Effekter av sjukvårdsrådgivning per telefon

En analys av rådgivningsverksamheten 1177
i Östergötland och Jämtland

Mikael Rahmqvist Magnus Husberg

CMT Rapport 2009:3

Omslag och layout: Sussanne A. Larsson 2002.
Tryckeri: LiU-Tryck, Linköpings universitet

LIU CMT RA/0903
ISSN 0283-1228
eISSN 1653-7556

Adress:
CMT
Institutionen för medicin och hälsa
Linköpings universitet
581 83 LINKÖPING

Besöksadress:
CMT
Hälsans hus, ingång 15, plan 13
Universitetssjukhuset
Linköping

Tel vxl: 013-22 2000

Hemsida: http://www.cmt.liu.se/

FÖRORD

Att studera sjukvårdsrådgivningens verksamhet har varit ett mycket intressant arbete och det har känts extra angeläget att göra denna studie samtidigt som rådgivningen per telefon 1177 är på gång att utökas till att snart omfatta så gott som alla län i landet. De första skisserna på en nationell rådgivning per telefon presenterades i början av 2000-talet och när vi nu synar verksamheten så står det klart att rådgivningen har fått en mycket central roll i att ta hand om patienterna och leda dem rätt i vården. Ungefär varannan östgöte kommer under ett år i kontakt med sjuksköterskorna på telefonrådgivningen så detta är en verksamhet som berör befolkningen på ett annat sätt än den enskilda vårdcentralen eller klinikmottagningen på sjukhuset vilka har ”sina” patienter, antingen geografiskt eller utifrån symptom och hälsoproblem.

Initiativet till att göra en hälsoekonomisk studie kom från Närsjukvårds-direktör Martin Strömstedt, Landstinget i Östergötland. Efter några möten med verksamhetschefen för Sjukvårdsrådgivningen i Östergötland, Laila Larsson och Iréne Ferm som representant för Sjukvårdsrådgivningen SVR AB stod det klart att vi skulle göra en studie i full skala som också kom att inkludera rådgivningsverksamheten för Jämtlands Läns Landsting som referens. Arbetsgruppen har bestått av Iréne Ferm, Laila Larsson, Henrich Wilander, medicinskt ansvarig läkare och Christina Johnsson, sjuksköterska, Sjukvårdsrådgivningen i Östergötland. I referensgruppen har Eva-Lena Bragée, Jämtlands läns landsting medverkat och Kerstin Aldstedt, Landstinget i Östergötland, har bidragit med värdefulla synpunkter på resultaten från studien.

Jag vill tacka deltagarna i arbetsgruppen och referensgruppen och alla andra personer som bidragit till att göra denna studie möjlig att genomföra, inte minst alla de patienter som tagit sig tid att besvara vår enkät. Ett särskilt tack också till Marie Jonsson på Enkätservice, Landstinget i Östergötland, som har gjort ett värdefullt och noggrant arbete med de tre olika datainsamlingarna.

Linköping i juni 2009

Mikael Rahmqvist

INNEHÅLL

SAMMANFATTNING **1**

ABSTRACT **4**

1. INLEDNING **7**

1.1 Bakgrund **7**

1.2 Syfte **9**

2. MATERIAL OCH METOD **10**

2.1 Datakällor **10**

2.2 Sjukvårdsrådgivningens journalregistrering **10**

2.3 Patientuppföljning via vårddatalagret i Östergötland **11**

2.4 Enkätstudien **11**

2.5 Statistiska test **13**

3. RESULTAT **14**

3.1 Analys av samtalsstatistik från SVR i vecka 43, 2008 ..... **14**

3.2 Enkätstudien **15**

3.3 Patienttillfredsställelse och förväntad vårdnivå **18**

3.4 Vårddatalagret **20**

3.5 Vårdkostnader **22**

3.5.1 Kostnader för rådgivning 24

3.5.2 Sjukvårdsrådgivning till sjukvården 24

3.6 Kostnadskalkyler **25**

3.6.1 Resursberäkning för Östergötland 25

3.6.2 Känslighetsanalys på osäkra fall i Östergötland 27

3.6.3 Beräknad kostnadsrelation i förhållande till alla patientkontakter i vecka 43 i Östergötland 29

3.6.4 Resursberäkning för Jämtland 29

3.6.5 Känslighetsanalys på osäkra fall i Jämtland 30

3.7 Gemensamt resultat för Jämtland och Östergötland **31**

3.7.1 En uppskattning av effektiviseringspotentialen för riket 32

3.8 Resultat från 2008 års kvalitetsuppföljning i Jämtland och Östergötland ... 32

4. DISKUSSION OCH SLUTSATSER ... 34

4.1 Avgränsning ... 34

4.2 Generaliserbarhet ... 34

4.3 Resursbesparing i form av vårdkontakter ... 35

4.4 Effekter av rådgivningen som inte mäts i denna studie ... 37

4.4.1 Kvalitetsaspekten ... 38

4.5 Gemensamt nummer med jour- och akutmottagningarna ... 38

4.6 Erfarenheter från enkätstudien ... 39

4.7 Konklusion ... 39

REFERENSER ... 41

BILAGA 1

Journalregister för sjukvårdsrådgivningen och besöksregistrering i vårddatalagret i Östergötland ... 3

Matchning med Vårddatalagret i östergötland ... 5

Fallbeskrivningar och korrigeringar av enkätsvar ... 8

Underskattat vårdbehov ... 8

Överskattat vårdbehov ... 9

Korrigering av enkätsvar ... 9

Beräkningsunderlag ... 12

Respondenternas kommentarer ... 17

Positiva kommentarer ... 17

Negativa eller blandade omdömen och annat ... 18

Landsting som är anslutna eller kommer att anslutas till 1177 under 2009 ... 20

BILAGA 2

Enkät och följebrev

Tabell och figurförteckning

Figur 1. Vad de olika källorna bidrar med för information när det gäller vilken vård som patienten förväntar sig och vad det slutliga valet av vårdform blir. 10

Figur 2. Andel patienter per åldersgrupp och respektive grupps svarsfrekvens på fråga 8. 13

Figur 3. Totalt antal besök per dag hos läkare eller annan vårdgivare i Östergötland som patienterna i vecka 43 har gjort under perioden 13 oktober – 9 november. 20

Figur 4. Andel patienter från vecka 43 som gör ett läkarbesök eller annat besök i sjukvården i proportion till antalet patienter som ringt respektive dag (procent). 21

Figur 5. Andel patienter i Östergötland som utifrån sina förväntningar får ändrad vårdnivå. 26

Figur 6. Totala antalet läkarbesök i offentligt finansierad primärvård och specialist-vård i Östergötland åren 2002-2008 korrigerat för befolkningens storlek. 36

Tabell 1. Svarsfrekvens och andelen som svarat på fråga 8. 12

Tabell 2. Samtalsvolym uppdelat per brådskandegrad och vårdnivå i vecka 43, 2008. 14

Tabell 3. Antal samtal och antal patienter per dag i urvalsveckan, vecka 43. 15

Tabell 4. Patientens egen bedömning av sitt vårdbehov eller förväntad vård (%). 16

Tabell 5. Sjuksköterskans bedömning av brådskandegrad uppdelat efter typ av samtal. 16

Tabell 6. Patientens egen bedömning av sitt vårdbehov/förväntad vård uppdelat per typ av samtal i Östergötland. 17

Tabell 7. Utfall efter samtalet med 1177 uppdelat efter typ av samtal i Östergötland. 18

