPG i Stockholm har genomfört en undersökning av länets vårdcentraler med fokus på de äldre patienterna. Vi ville veta hur vårdcentralerna och då speciellt Äldremottagningarna fungerade. Lever de upp till kriterierna för att få en extra ersättning? Mottagningarna infördes 2016/2017 och nästan alla våra vårdcentraler har en äldremottagning idag. På en äldremottagning kan personer, som fyllt 75 lista sig. Man får då bl a tillgång till ett direktnummer utan knappval på telefonen till en sjuksköterska, få fast vårdkontakt och erbjudas vård eller annan kontakt samma dag eller dagen efter. Besökstiden hos läkare är längre än för de yngre patienterna.

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen bistod med kontaktuppgifter till vårdcentralerna och skickade även ut ett förvarningsmail om att de skulle bli kontaktade för intervju. Tack för den hjälpen samt en del statistik.

Vi lyckades med hjälp av ca 150 av våra medlemmar genomföra personliga intervjuer med 130 av våra 208 vårdcentraler (varav sex ingick i en egen förstudie på Södermalm och de ingår inte i denna redovisning. Ytterligare fyra är genomförda, men har försvunnit på posten). Svarsfrekvensen med fullgjorda intervjuer blir då 66%. Intervjuerna gjordes under våren och försommaren 2019 med några kompletteringar i augusti. Vi försökte få med alla kommuner/stadsdelar i underlaget och har lyckats hyggligt. Det är bara några få områden, som vi inte lyckades genomföra intervjuer i dels p g a intervjuarbrist dels för att man inte ville bli intervjuad.

Intervjuerna blev mycket väl mottagna i de flesta fallen och man hade mycket bra samtal. Ett stort tack till visad entusiasm inför uppgiften till alla intervjuerna!

Orsakerna till att inte deltaga i undersökningen var främst tidsbrist (intervjuerna tog 1-1½ timme). I flera fall hade man nyligen haft eller höll på med omorganisation t ex ägarbyte och då tyckte man inte att det var relevant med en undersökning. Andra svarade inte på vare sig mail eller telefon trots flera försök. Någon undrade om det ingick i avtalet – vi hade poängterat att deltagande var frivilligt. Ingick det inte, så ställde de inte upp.

Av de 78 vårdcentralerna, som inte svarat var 42% privat drivna och 28% Regiondrivna. 67 (32%) av de totalt 208 vårdcentralerna i länet drivs av SLSO dvs Regionen.

Hur fungerar det då för oss äldre?

Totalpoäng

Varje fråga kunde ge maximalt 2 poäng förutom de fria svaren. Det gör att det gick att få maximalt 94 poäng på de 47 frågesvaren.

Medelvärdet låg på 67.3 poäng.

Vårdcentralerna med högst poäng hade 86 resp 85 poäng vardera, vilket är mycket bra. De som kom näst fick 82 poäng (två st) och fyra fick 81. Av dessa åtta var tre drivna av SLSO (landstinget) och fem av privata aktörer.

De med lägst poäng fick 42, 45, 48 (två st) och 49 poäng. Det var i princip alla frågor, som drog ner poängen, inte bara miljö/lokaler, där de ofta låg lågt. En av dessa var SLSO-driven och fyra privata.

Fysisk tillgänglighet

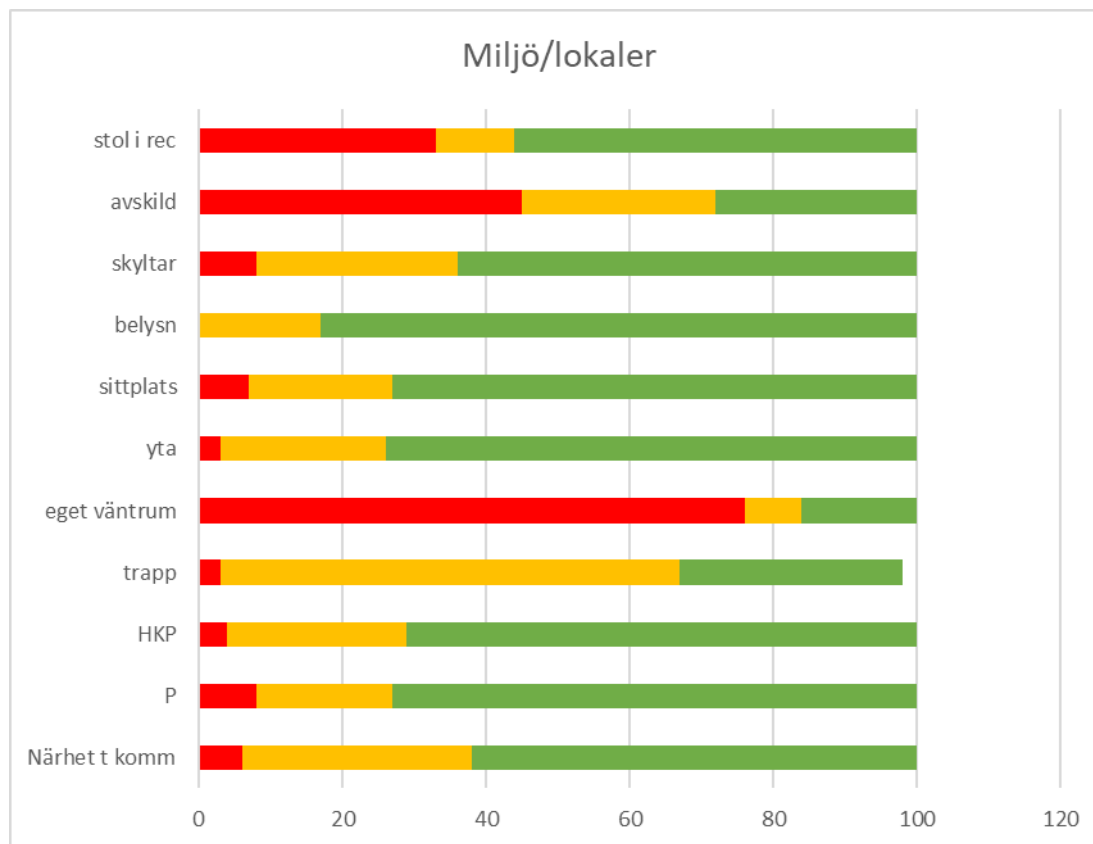
Elva frågor/observationer gällde lokaler och närhet till kommunikationer dvs högst 22 poäng. Den bästa hade 21 och de sämsta 9-10.

62% av vårdcentralerna hade mindre än 150 m till allmänna kommunikationer, 73% hade bra parkeringsmöjligheter i närheten, 4% hade inga lediga handikapparkeringsplatser.

Eget väntrum för äldreomsorgen fanns inte hos 76% av vårdcentralerna. 3% hade trånga lokaler medan 73% hade rymliga väntrum. Sittplatserna var bra (sittvänliga och hyggliga att resa sig från) hos 72%, 8% hade dåliga sittplatser (låga, utan armstöd). Det skapar problem för den med rörelsesvårigheter.

Skyltningen både till och på mottagningen var bra hos 63%. I 8% av fallen var den rent av dålig. I ett par fall hade man t o m svårt att hitta vårdcentralen!