Tabell 8. Andel patienter som var överens med sjukvårdsrådgivningen uppdelat per grupp som rekommenderats olika vårdnivå. 19

Tabell 9. Andel patienter som var överens med sjukvårdsrådgivningen uppdelat efter graden av nöjdhet med densamma. 19

Tabell 10. Andel patienter som var överens om rådgivningen uppdelat efter graden av nöjdhet med bemötandet av sjuksköterskan på sjukvårdsrådgivningen. 20

Tabell 11. Första registrerade besök i sjukvården i Östergötland inom en vecka efter samtalet med 1177. 22

Tabell 12. Schablon för vårdkostnader utifrån Landstingens prislista 2008. 23

Tabell 13. Utgiftsposter för rådgivningsverksamheten i Östergötland. 24

SAMMANFATTNING

Bakgrund

Socialdepartementet och dåvarande Landstingsförbundet startade 2001 en utredning om förutsättningarna för en nationellt samordnad sjukvårdsrådgivning och 2003 publicerades rapporten ”*Vårdråd direkt – Sjukvårdsrådgivningar i samverkan*”. Jämtland hade redan 2001 en enhet för sjukvårdsrådgivning och Landstinget i Östergötland startade i slutet av 2003 en enhetlig sjukvårds-rådgivning och 2008 var Östergötland och Jämtland två av de sex landsting som tillhörde den nationella sjukvårdsrådgivningen med telefonnumret 1177. Under 2009 kommer rådgivningen att vara så gott som helt uppbyggd med 16 huvudmän och enheter anslutna. Fördelen med en nationell samordning är flera, geografiskt närliggande enheter kan hjälpa varandra vid överbelastning, rådgivning som kräver specialistkompetens kan ges från en enhet och en gemensam data och journalhantering ger rationaliseringsvinster och god överblick

Tjänsten med telefonrådgivning via 1177 ger ökad tillgänglighet för patienterna med dygnet runt bemanning och rådgivningen syftar till att hänvisa patienterna till den lämpligaste vårdformen samt ge patienterna adekvata råd om egenvård. Till sin hjälp i rådgivningen har sjuksköterskorna tillgång till ett datorbaserat beslutsstöd. I de fall där rådgivningen leder till en annan mer adekvat vårdnivå än den nivå som patienten tänkt sig från början leder detta till frigörande av resurser. I rapporten ”*Vårdråd direkt*” kallas effekten av denna styrning av patientflödet för ”effektiviseringspotential” och denna potential uppskattades då 2003 till 3 miljarder kronor, eller 300 kr per invånare vid en fullt utbyggd nationell rådgivning. Sedan dess har några hälsoekonomiska studier gjorts på några enheter som visat på goda resultat för omfördelningen av patientflödet via sjukvårdsrådgivningen. Studierna har dock haft några begränsningar i metod och urval vilket motiverar nyare studier på effekten av rådgivningen.

Metod

I denna studie används tre oberoende datakällor för att studera patientflödet i Östergötland. Utgångspunkten är de samtal som registrerats under en vecka i oktober 2008 och tillhörande journalregistrering som sjuksköterskan gjort. Alla patienter som ringt rådgivningen under den veckan har stämts av med vårddatalagret en vecka innan och en vecka efter samtalet. Av dessa patienter valdes 660 till att delta i en enkätstudie med frågor om vad de förväntade sig för sjukvård innan samtalet, hur de upplevde bemötandet och kvaliteten i rådgivningen mm.

I Jämtland ingår även där alla patienter som ringde rådgivningen under samma vecka i oktober och från det materialet valdes 670 patienter till att ingå i enkätstudien. För Jämtlands del har vi inte gjort någon matchning med patientregistreringen före och efter samtalet – rådgivningen i Jämtland betjänade också en stor andel utomlänspatienter. Svarsfrekvensen netto var lika i Östergötland och Jämtland, runt 49 procent och beroende på åldersgrupp varierade svarsfrekvensen mellan 30-60 procent. Materialet från Jämtland ingår som referenspunkt till Östgötamaterialet.

Resultat och slutsatser

I Östergötland tog sjukvårdsrådgivningen emot cirka 200 000 samtal under 2008 till en kostnad av 20 mkr. Rådgivningen per telefon hade en styrande effekt på 42 procent av alla dokumenterade fall. I cirka 20 procent av fallen ledde rådgivningen till en mindre akut vårdnivå än vad patienten tänkt sig och i 13 procent av fallen rekommenderades patienten att ta en kontakt med sjukvården på en högre nivå än vad de ursprungligen tänkt. Det är på dessa två grupper som beräkningarna utförts medan resterande 9 procent ledde till ett läkarbesök i primärvården utan någon resursbesparing i egentlig mening. I Östergötland ersatte egenvård och/eller besök hos en sjuksköterska eller distriktssköterska ett förväntat läkarbesök i 15 procent av fallen vilket motsvarar 24 000 sparade läkarbesök per år.

Enligt de antaganden som vi gjort när det gäller kostnaden för olika typer av besök motsvarar resursbesparingen 97 mkr/år i Östergötland. Ifall detta resultat är tillämpbart på en fullt utbyggd nationell rådgivning motsvarar det frigörande av resurser med 2 miljarder kronor per år till en kostnad av 425 mkr. Detta är ett gott resultat även om det är ungefär hälften av vad man kalkylerade med 2003.

Det kan vara svårt för en huvudman att påvisa synliga effekter av rådgivningen i termer av statistik på antalet genomförda läkarbesök. Effekterna bör vara mest tydliga de första åren efter det att rådgivningen implementerats, sedan när rådgivningen pågått under flera år är sjukvårdens verksamhet anpassad och förhoppningsvis optimerad till de resursvinster som rådgivningen ger och besparingen fullt intecknad. Det finns en indikation på att sjukvårdsrådgivningen i Östergötland gjorde ett avtryck i besöksstatistiken samma år som den startade i full skala 2004. Det var en relativt stor nedgång i det totala antalet läkarbesök under 2004 och så sent som 2007 hade det totala antalet besök ännu inte kommit upp i samma nivå som 2003.

Vår slutsats är att sjukvårdsrådgivningen per telefon har en styrande funktion på patientflödet i en stor del av alla fall och att denna styrning har positiva effekter på resursutnyttjandet. Avkastningen per investerad krona i rådgivnings-

verksamheten är god när det gäller effekterna av färre vårdkontakter och ökad andel adekvata vårdkontakter tillsammans med relevanta egenvårdsråd.

Ändå verkar den avlastning som sjukvårdsrådgivningen bidrar med inte märkas i andra delar av vårdsystemet, detta har framkommit vid diskussioner i referensgruppen. Vårdcentralerna i Östergötland har t ex en ökad belastning på sina telefonmottagningar samtidigt som antalet samtal till 1177 har ökat rejält det senaste året. Vad detta beror på kan framtida studier förhoppningsvis svara på.

ABSTRACT

Background

In 2001, Sweden's Ministry of Health and Social Affairs and the organization then known as the Federation of Swedish County Councils explored the feasibility of a nationally coordinated health care hotline and in 2003 published their findings in a report titled "Vårdråd direkt – Sjukvårdsrådgivningar i samverkan" [Health care hotline – collaborative effort for medical advice]. Jämtland has had a health care hotline unit since 2001 while Östergötland County Council launched theirs in late 2003. By 2008, Östergötland and Jämtland were two of the six county councils in the national health care hotline network that used the telephone number 1177. In 2009 the national hotline advisory service will essentially be complete, involving 16 health care authorities and their affiliated units.