Avskildhet och sekretess/integritet i receptionen var dåligt på 44% av mottagningarna. I 32% av fallen fanns ingen stol att sitta på medan man skrev in sig och betalade.

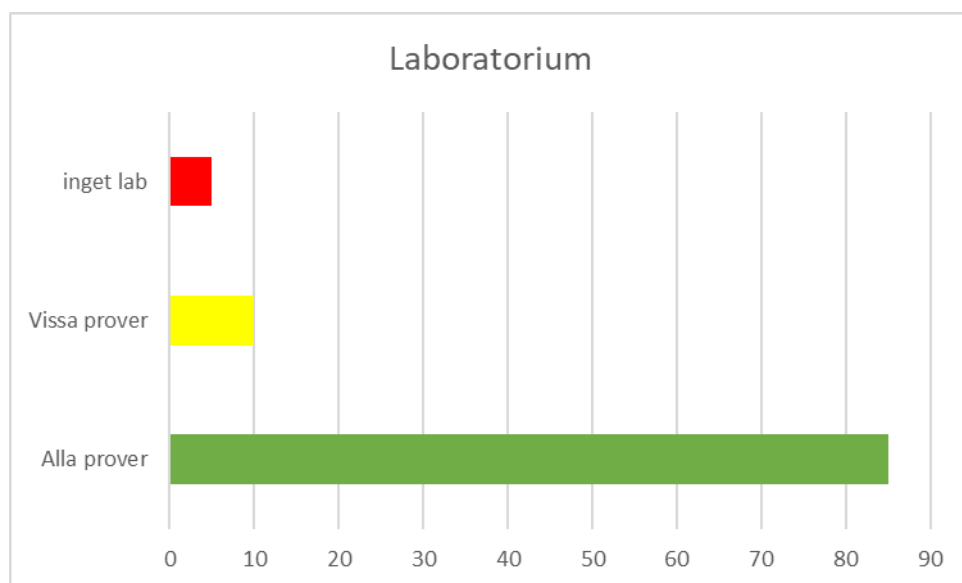


Tidsbokning

Hos de flesta kunde man boka via tre sätt (1177, sjuksköterska eller reception/brev/mail. Det gick inte att boka tid via 1177 till 26% av mottagningarna. Vid 19% kunde man bara boka via sjuksköterska. Det var ovanligt att kunna boka via läkaren, men hos några gick även det. Fler kontaktsätt är bra. Digital tillgänglighet finns numera som garanti – man ska kunna kontakta vården digitalt om man vill.

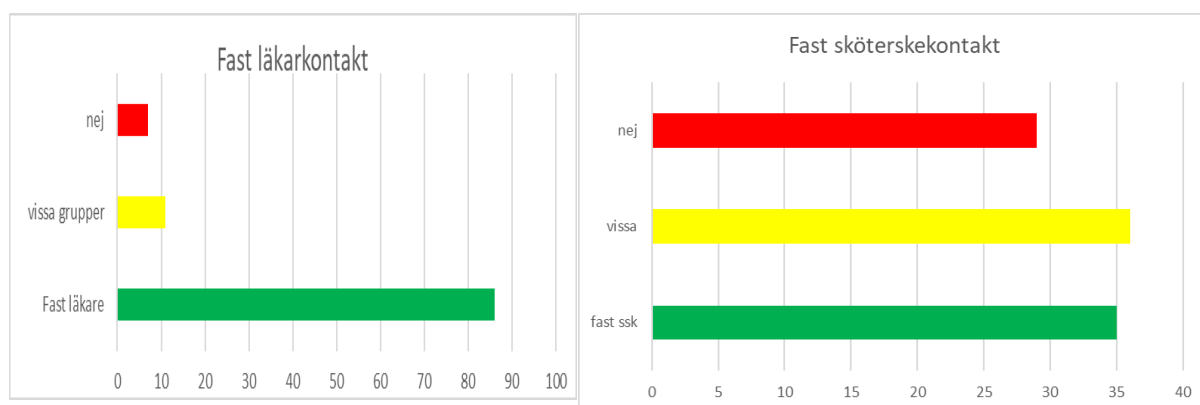
Laboratorium

Laboratorium i anslutning till vårdcentralen är ett plus. Man kanske slipper ta sig till provtagning en extra gång, utan kan göra det samtidigt med vårdcentralbesöket. Ibland kan man ju även ha lång resväg. Fullt laboratorium hade 85% av mottagningarna. 5% hade inget laboratorium i anslutning till vårdcentralen.



Fast läkarkontakt

Möjlighet att få en "egen" läkare skapar trygghet hos patienterna. Det blir en kontakt som känner patienten och vice versa. Man slipper berätta sin historia om och om igen. Det skapar kontinuitet, som vi anser vara viktigt. Fast vård-kontakt ingår i äldremottagningens kriterier – inte nödvändigtvis kontakt med en läkare dock. 86% erbjöd fast läkarkontakt och ytterligare 11% till vissa patientgrupper. 7% gav inte den möjligheten. Fast kontakt med sjuksköterska hade 35% och lika många hade det till vissa grupper. De flesta andra menade att detta inte var möjligt i Stockholms län. De som svarat ja angav oftast specialistsjuksköterska t ex för diabetes, astma/KOL, demens, hemsjuksköterska.



Informationen om fast kontakt sker skriftligt i 61% av fallen och muntligt i 35%. Information ges inte alls av 3%. En del ger både muntlig och skriftlig information. Det är bra. Det kanske inte är aktuellt just vid ett tillfälle, men kan bli senare. Man kanske vill fundera och läsa på. Fast vårdkontakt, som ej är läkare gavs inte alls av 7%. Fast vårdkontakt ingår i Patientlagen, som antogs 2015. Det innebär att man har rätt till fast vårdkontakt.

Utveckling av äldremottagningar

Vi ställde en öppen fråga om vad man skulle vilja utveckla när det gäller äldreomsorgen. Svaren varierar och alla har inte haft idéer, medan andra hade flera.

Videosamtal/Skype/chat mm t ex för uppföljning, förnyade recept osv trodde 20 på och flera hade det redan. Nätdoktorer var en del positiva till, andra negativa. Geriatriker önskade 11, andra yrkeskategorier t ex psykolog, kurator, arbetsterapeut, fysioterapeut 7, demenssjuksköterska 2, Osteoporosspecialist önskades av 2. Längre tid än en timme för öppen telefon ville 5 ha. Längre besök och höjd ersättning önskade 6. Hälsosamtalen saknade 4 (ersättningen borttagen). Ett par, tre menade att äldreomsorgen inte var så populär och en att antalet äldre patienter var litet.

Några menade, att det där med äldreomsorgen inte var så viktigt. Man jobbade på som vanligt med sina patienter. Ett par citat:

”Äsch, det är något politikerna hittat på”

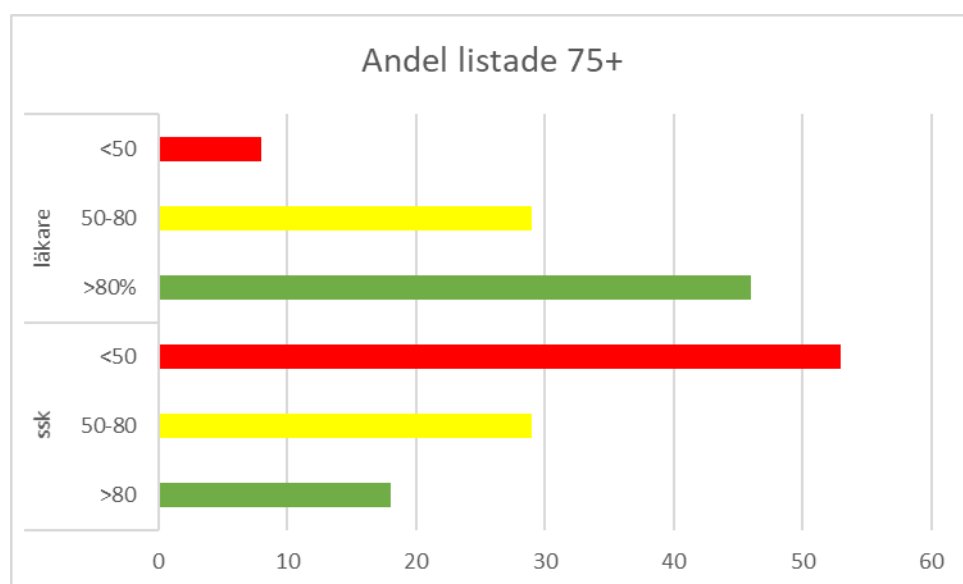
”Äldreomsorgen är ett skyltfönster för politikerna”

Andra menade att de hade få äldre patienter ”här bor bara unga familjer”

Att intresset för oss äldre var svalt på en del ställen märktes även av intervjuarna.

Listade 75+

Statistikfrågorna hade man överlag ganska svårt att svara på, vilket vi hade räknat med. Vi ville ändå ställa frågorna om antalet listade 75-åringar. Antalet personer som svarat på andel listade hos sjuksköterskor är bara 87 av 130 – övriga menade att det inte går att lista sig. Multisjuka prioriteras till listning av 83% och ytterligare 11% vissa grupper av multisjuka. Listning på en namngiven läkare/annan vårdkontakt bör kunna ge högre kontinuitet, vilket är eftersträfvansvärt.



Kallelse till äldre vårdscentralen

Tanken med äldre vårdscentralen är att man ska få ett erbjudande om att skriva in sig där, när man fyllt 75 år. Det kanske inte är aktuellt för en frisk person, med få besök på en husläkarmottagning. För en person med många kontakter kan det skapa trygghet, kontinuitet och kanske regelbunden kontroll t ex av läkemedelslista, blodtryck mm.

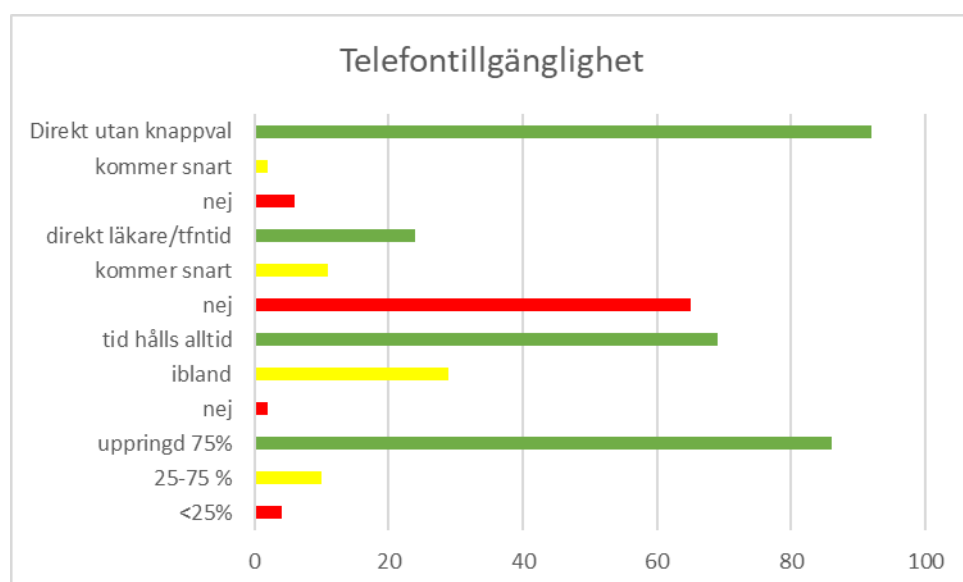
70% kallar alla 75+ till läkare om patienten vill, 17% kallar vissa grupper och 13% kallar inte alls. Kallelsen går oftast via brev eller mail.

Telefontillgänglighet

Att nå vårdcentralen via telefonen är viktigt för de flesta. Äldremottagningen ska ha ett direktnummer utan knappval öppen minst 1 tim/dag enligt avtal. Knappval där man klickar sig fram via ofta ganska många alternativ är jobbigt, inte bara för äldre. Man får kanske lyssna av alternativen flera gånger och det finns risk att man trycker fel.

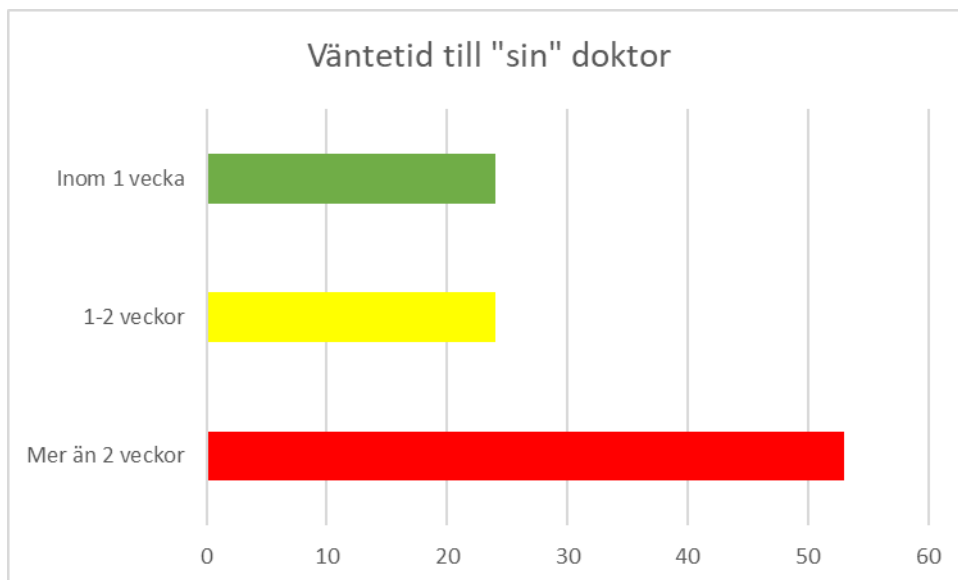
92% har direkttelefon utan knappval till äldremottagningen, 6% kommer snart att ha det medan 2% inte har det. Några menade att antalet telefonsamtal till äldremottagningen var litet och tiden 1 tim/dag räckte väl. Andra hade telefonen på i fickan hela dagen. En mottagning hade bara öppet ½ timme/dag.