National coordination offers several advantages. Neighbouring units can help each other in cases of overload, units with specialized expertise can provide advisory services to others, and a common data and medical records management system provides a good overview with efficiency gains. The nurses have access to a computer-based decision support system to assist them in their advisory capacity. The 1177 telephone hotline service gives patients increased, round-the-clock access which provides professional, documented advice with the aim to direct the patients to the most suitable care option, as well as giving appropriate advice on self-care.

In cases where advisory services lead to a level of care that differs from the level patients initially expected, resources can be freed for other purposes. The "Vårdråd direkt" report refers to a potential for efficiency gains with such patient flow management, estimated at SEK 3 billion, or SEK 300 per inhabitant for a fully established national advisory service. A few units have carried out health economics studies since 2001 which have shown a successful redistribution of patient flow via the health care hotline. However, these studies have had certain limitations in method and selection, which would justify further studies of the effects of the advisory service.

Method

The present study uses three independent data sources to study patient flow in Östergötland, based on calls registered during 1 week in October 2008 and the notes entered in each patient's chart. All patients who called the hotline during that week have been checked against the health care data warehouse 1 week before and 1 week after the call. A total of 660 of these patients were selected to participate in a questionnaire study including questions such as what level of

care they expected before making the call, how they felt about the treatment they met with, and the quality of the advice. The study also includes all patients in Jämtland who called the hotline that same week in October; 670 patients from this patient population were selected for inclusion in the questionnaire study. We did not match patient data before and after the call for the Jämtland patients. The net response rate was the same in Östergötland and Jämtland, about 49 per cent, and the response rate varied from 30 to 60 per cent in the different age groups where older patients had a higher response rate than younger.

Results and conclusions

In Östergötland the health care advisory hotline had about 200 000 calls where a journal was recorded to a cost of SEK 20 million. The health care advisory hotline determines level of care in 42 per cent of all documented cases (confidence interval, CI 38–46 per cent). In about 20 per cent of cases the advisory service resulted in a less urgent level of care than the patient expected while in 13 per cent of cases the patient was advised to obtain medical care at a higher level than they had expected. Calculations in terms of number of doctor visits were carried out in these two groups while the other 9 percent resulted in a visit in primary health care without any particular savings. In Östergötland, callers were advised to exercise self-care and/or schedule a visit to a nurse or public health nurse, rather than visit the doctor as they had planned, in 15 per cent of cases, corresponding to a savings of 24,000 doctor visits annually.

According to our assumptions about the cost of different types of medical visits, the gross effect in Östergötland was SEK 240 per capita per annum equal to 97 million per annum. Based on these figures, calculated for the entire country (i.e. about 92 per cent of the population, since not everyone will be affiliated with the national advisory service) the gross effect will be SEK 2 billion to a cost of SEK 425 million. This is about half of the savings estimated in 2003.

It can be difficult for a health care authority to demonstrate visible effects of an advisory hotline in terms of savings in number of doctor visits. The effects should be most apparent the first years after the telephone advisory hotline is implemented; once the hotline has been in operation for a number of years, the health care services would be adapted and optimized to the resource gains provided by the advisory services and the savings fully achieved. Some indications suggest that the health care hotline in Östergötland had an effect on the statistics for doctor visits in 2004, when it began on a full scale. There was a relatively large decline in the total number of doctor visits in 2004 and as recently as 2007, the total number of visits had not yet returned to the 2003 level despite an population increase that motivates another 25 000 visits.

Our conclusion is that the health care hotline influences patient flow in a large number of cases, positively affecting resource utilization. Return on investment for the advisory service is good in terms of fewer health care encounters and an increase in the percentage of encounters at the appropriate level of care, as well as relevant self-care advice.

Nevertheless, other parts of the health care system have not experienced any notable relief from the health care hotline, as noted in discussions with reference group members that have experience of many parts of the health care system. For example, in Östergötland the patient calls to primary care centres has increased a bit the last year, despite a substantial increase in the number of calls to 1177. We hope that future studies will be able to provide an explanation for this finding.

1. INLEDNING

1.1 Bakgrund

En nationell sjukvårdsrådgivning per telefon är under uppbyggnad och efter 2009 kommer rådgivningen att vara så gott som helt utbyggd i landet med undantag av några landsting i norr som valt andra lösningar (se Bilaga 1). Det är önskvärt att utvärdera verksamheten från flera perspektiv. Socialdepartementet och dåvarande Landstingsförbundet tillsatte 2001 en utredning för att studera förutsättningarna för en nationellt samordnad sjukvårdsrådgivning och denna utredning resulterade i rapporten ”*Vårdråd direkt – Sjukvårdsrådgivningar i samverkan*” av Sveriges Kommuner och Landsting, 2003 (1). Läget för rådgivning per telefon för de olika sjukvårdshuvudmännen var väldigt olika när rapporten kom 2003; i 13 landsting/län fanns särskilda enheter som bedrev rådgivning per telefon i olika former medan rådgivning i de övriga länen bedrevs via vårdcentralerna, SOS alarm eller jourläkarmottagningar. Jämtland hade en rådgivning redan innan 2001 och Landstinget i Östergötland startade en enhetlig sjukvårdsrådgivning i slutet av 2003 och 2008 var Jämtland och Östergötland två av de sex landsting som tillhörde den nationella sjukvårds-rådgivningen med telefonnumret 1177.

Förebilden till rådgivning per telefon 1177 har varit ”NHS Direct”, en verksamhet i England som 2007 hade över 5 miljoner samtal och 3,5 miljoner besök per månad på sin hemsida i början av 2008. Sjukvårdsrådgivning via 1177 är ett koncept där även rådgivning via hemsidan www.1177.se ingår. Under 2009 ansluter övriga landsting som valt att ingå i den gemensamma råd-givningen, totalt 16 huvudmän inklusive Gotlands kommun (förteckning i bilaga). Fördelen med en nationell samordning är flera, geografiskt närliggande enheter kan hjälpa varandra vid överbelastning, rådgivning som kräver specialistkompetens kan ges från en enhet och en gemensam data och journal-hantering ger en rationaliseringsvinster och god överblick

Till sin hjälp i rådgivningen har sjuksköterskorna tillgång till ett datorbaserat beslutsstöd och om inte den informationen är tillräcklig kan sjuksköterskan via telefon konsultera annan sjukvårdpersonal i primär- eller specialistvård innan det mest adekvata rådet ges till patienten. Anamnes och beslut ska dokumenteras under och efter samtalet och sjuksköterskan är ansvarig för det beslut som tas. Det förekommer att patienten redan tror att de vet vad de har för sjukdom och då är det viktigt att sjuksköterskan ställer motfrågor så att den diagnosen kan verifieras eller förkastas (Marklund och Jansson, 2008, 2). För att hjälpa patienten vidare har sjuksköterskorna möjlighet att boka tider åt patienten på

olika jourenheter och även specialistmottagningar dagtid, det är lite olika lösningar för denna funktion beroende på landsting (Landstinget Gävleborg, 2002, 3).

En gemensam organisation för sjukvårdsrådgivning per telefon ger goda förutsättningar för en ökad kvalitet i rådgivningen och vid hög arbetsbelastning kan enheterna dirigera samtal till andra enheter vilket ger optimeringsvinster och ökar patientsäkerheten. Samordningen mellan landstingen ökar också möjligheterna att upprätthålla specialistkunskaper inom olika medicinska områden samt möjlighet att ge rådgivning på olika språk. Vid arbetstoppar kan rådgivningsenheterna samarbeta med s k ”overflow” av samtalen till varandra, vilket optimerar bemanningen. Tjänsten med telefonrådgivning via 1177 ger ökad tillgänglighet för patienterna dygnet runt och rådgivningen syftar till att hänvisa patienten på ett professionellt och dokumenterat sätt till den lämpligaste vårdformen och patienten får råd om egenvård.