Direktnummer till läkare/telefonid saknar 65%. Att kunna bli uppringd en bestämd tid är däremot möjligt för 85% av mottagningarnas patienter. 69% säger sig kunna hålla den utlovade tiden. Det är en fördel att slippa sitta och passa telefonen, om tiden inte kan hållas. Det är inte alltid man kan sitta i lugn och ro och utan att riskera att andra hör samtalet. Är man på rörlig fot kanske man inte heller kan anteckna viktiga upplysningar.



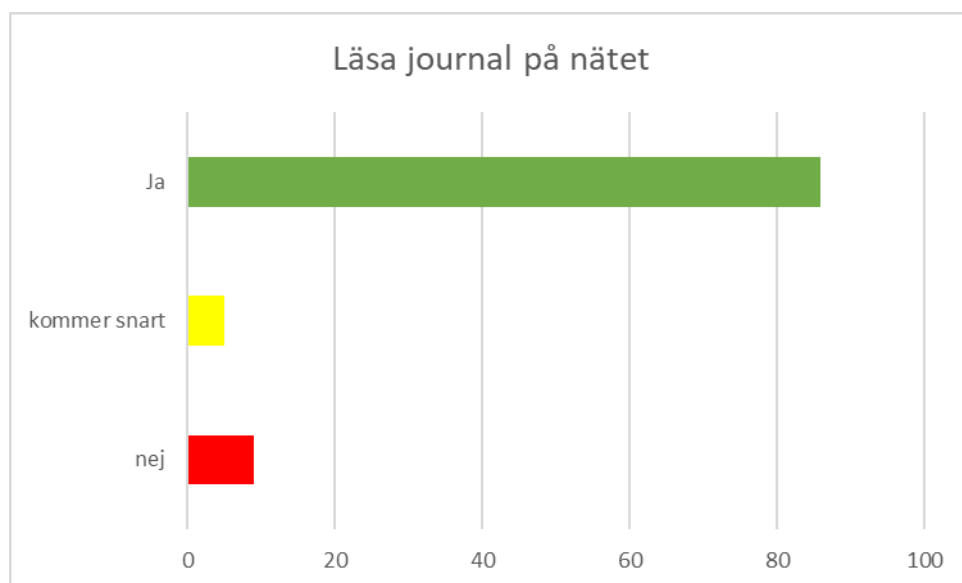
Väntetid till läkarbesök

Viktigt för den äldre är snabb tillgänglighet till medicinsk bedömning och behandling. Besök eller kontakt med vårdpersonal samma dag eller dagen efter är ett avtalskrav på äldreomsorgen. Vårdgarantin stärktes första januari 2019 och stipulerar nu att man ska ha fått en bedömning av legitimerad vårdpersonal inom tre dagar. Vi var snälla och ställde frågan, om man fick tid hos sin ordinarie läkare vid icke akuta tillstånd inom en vecka. Det fick 24% medan 53% fick vänta mer än 2 veckor. Det är tur att akuttider eller drop-in finns att tillgå, när väntetiden är lång. Man får då oftast träffa en annan läkare och tiden för besöket är kort. Ofta bara en krämpa åt gången dessutom.



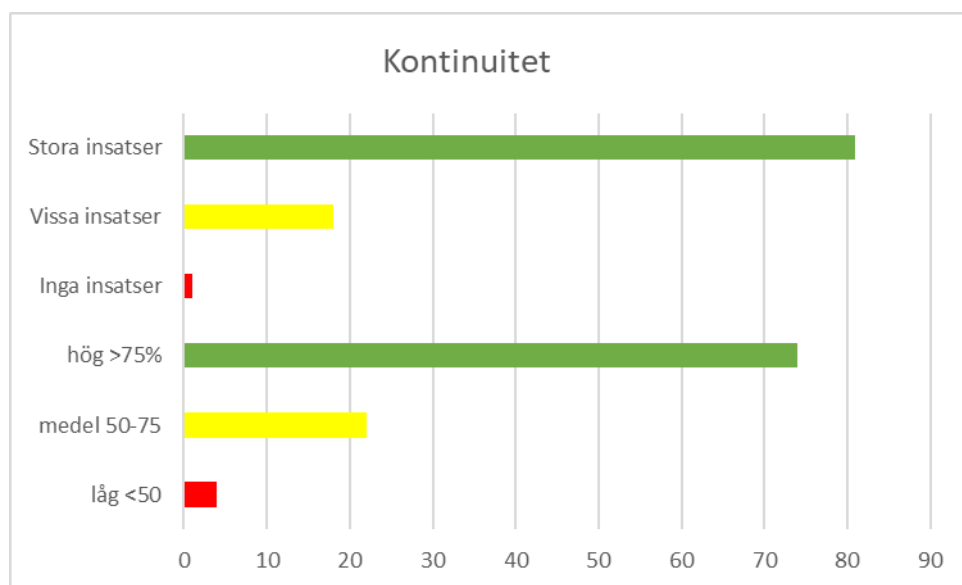
Journal på nätet

Möjligheten att läsa sin journal på nätet t ex via 1177 finns numera på de flesta mottagningarna. 86% av vårdcentralerna hade den möjligheten.



Kontinuitet

Att få träffa samma läkare och annan vårdpersonal är något både vi som patienter och vården eftersträvar. God kontinuitet ger trygg och säker vård, man slipper berätta sin sjuk- och personhistoria om och om igen. Man önskar medbestämmande och delaktighet av patienten och det främjas naturligtvis av kännedom om och förtroende för varandra.

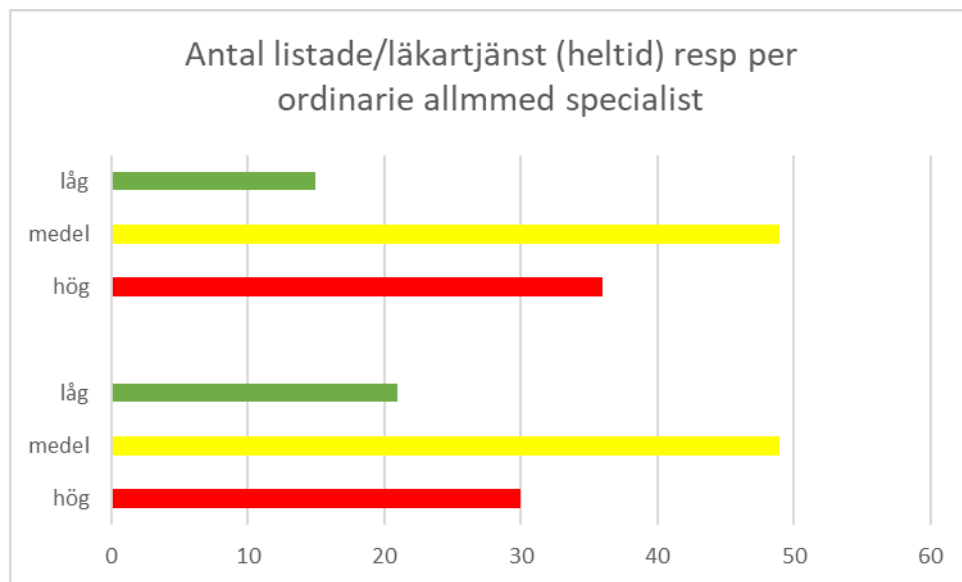


74% anser att de har hög kontinuitet (75% eller fler har samma läkare vid 3 av 4 besök). 4% har sämre kontinuitet.