Det är den senaste punkten som har varit föremål för en del hälsoekonomiska analyser, idén är att sjukvårdsrådgivningen omfördelar patientflödet på ett gynnsamt sätt så att belastningen minskar på sjukhusmottagningar och i primärvården. Dels när det gäller telefonsamtal i sig men framförallt i form av färre besök eller besök rensade från de fall som har klarats med egenvård. Omfördelningseffekter och effektiviseringsvinster kallas i detta sammanhang för effektiviseringspotential och i rapporten ”*Vårdråd direkt*” nämns en effektiviseringspotential motsvarande cirka 3 miljarder kronor, eller 330 kronor per invånare[1], vid en fullt utbyggd nationell sjukvårdsrådgivning men mycket tyder idag på att detta var en överskattning.

Landstinget i Östergötland (LiÖ) har lämnat etableringsfasen sedan starten 2003/04 och det är därför en lämplig tidpunkt att utvärdera verksamheten. Tidigare utvärderingar av SVR har gett positiva resultat när det gäller de ekonomiska beräkningarna, Nordling, IHE, 2001 (4) och Marklund et al 2007 (5). De studierna baseras på datainsamlingar från 2001 respektive 2003 och är därför inte möjliga att direkt generalisera till dagens förhållanden i Östergötland och andra enheter. Att generaliserbarheten från de studierna inte heller är heltäckande beror på att de antingen var metodmässigt begränsade; som till att endast gälla rådgivning dagtid vilket är fallet med Marklund et al eller att det gjorts en bortselektering av akutpatienter vilket gjordes i studien genomförd av IHE.

[1] 332-385 kr netto beroende på ingångsvärden och bruttoeffekt som mest lika med 485 kr per capita.

1.2 Syfte

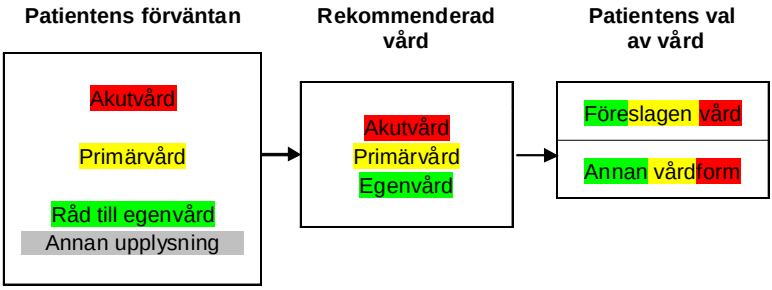
Syftet är att beräkna effekter av Sjukvårdsrådgivningen i termer av färre vårdkontakter och värdet av dessa samt att få ett samlat grepp på hur patientflödet ser ut från telefonkontakterna med rådgivningen till olika besök i sjukvården. Patienterna bedömer kvalitén rådgivningen i tillhörande enkätstudie och ett syfte är också att se hur prioriteringen av patienter till olika vårdnivåer påverkar patienternas bedömning av telefonrådgivningen 1177.

2. MATERIAL OCH METOD

2.1 Datakällor

Tre olika datakällor har använts för att studera patientflödet via sjukvårds-rådgivningen; rådgivningens journaler, en enkät och för Östergötlands del vård-datalagret där alla besök registreras i den sjukvård som landstinget finansierar.

Figur 1. Vad de olika källorna bidrar med för information när det gäller vilken vård som patienten förväntar sig och vad det slutliga valet av vårdform blir.



Enkätstudien ger patienternas svar på alla tre led i vårdprocessen medan journalerna ger information hur rådgivande sjuksköterska bedömde fallet och vilken rekommendation som patienten fick. Vårddatalagret slutligen ger en objektiv registrering av var patienten hamnade inom en vecka efter första samtalet med sjukvårdsrådgivningen 1177.

2.2 Sjukvårdsrådgivningens journalregistrering

Från Sjukvårdsrådgivningens journalregistrering har alla centrala uppgifter tagits ut för hela verksamheten i Sverige vecka 43 och 44 under 2008, där vecka 43 är själva urvalsveckan och vecka 44 är uppföljningsvecka. Uppgifterna består av dag, klockslag, kontaktorsak, problemområde, brådskandegrad, ärende-beskrivning, bedömning och råd samt rekommenderad vårdnivå.

Totalt registrerades 33 116 samtal under vecka 43 på 11 rådgivningsenheter, där Östergötland svarade för 12 procent och Jämtland för 5 procent av volymen. Största andelar hade Västra Götalandsregionen och Region Skåne med 28 respektive 18 procent. Av de 5 673 samtal som var registrerade i Östergötland

och Jämtland bildade 4 272 den s k sampelpopulation från vilket ett urval drogs till enkätstudien (detaljerade tabeller över fördelningarna i bilaga). För att ingå i enkätstudien fordrades det uppgift om fullständigt personnummer, att patienten var 1 år eller äldre och att kontaktorsaken var medicinsk och inte ett upplysningssamtal med frågor om öppettider, var man ska vända sig och liknande. Innan urvalet gjordes exkluderades även 29 patienter vilka bedömdes som känsliga fall inom två områden; patienter med självmordstankar och patienter som uttalat problem i samband med abort.

2.3 Patientuppföljning via vårddatalagret i Östergötland

Följande strategi har använts för att få ett samlat grepp på hur patienterna ledsagas runt i sjukvården via Sjukvårdsrådgivningen. En komplett lista på alla samtal under vecka 43 togs fram, efter en del rensningar gjordes en matchning med Vårddatalagret (VDL) som gav besked om alla kontakter med sjukvården, en patient kan ha flera kontakter både med SVR och med sjukvården.

Att göra kopplingen mellan SVR och VDL var den tekniskt sett mest komplicerade biten. Varje patient kan förekomma upprepade gånger i båda registren och även tidsaspekten måste vägas in. Korta vårdtider och dagkirurgi gör t ex att patienter kan få problem efter en vårdkontakt och ett samtal till SVR ligger då tidsmässigt efter besöket i sjukvården och diskussionen kan då gälla ifall patienten bör söka ytterligare vård för sina besvär eller inte. Ur effektsynpunkt är det bara resultatet av samtalet som är intressant och därför ska eventuella kontakter med sjukvården innan samtalet inte adderas till de slutliga posterna. Respondenterna valdes ut under vecka 43 men uppföljningen skedde en hel vecka efter det, därför behövdes uppgifter från minst två veckor i VDL, av visst intresse är också eventuella kontakter innan första registrerade kontakt med 1177 i vecka 43 så uttaget från VDL omfattar vecka 42 till och med vecka 45. Beräkningarna avgränsas till en vecka före och en vecka efter det första registrerade samtalet.

2.4 Enkätstudien

Från listan med samtalsregistreringar under vecka 43 slumpades personer till en uppföljning med postenkät. Uppföljningens huvudfråga var om Sjukvårds-rådgivningen fick dem att söka annan vård än vad de tänkt från början och i vilken utsträckning som råden från Sjukvårdsrådgivningen påverkade patienternas betygssättning av rådgivningen.

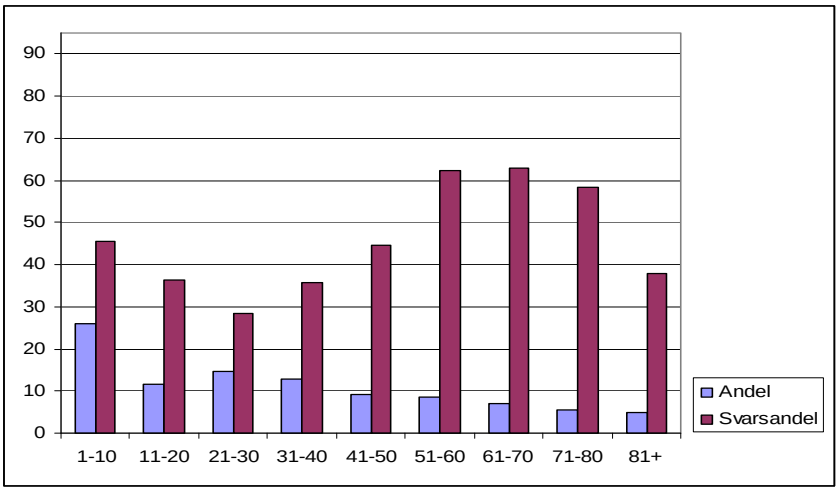
Totalt valdes 1 330 patienter ut slumpmässigt till att delta i enkätstudien, 47 enkäter kom i retur från posten eller så ringde patienten, en anhörig eller personal från vårdhem och meddelade att patienten var oförmögen att svara. Av de återstående 1 277 enkäterna inkom 631 vilket gav en netto svarsfrekvens lika med 49 procent men alla av dessa inkomna enkäter var inte fullständigt ifyllda och på den ganska viktiga frågan nummer 8 hade 584 svarat vilket ger en svarsfrekvens på 46 procent. Fråga 8 gäller hur allvarligt som patienterna själva såg på sina besvär i samband med att de ringde 1177.

Tabell 1. Svarsfrekvens och andelen som svarat på fråga 8.

Antal	Jämtland	Östergötland
1) Urval/utskick	670	660
2) A-bortfall	25	22
3) Enkätsvar i retur	315	316
4) Svar på fråga 8	288	292
Svarsfrekvens (%) på fråga 8, (4/1)	43,0	44,2
Svarsfrekvens (%), (3/1-2)	48,8	49,5

Följande figur visar svarsprocenten per åldersgrupp utifrån det totala antalet utvalda patienter där genomsnittet blir 44 procent. Svarsprocenten varierar mellan 30–60 procent och bäst var svarsfrekvensen bland patienter i åldern 51-70 år och lägst där patienten är 21-30 år. Målsmän till de yngsta barnen 1-10 år hade en svarsandel något över genomsnittet. De äldre patienterna (utom de äldsta) svarade i ganska stor utsträckning men deras andel av totalmaterialet var proportionellt sett mindre jämfört med de yngre. Två av tre patienter i urvalet var 50 år eller yngre och var tredje patient var i åldern 1-20 år.

Figur 2. Andel patienter per åldersgrupp och respektive grupps svarsfrekvens (svarsandel) på fråga 8.



2.5 Statistiska test

Två typer av statistiska test används i studien, det ena är Chi2-test som testar proportioner i resultaten och det andra är Z-test som ger besked om konfidens-intervallet (CI) för de olika ekonomiska beräkningarna. Konfidensintervallet visar att ett värde med 95 procents sannolikhet befinner sig i intervallet och att det är osannolikt att det rätta värdet befinner sig utanför intervallet.

3. RESULTAT

3.1 Analys av samtalsstatistik från SVR i vecka 43, 2008

Samtalsvolymerna har olika profil i Jämtland (JLL) och Östergötland (LiÖ). I Jämtland är det mer jourverksamhet och mer akuta fall medan Östergötland har en större andel samtal där egenvårdsråd blir rekommenderad vårdnivå. Jämtlands profil är i det avseendet mer lik profilen för hela materialet där ännu mindre andel patienter ges rådet att avvakta. Vid bedömningen av generaliserbarheten från denna studie till all verksamhet i riket måste dessa skillnader beaktas.

När det gäller rekommenderad vårdnivå skiljer sig också de båda länen åt jämfört med totalmaterialet i flera avseenden men primärvård dagtid och specialist skiljer inte i Östergötland gentemot totalmaterialet och Jämtland har samma andel när det gäller primärvård dagtid men en mindre andel som rekommenderas till specialist jämfört med Östergötland och totalt. Med specialist menas läkare på öppen sjukvårdsmottagning, privatpraktiserande specialist och tandläkare.

Tabell 2. Samtalsvolym uppdelat per brådskandegrad och vårdnivå i vecka 43, 2008.

	Samtal till 1177 i vecka 43 med journal				
Procent	Alla enheter	LiÖ/JLL	Jämtland	LiÖ	Differens alla med LiÖ/JLL
Brådskandegrad					
Omgående	14,2	11,5	12,8	11,0	2,7
Inom 12 timmar	29,3	25,5	31,6	23,2	3,8
Nästa vardag	15,6	15,4	12,3	16,7	0,2
Avvakta	40,8	47,3	43,3	49,1	-6,5
Totalt %	100	100	100	100	
Totalt antal	33 081	5 657	1 622	4 035	
Vårdnivå					
Ambulans	1,7	2,0	3,5	1,4	-0,3
Akutmottagning	11,8	7,9	7,4	8,2	3,9
Primärvård jourcentral	16,2	14,5	19,3	12,6	1,7
Primärvård dagtid	21,8	21,5	21,1	21,7	0,3
Specialist	6,1	5,4	3,5	6,2	0,7
Råd egenvård	40,2	45,5	37,7	48,8	-5,3
Uppföljning/avbruten uppföljning	0,6	1,7	5,6	0,3	-1,1
Övrigt	1,6	1,1	1,9	0,8	0,5
	100	100		100	

Det är inte alltid så att ett samtal räcker för att utreda vad som är bäst för patienten och ibland ringer sjuksköterskan upp patienten vid ett senare tillfälle för att få mer information hur tillståndet utvecklats för patienten, likväl som att patienten kan ringa igen i ett senare skede. Det var fler samtal per patient under helgen i båda länen och Jämtland har generellt sett fler samtal per patient med 1,24 samtal per patient jämfört med 1,16 i genomsnitt i Östergötland. Onsdagen var den dag som hade minst antal samtal i båda länen och mest antal samtal per dag var det under helgen i båda länen men skillnaden mellan vardag och helgdag var större i Jämtland jämfört med Östergötland.

På lördagen i Jämtland tas det emot 2,5 gånger fler samtal jämfört med onsdagen medan motsvarande ökning i Östergötland bara är 1,3 (d v s 30 % fler samtal). Det bör nämnas direkt att samtalen i Jämtland till 40 procent verkar komma från andra län än Jämtland, det är en stor andel samtal från Västernorrland, Gävleborg och Uppsala och samtalen från patienter i Västernorrland utgör 30 procent bland dem som valdes till enkätstudien och att patienter från Västernorrland dominerar bland utomlänspatienterna är att Örnsköldsviks kommun under 2008 hade ett avtal med sjukvårdsrådgivningen i Jämtland.

Tabell 3. Antal samtal och antal patienter per dag i urvalsveckan, vecka 43.