81% anser att de gör stora insatser för att få hög kontinuitet. De insatser man gör är bl a att skapa god arbetsmiljö för att få ner personalrörligheten, teamarbete mm. Svårigheter att rekrytera fastanställd personal och personal som slutar minskar kontinuiteten. Flera står inför pensionsavgångar. Brist på vissa personalkategorier försvårar. Det gäller t ex geriatriker, som flera önskar. Ett par kommenterade att de slutat med hyrläkare.

Antal patienter per läkare

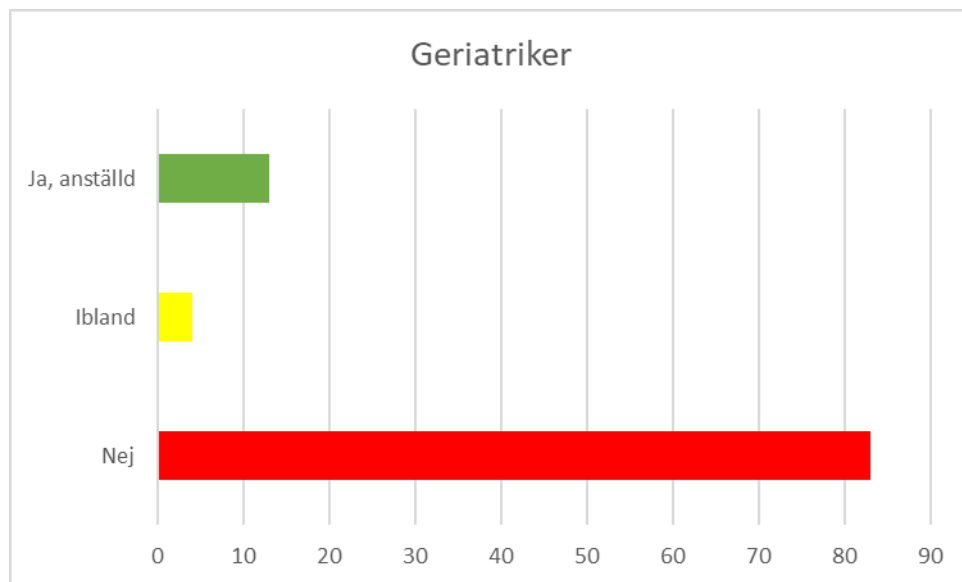
Ett stort antal patienter per läkare försvårar både tillgänglighet och kontinuitet. Vi hade svårt att få svar på antalet 75+ per läkare. Samma med listad per allmänspecialist. De svar vi fick fördelar sig enligt följande:



36 resp 30% av de ca 80, som kunnat svara på frågorna, har 2000 eller fler (hög) patienter listade per läkare resp allmänmedicinsk specialist. 15% har över 2000 patienter listade per läkare resp. För låg gäller under 1500 listade.

Geriatriker

Geriatriker är en bristvara och bara 13% hade eller skulle snart få en till mottagningen. De som klassats som "ibland" har en geriatriker som kommer till mottagningen vid vissa tillfällen. Ett 10-tal vårdcentraler sökte geriatriker, men hittade ingen. Ett sätt att skaffa kompetens är på konsultbasis dvs flera delar på en tjänst. Våra pensionärsorganisationer ser gärna att fler geriatriker utbildas och anställs i primärvården.

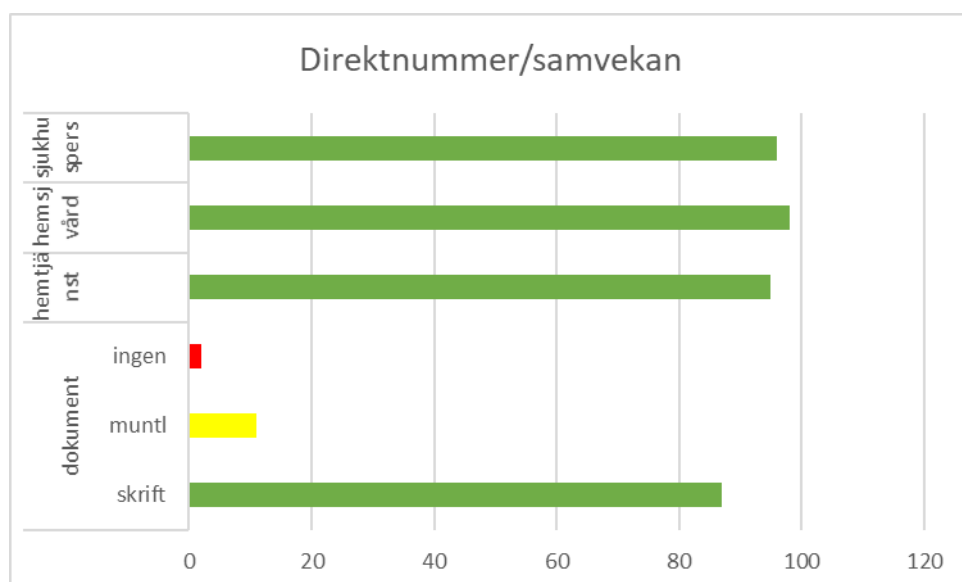


Samverkan kring multisjuka med slutenvård, hemsjukvård och hemtjänst

I Region Stockholm är det primärvården, som ansvarar för hemsjukvården, sedan avtalet med kommunerna inte blev av. I det stora hela tycks rutinerna fungera bra enl vårdcentralerna. Kommunikationssystemet WebCare är på plats och fungerar.

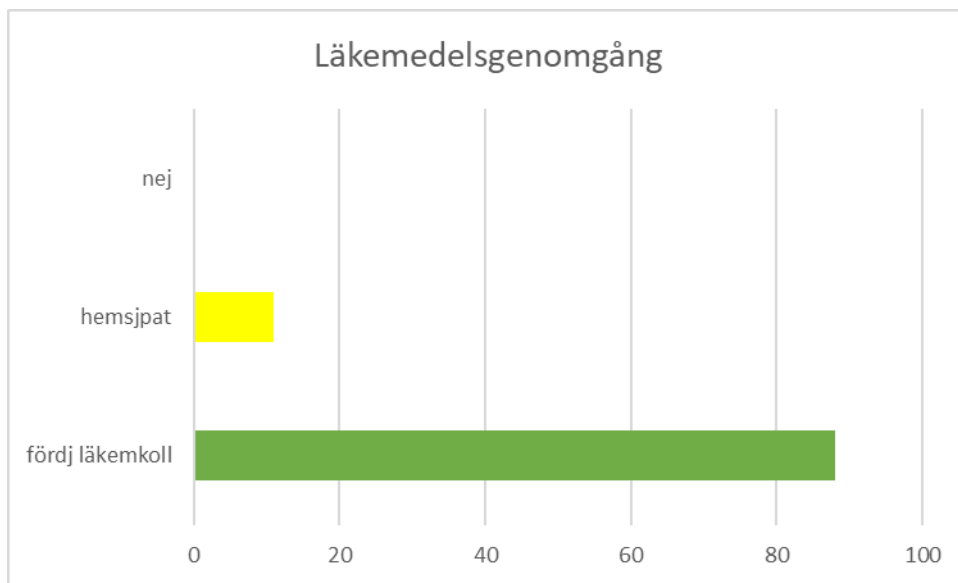
Direktnummer finns mellan vårdcentralen och slutenvården, hemsjukvården och hemtjänsten i nästan alla fall. Den senare i något lägre omfattning.

Dokumentationen kunde vara bättre kring dessa kontaktnummer. Några hänvisade till elektroniska kataloger.



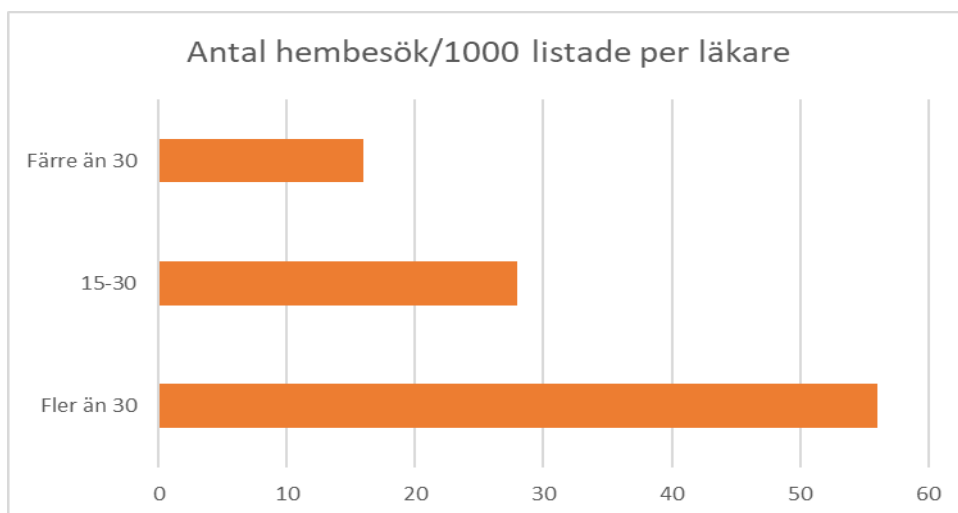
Läkemedelsgenomgångar

Läkemedelsgenomgångar finns både i fördjupad och enklare form. Det är viktigt att vi äldre äter rätta mediciner, i rätt dosering och rätta kombinationer. Felaktig medicinering kan få svåra följder t ex fallolyckor, förgiftning, yrsel, förvirring och andra besvär. 88% gjorde alltid en regelbunden, fördjupad läkemedelsgenomgång och 11% gjorde det på hemsjukvårdspatienterna.



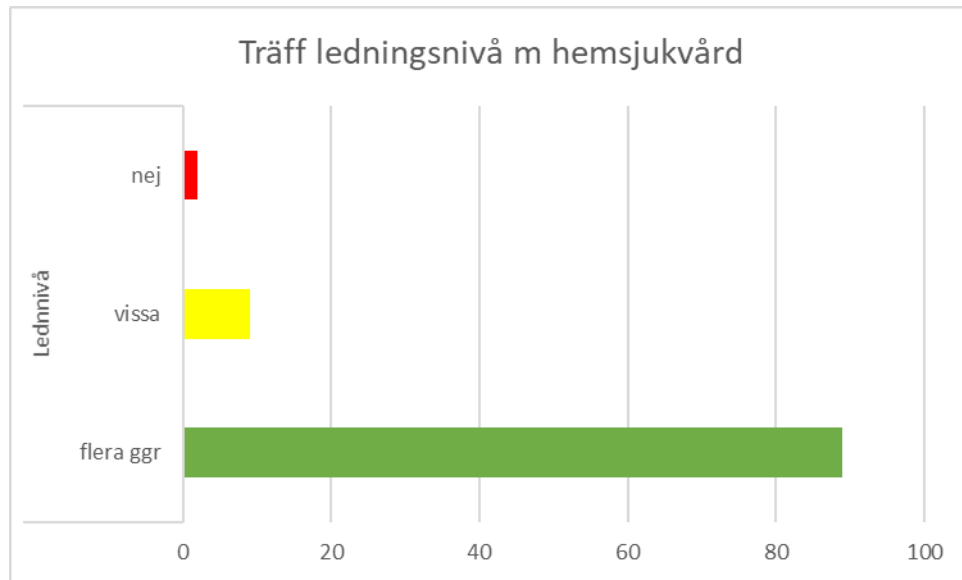
Antal hembesök

Antalet gjorda hembesök per läkare var också svår att svara på för vårdcentralerna. Behovet styrde antalet besök. Här flaggade några om att hembesöken tar mycket tid/resurser i form av restid.



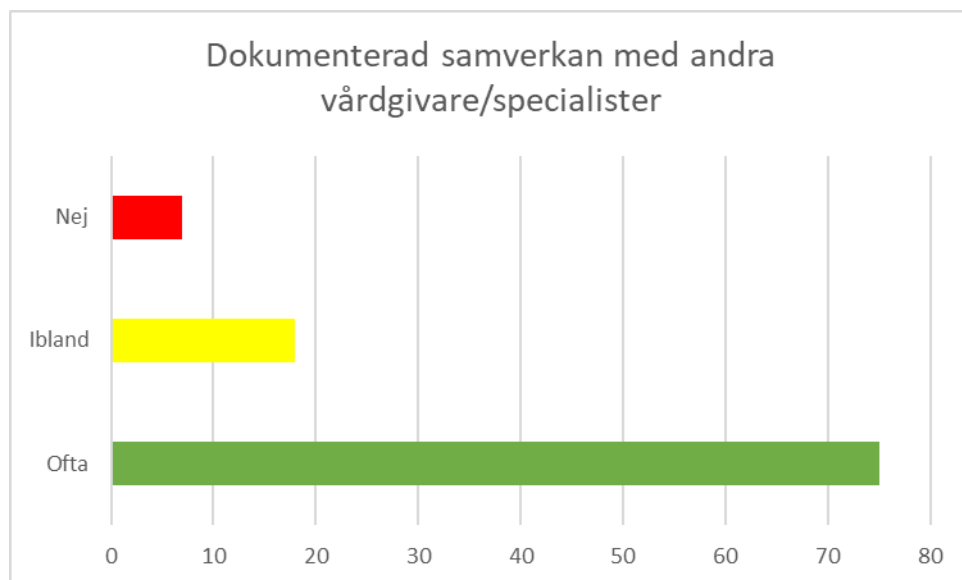
Samarbete med hemsjukvård

På frågor om samarbete visar svaren på att det verkar fungera hyggligt på olika nivåer. 89% har regelbundna, planerade träffar på ledningsnivå.