	Östergötland		Jämtland	
Dag i oktober 2008	Antal samtal	Antal samtal per patient	Antal samtal	Antal samtal per patient
Måndag	562	1,07	217	1,12
Tisdag	564	1,13	199	1,15
Onsdag	471	1,16	227	1,14
Torsdag	466	1,17	121	1,33
Fredag	503	1,15	190	1,31
Lördag	598	1,21	305	1,30
Söndag	639	1,25	284	1,41
Total	3803	1,16	1543	1,24

3.2 Enkätstudien

På frågan om vad för vård patienten ansåg sig vara i behov av visade att ungefär hälften, i båda länen, ringde för att få mer information om sin sjukdom och/eller hur de kunde lindra sina besvär. Den andra stora gruppen var de som ansåg sig behöva akutvård på en jour- eller akutmottagning (29 %). Det var inga skillnader mellan hur respondenterna i de båda länen bedömde sitt vårdbehov.

Tabell 4. Patientens egen bedömning av sitt vårdbehov eller förväntad vård (%).

Kolumnprocent	Jämtland	Östergötland	Totalt	Antal
Information om sjukdom och egenvård	48,6	47,3	47,9	278
Läkarbesök i primärvård	20,1	20,5	20,3	118
Jourmottagning	8,7	13,0	10,9	63
Akutmottagning	19,1	16,8	17,9	104
Annan vårdgivare	1,4	1,0	1,2	7
Uppgift saknas	2,1	1,4	1,7	10
Total %	100	100	100	
Totalt antal	288	292		580

I Östergötland är 1177 också kopplat som direktnummer till akut- och jourmottagningarna, och en fråga i enkäten gäller om patienterna från Östergötland ringt dit. Rådgivningsenheterna i landet har valt olika lösningar på detta och en fråga vi gärna vill besvara är om patienterna som ringt 1177 i syfte att komma i kontakt med akutsjukvården skiljer sig jämfört med de andra som ringt samma vecka. Resultaten visar att av dem som ringt till Akuten eller Jouren är inte alla rena akutfall men det är en klart större andel akuta patienter i de grupperna och de som ringer akutmottagningen eller jouren har en större andel kontakter med sjukvården efter samtalet. Även sjuksköterskornas bedömning visar på att det är olika profil beroende på brådskandegrad. Så har de t ex bedömt att dubbelt så många i gruppen som ringt akuten bör ha vård omgående jämfört med dem som ringt primärvårdsjouren eller sjukvårdsrådgivningen.

Tabell 5. Sjuksköterskans bedömning av brådskandegrad uppdelat efter typ av samtal.

Kolumnprocent	Ringt Akuten (1177)	Ringt Jour (1177)	Ringt 1177	Total andel	Totalt antal
Omgående	21,7	8,6	9,6	10,3	30
Inom 12 timmar	26,1	42,9	25,2	27,4	79
Nästa vardag	8,7	17,1	17,8	17,0	49
Avvakta	43,5	31,4	47,4	45,1	130
Total %	100	100	100	100	
Totalt antal	23	35	230		288

Två av tre av dem som ringt till Akuten har förväntat sig att få vård på akuten eller en jourmottagning och varannan som ringt jourmottagningen har förväntat sig detsamma. Motsvarande andel som ringt 1177 är en fjärdedel, så det är ungefär dubbelt så vanligt att de patienter som ringer till Akuten eller Jouren

anser att de har ett akut vårdbehov. Med hjälp av vårddatalagret kan vi få besked om vilken vård patienterna fick efter samtalet med rådgivningen.

Tabell 6. Patientens egen bedömning av sitt vårdbehov/förväntad vård uppdelat per typ av samtal i Östergötland.

Kolumnprocent	Ringt Akuten (1177)	Ringt Jour (1177)	Ringt 1177	Totalt
Information om sjukdom och egenvård	8,7	20,0	51,7	44,4
Läkarbesök i primärvård	17,4	28,6	22,6	22,9
Jourmottagning	17,4	37,1	8,7	12,8
Akutmottagning	47,8	14,3	14,3	17,0
Annan vårdgivare	0,0	0,0	2,2	1,7
Uppgift saknas	8,7	0,0	0,4	1,0
Total %	100	100	100	100
Totalt antal	23	35	230	288

Analyserna visar att både sjuksköterskans bedömning av brådskandegrad och patientens förväntade vårdbehov bara är indikatorer på var patienten faktiskt hamnar i vården. I många fall rekommenderar sjuksköterskan att patienten ska avvakta utvecklingen och om symptomen förvärras ombeds patienten söka akut eller så hänvisas patienten till primärvården. En del patienter tar kontakt med primärvården och får en läkartid eller tid på en distriktssköterskemottagning, andra inte. En del patienter söker alternativa sjukhusmottagningar som t ex barnmottagningen och får specialistvård utan att rådgivningen bokat tiden osv.

I följande tabell för Östergötland har vi slagit ihop de som ringt Akuten eller Jouren och grupperat efter vilken vård de fått inom en vecka. Utfallet baseras på hur patienten svarat i enkäten och den uppgiften är kontrollerad både med vårddatalagret och med sjuksköterskans journalanteckning. Av dem som ringt Akuten eller Jouren har tre av fyra haft minst en läkarkontakt efter samtalet (78 %) medan motsvarande andel är knappt hälften för dem som ringt 1177 (47 %). Ren akutvård på en akut- eller jourmottagning är dubbelt så vanligt förekommande bland dem som ringde till Akuten eller Jouren. Sammantaget visar analysen att det är dubbelt så vanligt med akuta patienter bland dem som ringer Akuten eller Jouren och att det är en avsevärt större andel i denna grupp som har ett läkarbesök efter samtalet jämfört med dem som ringer 1177.

Tabell 7. Utfall efter samtalet med 1177 uppdelat efter typ av samtal i Östergötland.

Kolumnprocent	Ringt akut eller jour	Ringt 1177	Total %	Totalt antal
Avvaktade eller ringde till En vårdcentral för att diskutera sitt fall	13,8	40,9	35,4	102
DSSK/Sjuksköterska primärvård/sjukhus	8,6	12,6	11,8	34
SVR ordnade telefonkontakt med primärvården Egen kontakt med primärvård för läkartid SVR bokade specialist Läkarbesök på sjukhus (BUM/Psyk/Annan)	29,3	22,2	23,6	68
SVR bokade jourläkare Till akutmottagning på egen hand SVR ordnade Ambulans	48,3	24,3	29,2	84
Total %	100	100	100	
Totalt antal	58	230		288

3.3 Patienttillfredsställelse och förväntad vårdnivå

Alla enkätfrågor om kvalitet på rådgivningen, patientens hälsa och vård-konsumtion m.m. är inte möjliga att redovisa i denna studie där vi begränsar resultaten till nytta av rådgivningen. Men det är ganska intressant att se om patienternas betygsättning av verksamheten påverkas av de råd som blir resultatet av kontakten med 1177. I de kommande beräkningarna delas patienterna in i tre huvudgrupper, de som rekommenderades den vård som de hade tänkt sig själva från början, de som rekommenderades en lägre vårdnivå och de som uppmanades att söka en högre, mer akut vårdnivå. Det är klart att det känns bäst för patienten att man är överens med sköterskan om den rekommenderade vårdnivån och det är rimligt att anta att de som hamnar på en lägre vårdnivå än vad de tänkt från början inte är lika överens om det beslutet som de som hamnar där de tänkt eller t o m mer akut än vad de tänkt. Mycket riktigt så finner vi den minsta andelen patienter som upplevde att de var överens med rådgivningen bland dem som rekommenderades eller hamnade på en lägre vårdnivå. I den gruppen var 7 av 10 patienter överens med sköterskan att det var rätt vårdnivå medan över 9 av 10 var överens med sköterskan i gruppen som rekommenderades mer akut vård än vad de själva tänkt från början. Uppdelat per län visade det sig att det inte var någon signifikant skillnad i Jämtland men att sambandet mellan förväntad vårdnivå och nöjdhet fortfarande var signifikant i Östergötland.