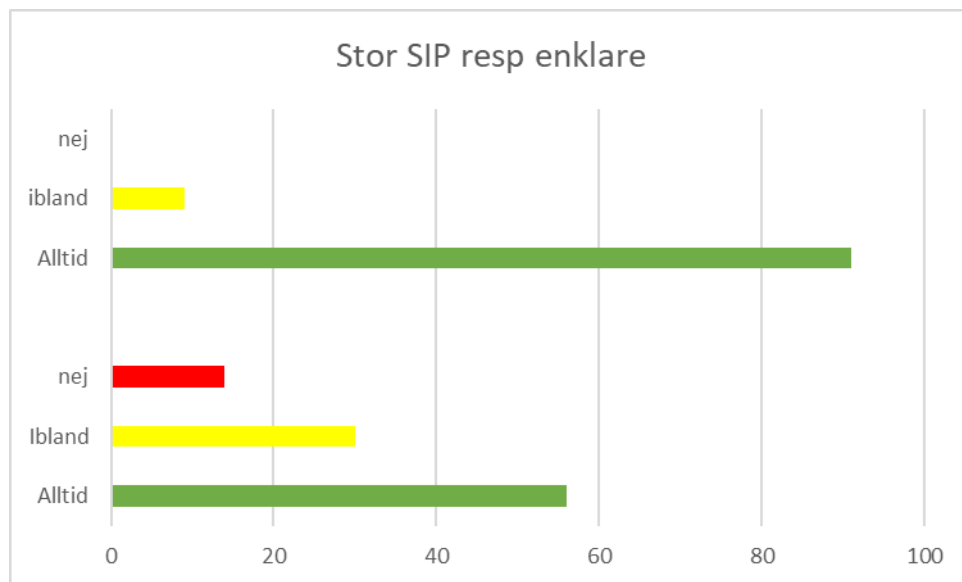
Samarbete med hemsjukvården i enskilda patientärenden har tydliga, enkla rutiner och regelbundna kontakter enligt 95%, 3% har vissa kontakter.

Dokumenterad samverkan runt äldre med geriatriken och akutsjukvården, äldrepsykiatri och rehab har 75% ofta. 7% har det inte alls. Vi anser att samverkan med andra vårdgivare och specialiteter är viktigt för att hela patienten ska ses.



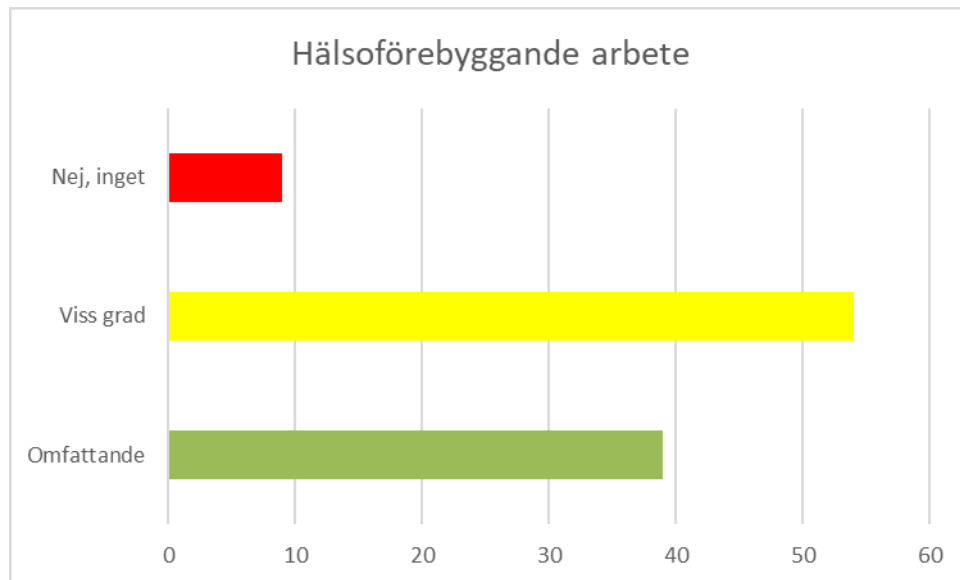
SIP (samordnad individuell plan)

I samband med utskrivning ska en SIP göras för den fortsatta behandlingen och omsorgen om den patient som är färdigvårdad inom slutenvården. Det finns en ny, mer omfattande SIP där socialtjänst/omsorg, primärvård och sjukhusvård är parter förutom patienten och dennes anhöriga. Helst i patientens bostad. Den gamla SIP:en var inte lika omfattande t ex vad gäller personer, som medverkar vid framtagandet av planen. Några har kommenterat att de gör den gamla SIP:en vid psykisk ohälsa eller om patienten lever i misär. Den nya SIP:en görs av 91% av vårdcentralerna. Även denna hantering upplevs av några som tids- och resurskrävande.



Hälsoförebyggande arbete

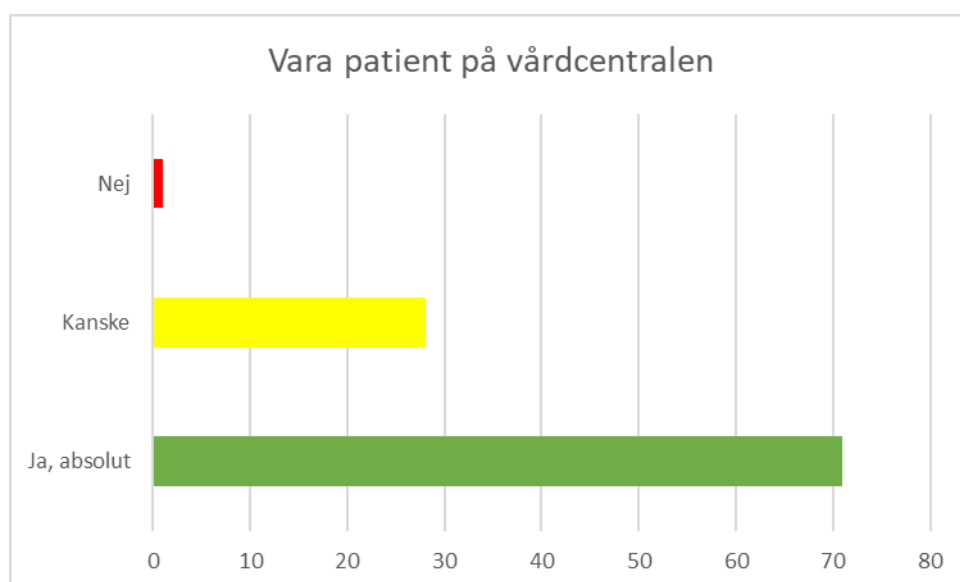
Att förebygga ohälsa ser vi inom pensionärsorganisationerna, som mycket viktigt. Vi vill ha så många friska år som möjligt. Vårt eget arbete handlar mycket om social gemenskap för att motverka ensamhet och kanske depression, fysisk aktivitet för att stärka muskler och träna balans etc. Här ser vi en måttlig aktivitet från vårdcentralernas sida. 39% av vårdcentralerna tycker att de gör omfattande insatser i förebyggande syfte. 54% svarar att de arbetar med frågorna i viss grad.



Exempel på åtgärder är grupper av olika slag t ex livsstilsinriktat mot rökning, alkohol, vikt, kost och motion. Några har gympa, promenader. Osteoporos och screening nämner några. Hälsosamtal har några, andra har slutat med dem i och med att man inte får särskilt betalt för dem. De som hade dem kvar, menade att de i dem kunde fånga upp patienter i riskzoner. Artroskola nämnde någon. Läkemedelsgenomgångar, säkerhet/fallprevention, utdelning av broddar nämndes av ett par. Vaccinationer nämndes också.

Skulle man vilja vara patient på den intervjuade vårdcentralen?

Sista frågan ställdes till intervjuaren – skulle man kunna tänka sig vara patient på den vårdcentral man intervjuat?



Ett gott betyg till vårdcentralerna: 71% kunde tänka sig vara patient, 28% kanske och bara 1% ville inte vara patient där. Anledningarna var skiftande bl a liten personalomsättning,

trevlig stämning, liten patientnära mottagning. Ointresse för äldre var orsak till att två inte ville vara patienter på just den mottagningen.

Skillnader SLSO-drivna eller privata vårdcentraler?

Skillnaderna mellan privat- och landstingsdrivna enheter var liten 67.8 för SLSO-enheter mot 67,0 för de privata vad gäller medelvärde på totalpoängen.

Viss skillnad fanns däremot när det gäller framför allt väntetider: Där SLSO-drivna hade en väntetid i snitt på 0,46 och de privata 0.87 (0 lika med mer än två veckor, 1 mellan 1-2 veckor och 2 poäng inom en vecka dvs de privata hade något kortare väntetider.

För kontinuiteten (samma läkare vid 3 av 4 besök) var skillnaderna små, men till förmån för de privata mottagningarna.

Antalet listade patienter per heltids läkartjänst gjorde skillnad i totalpoängen: lågt patientantal gav 70,4 poäng i snitt, högt patientantal gav 65 och medel (1500-2000 patienter/läkare) 68,5.

SAMMANFATTNINGSVIS – Hur fungerar våra vårdcentraler för äldre?

Pensionärsorganisationerna PRO, SPF Seniorerna, SKPF Pensionärerna och RPG har undersökt länets vårdcentraler med fokus på äldremottagningarna. Ca 150 pensionärer har genomfört personliga intervjuer med 130 vårdcentraler (66% svarsfrekvens) i Stockholms län under vår och försommar 2019. Några kompletterande intervjuer gjordes i augusti.

Lever man upp till de kriterier/krav, som ställs på äldremottagningarna? Vårt svar blir ”nja”. Det finns förbättringsområden.

- Nästan alla vårdcentraler har en äldremottagning. Det, som fungerar är direktnummer utan knappval till en sjuksköterska. Däremot är tiden, då man kan ringa varierande från 30 minuter per dag till hela dagen. En timme/dag (kravet) är för litet om man har många äldre och många listade på mottagningen.
- De som fyller 75 ska få ett erbjudande om att lista sig på äldremottagningen. Erbjudandet är inte skriftligt alla gånger och i en del fall ges det inte alls. En skriftlig information anser vi vara nödvändig. Man kanske inte har behov av erbjudandet just för tillfället, men hälsan kan förändras snabbt. Andra behöver betänketid av andra orsaker. Kanske både från Regionen med vad vi ska förvänta oss och den enskilda mottagningen med vad som erbjuds och kontaktvägar.
- Listning även eller endast hos sjuksköterska vore bra. Det går inte idag, men många har ändå fast kontakt med sköterska t ex vid kroniska sjukdomar som astma/KOL, högt blodtryck, diabetes mm. Det är bra för regelbunden uppföljning av hälsan.

- Kallelse till läkare för de listade sker inte alltid. Regelbunden hälsokontroll är en fördel, vilken är viktig för att följa hälsoutvecklingen. Samma sak med det hälsoförebyggande arbetet. En del vårdcentraler arbetar mycket med detta. Andra inte alls eller i måttlig omfattning. Bör stå i avtalet. En del hänvisar till att man inte får ersättning för hälsosamtalen längre och då gör man inga sådana.
- Väntetiden till läkarbesök (icke akut) är ett bekymmer och kanske allvarigaste kritiken. Mer än hälften får vänta två veckor eller mer. Vårdgarantin talar om att man har rätt till medicinsk bedömning av legitimerad vårdpersonal inom 3 dagar. För äldremottagningarna gäller kontakt med sådan samma dag eller dagen efter. Ska kontakten vara mer än en bedömning av om ärendet är akut eller kan vänta, så fungerar inte garantierna.
- Vi fick inga indikationer på att tiden för besöket hos sköterska eller läkare skulle vara för-längd. Endast en kommenterade det bland utvecklingsområdena för äldremottagning.
- Kontinuitet eftersträvar både vi som patienter och vårdcentralerna. Det fungerar hyggligt, men det finns mottagningar, som har svårt att behålla personal och att rekrytera.
- Geriatriker är en bristvara. Endast 13% har en sådan anställd och 4% har en, som kommer vissa tider. Vi anser att det är viktigt med geriatrisk specialistkompetens. Fler behöver utbildas och anställas! Några vårdcentraler kanske kan dela på en geriatriker?
- Samarbetet kring hemsjukvården tycks fungera bra. Man har direktnummer till varandra och samverkar kring SIP, den individuella vårdplanen vid utskrivning från slutenvården. Några tycker att resandet till dessa möten och till patientens bostad för vård tar mycket tid och resurser i anspråk.
- Regelbundna, fördjupade läkemedelsgenomgångar utfördes av 88%. Alla borde ha rätt till detta! Felmedicinering kan ge svåra biverkningar.
- Vad gäller den fysiska miljön är det framför allt receptionen, som behöver ses över vad gäller avskildhet, så alla inte hör vad man söker för, heter osv. Gärna med en stol att sitta på. Det var inte heller alltid bekväma sittplatser i lagom höjd att kunna ta sig upp ur på ett värdigt sätt. De var låga och/eller utan armstöd. Eget väntrum för äldremottagningen saknades hos 76%. Skyltningen var dålig hos 8%. I ett par fall var det till och med svårt att hitta mottagningen.
- Hälsosamtal/livsstilssamtal är ett bra sätt att fånga upp eventuella problem till exempel för förebyggande åtgärder i form av viktnedgång, rökstopp, fysisk aktivitet, fallprevention etc. Bara 39% av mottagningarna tyckte att de gjorde omfattande insatser kring detta. 7% gör inget alls. Här bör avtalet mellan Region och vårdcentraler specificera vad som ska ingå. Likaså informationen till patienten.

- Intresset för oss äldre varierade. Ett par menade att äldreomsorg var något som politiker hittat på och att man själv jobbade på som vanligt. Att äldreomsorgen gick in i den vanliga rutinen på mottagningen verkade ofta vara fallet. Vi över 65 står ändå för ca 80% av vårdkonsumtionen, så vi borde vara en viktig grupp.
- Några blev inspirerade av undersökningen till att fundera på grupper med patienter att diskutera med kring vårdcentralens utveckling. Vad fungerar och var kan förbättras? En ville t o m ha kontakter med pensionärsföreningar kring de förebyggande arbetet.
- Medelpoängen av 94 möjliga blev 67,3. Den bästa fick 86 poäng och den sämsta 42. Spannet var m a o stort.
- Skulle man vilja vara patient på den vårdcentral man just intervjuat? Ja, absolut svarade 71% av intervjuarna. Motiveringarna kretsade kring "trevlig stämning, låg personalomsättning, liten patientnära." Endast 1% svarade nej och då med motiveringen "de verkade inte intresserade av äldre".