Tabell 8. Andel patienter som var överens med sjukvårdsrådgivningen uppdelat per grupp som rekommenderats olika vårdnivå.

Radprocent	Inte överens 1-3	Varken eller 4-5	Överens 6-7	Total %	Antal
Mindre akut nivå än förväntat	17	14	69	100	115
Samma nivå	7	10	83	100	365
Mer akut nivå än förväntat	2	10	88	100	67
Totalt %	9	11	80	100	
Totalt antal	47	61	439		547
Chi2: 18,9 Probability: 0.001					

Att patienterna inte är lika nöjda med sjukvårdsrådgivningen när de inte är riktigt överens om vilken typ av vård som är mest adekvat i deras fall är ganska lätt att förstå och följande tabell visar skillnaderna i hur man bedömer helhetsintrycket av sjukvårdsrådgivningen beroende på om man upplevt sig vara överens eller inte. Av dem som inte var nöjda med sjukvårdsrådgivningen 1177 var två av tre patienter inte heller överens om de råd de fick. Bland dem som var uttalat nöjda med sjukvårdsrådgivningen som helhet var det väldigt få som inte var överens med sköterskan om de råd om vård som de fick och de beslut som togs. Sammantaget var det var femte patient som inte ansåg sig vara överens med sjuksköterskan, 22 procent i Jämtland och 19 procent i Östergötland.

Tabell 9. Andel patienter som var överens med sjukvårdsrådgivningen uppdelat efter graden av nöjdhet med densamma.

Radprocent	Inte överens 1-5	Överens 6-7	Total %	Antal
Inte alls eller inte helt nöjd med 1177	67	33	100	127
Nöjd med 1177	6	94	100	427
Total %	20	80	100	
Totalt antal	111	443		554
Chi2: 226,1 Probability: <0.001				

Helhetsintrycket av en vårdkontakt präglas till stor del av vilket bemötande patienten anser sig få och sjukvårdsrådgivningen är inget undantag. Men här präglas helhetsintrycket också av i vilken utsträckning som man är överens om beslut och råd. Ju mer överens patienten anser sig vara med de råd som gavs och beslut togs desto mer nöjd är man med bemötandet.

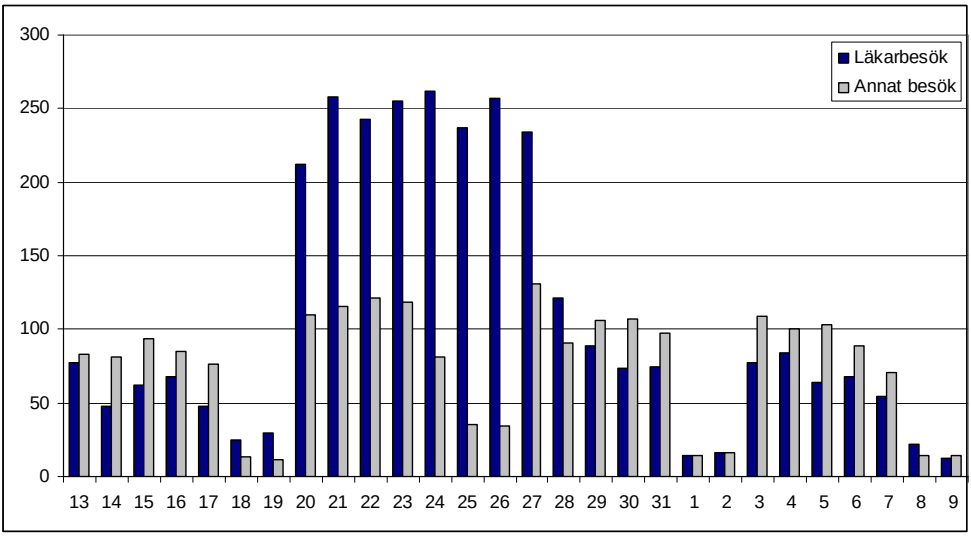
Tabell 10. Andel patienter som var överens om rådgivningen uppdelat efter graden av nöjdhet med bemötandet av sjuksköterskan på sjukvårdsrådgivningen.

Radprocent	Inte överens 1-5	Överens 6-7	Total %	Antal
Inte alls nöjd med bemötandet, 1-3	85	15	100	40
Inte helt nöjd med bemötandet, 4-5	44	56	100	97
Nöjd med bemötandet, 6-7	7	93	100	419
Total andel	20	80	100	
Totalt antal	111	445		556
Chi2: 200,0 Probability: <0.001				

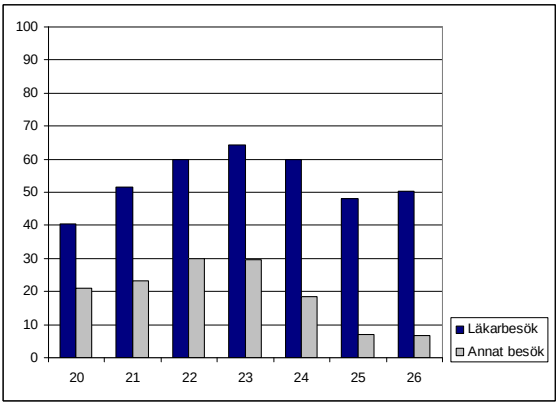
3.4 Vårddatalagret

Urvalsveckan började måndagen den 20 oktober i vecka 43 och pågick t o m söndagen 26 oktober (dag 20 till 26), det är också dessa dagar plus den påföljande måndagen (dag 27) som har den största andelen läkarbesök under den studerade perioden. Jämfört med veckan innan det registrerade samtalet med 1177 är det en tredubbling av läkarbesöken. Utvecklingen för besök hos andra vårdgivare är inte alls lika påtaglig, det sker en viss ökning men den är måttlig.

Figur 3. Totalt antal besök per dag hos läkare eller annan vårdgivare i Östergötland som patienterna i vecka 43 har gjort under perioden 13 oktober – 9 november.



Figur 4. Andel patienter från vecka 43 som gör ett läkarbesök eller annat besök i sjukvården i proportion till antalet patienter som ringt respektive dag (procent).



Registreringen i vårddatalagret visar att 5 procent hade gjort ett besök i vården någon gång veckan innan samtalet med 1177 men dessa gjorde därefter inget nytt besök efter samtalet med rådgivningen medan 10 procent av alla patienter hade en registrerad vårdkontakt både innan och efter samtalet. Totalt gjorde 42 procent av alla som ringde någon form av läkarbesök inom en vecka efter samtalet, lite mer än 60 procent av dessa läkarbesök skedde samma dag och inom en dag efter samtalet hade 80 procent gjort detta läkarbesök. För andra typer av vårdkontakter gällde att hälften av kontakterna skedde samma dag och 70 procent hade skett inom en dag efter samtalet.

Tabell 11. Första registrerade besök i sjukvården i Östergötland inom en vecka efter samtalet med 1177.

Typ av besök	Antal	Andel (%)
Läkare Akutmottagning jour	204	6,6
Läkare Akutmottagning dagtid	89	2,9
Läkare Sjukhus	221	7,2
Läkare Jourcentral	237	7,7
Läkare Primärvård	557	18,1
Totalt	1 308	42,5
Sjuksköterska Akutmott	2	0,1
Sjuksköterska Jourcentral	15	0,5
Sjuksköterska Sjukhus	67	2,2
Dssk Hembesök	33	1,1
Dssk mottagning	208	6,8
Arbetsterapeut/sjukgymnast Sjukhus	41	1,3
Arbetsterapeut/sjukgymnast Primärvård	31	1,0
Totalt	391	13,0
Inget besök inom 1 vecka efter 1177	1375	44,6
Totalt antal i Östergötland	3080	100

3.5 Vårdkostnader

Det är naturligtvis väldigt svårt att få fram generella kostnader vad ett patientbesök i kostar i termer av resurser. På detaljnivå finns det beräknade kostnader och dessa varierar mellan varje specialitet. Landstingen i Östergötland, Jönköping och Kalmar län har en gemensam prislista för regional vård som kan tjäna som utgångspunkt hur vi kan skapa en del prislappar. I Östergötland 2008 kostade t ex ett läkarbesök inom geriatrik, psykiatri eller neurologi cirka 2 600 kr, ett läkarbesök på Öronkliniken var något billigare medan ett nybesök på Kardiologiska kliniken debiterades med 4 870 kr och ett läkarbesök på Barn- och ungdomsmedicin debiterades med 3 300 kr.

Ambulanstransporter debiteras med 70 kr per km men har en lägsta startavgift på 700 kr, en transport inom tätorten på 20 km kostade 1400 kr medan 100 km mellan tätorterna utgör en kostnad lika med 7 000 kr. Viss akutsjukvård bedrivs endast på Universitetssjukhuset i Linköping vilket kan medföra längre transporter än närmaste akutmottagning. Både framkörning och själva transporten ingår i kilometerpriset. Till kostnaden för ambulanssjukvård läggs kostnaden för ett läkarbesök på en akutmottagning.

Till annan vårdgivare räknas sjukgymnaster, kuratorer, arbetsterapeuter och psykologer och där är kostnaden någorlunda lika oberoende av vårdform. Kostnaderna för hembesök varierar något beroende på om det sker inom primärvård eller sjukhusvård. Ett hembesök av en psykolog eller sjukgymnast debiteras med ungefär 2 500 kr. Patientens egna kostnader för resor utgår från beräkningen och eventuell egenvårdsavgift dras av från debiteringen men ingår i kostnaden. Kostnaden för ett besök hos annan vårdgivare som tandläkare, kiropraktor, naprapat m fl sätts till 1 000 kr.

Om vår ansats hade varit mer samhällsekonomisk hade vi även behövt ta fram en del kostnader för egenvård, resor, produktionsbortfall mm.

Tabell 12. Schablon för vårdkostnader utifrån Landstingens prislista 2008.

Läkarbesök vårdcentral	1 500
DSSK/vårdcentral/hembesök	800
Annan vårdgivare i primärvård eller sjukhusvård	1 300
Läkarbesök jourcentral	3 000
DSSK/jourcentral	1 200
Läkarbesök akutmottagning	4 500
Ambulanssjukvård (30 km) inklusive läkarbesök på akutmottagning	6 600
Läkarbesök specialistmottagning.	2 750
Hembesök läkare (sjukhus)	4 900
Läkarbesök privat med avtal (SKL 2006)	900

För de vanligaste vårdformerna kan relationerna i kostnader vara lite vägledande; så är t ex ett läkarbesök på en jourcentral i primärvården dubbelt så dyrt som ett läkarbesök på en vårdcentral. Ett läkarbesök på en akutmottagning är satt till att vara tre gånger så dyrt som ett läkarbesök på en vårdcentral. Med ett läkarbesök menas den första delen som innebär att patienten undersöks och diagnosticeras. En del prover och test kanske genomförs för att kunna fastställa diagnos och vårdbehov, men en eventuell behandling ska inte belasta kostnaden för ”besöket”.

Kostnaden för läkarbesök privat med avtal skiljer sig från de andra kostnaderna och detta har sin grund i att värdet gäller ersättningen ”normalt arvode” enligt den nationella taxan 2006 som då varierade mellan 620 till 1 120 kr per besök. Specialistläkaren får dessutom patientavgiften i ersättning men eftersom vi inte har med patientavgiften för de andra beloppen så utgår det för kostnaden för specialistläkare också. Man kan ändå tycka att ersättningen till specialistläkaren är relativt låg jämfört med kostnaden för ett läkarbesök i primärvården eller ett

besök hos specialist på sjukhus. Skillnaden kan kanske delvis förklaras av mindre OH-kostnader och att tiden per patientbesök är kortare.

3.5.1 Kostnader för rådgivning

Pilotstudien kunde visa att under januari 2008 registrerades 20 940 korrekt avslutade samtal i Östergötland och 93 procent av dessa hade fått en journal i SVR-systemet medan övriga 7 procent räknas som upplysningssamtal. Det är väl inte helt rätt att sätta värdet på upplysningssamtalen till noll, de som ringer får ju svar på en fråga men det är inte rådgivning och det går åt tid att besvara dessa frågor utan någon synbar ”vinst” relaterat till sjukvård.

Inom en vecka från det första registrerade samtalet tar många patienter åter kontakt med rådgivningen, ofta samma dag. I urvalsveckan visade det sig att 18 procent av samtalen bestod i upprepade kontakter. Utav hela volymen utgör dessa samtal 17 procent, tillsammans innebär detta att för att hjälpa 83 patienter genomförs i genomsnitt 100 samtal. Det råder således inget 1 till 1 förhållande mellan samtal och vårdkontakter eller egenvård. Varje ärende bör därför tilldelas en vikt större än 1 och i vårt fall tyder våra resultat på att 1,25 kan vara en rimlig vikt per ärende. Kostnaden per patient blir då kostnaden per samtal och år multiplicerat med 1,25.

Tabell 13. Utgiftsposter för rådgivningsverksamheten i Östergötland.

Personalkostnad 1177 inklusive LKP och OH	13 mkr
Telefonrådgivningens andel	0,85
Avgift per invånare till SVR	4,2 mkr
Övrigt (vår uppskattning)	1,75 mkr
Totala kostnader	17 mkr
Antal samtal med journal/år	200 000
Kostnad per journalfört samtal	85 kr
Kostnad per patient	106 kr

3.5.2 Sjukvårdsrådgivning till sjukvården

Även personal i sjukvården använder sig av sjukvårdsrådgivningens tjänster och för att utreda omfattningen av den typen av samtal lät vi de som sköter driften av Landstingets telefonväxel att logga alla samtal till 1177 under två veckor i april 2009. Under den perioden registrerades 350 och av dessa gick nära hälften att härleda som inkommande och vidarebefordrade samtal från annat nummer än landstingets egna (47 %). Den typen av samtal är en variant av att allmänheten ringer till 1177, fast indirekt via landstingsväxeln eller något internnummer.

De samtal som sjukvårdpersonal ringde under perioden var 185 stycken. Volymmässigt blev det i genomsnitt 13 samtal per dag från Landstinget i Östergötland till 1177. I efterhand har det dock visat sig att sjukvårdens personal även kan ringa ett annat nummer till rådgivningen så därför måste dessa siffror kompletteras med en loggning av det andra numret för att hela omfattningen av denna tjänst ska kunna beräknas.

3.6 Kostnadskalkyler

Beräkningen av eventuella vinster med rådgivningen görs i flera steg där resultatet från vecka 43 extrapoleras till att gälla hela året. I både Jämtland och Östergötland har svaren från enkäten kunnat stämmas av med journal-anteckningarna från rådgivningen men avstämningen med vårddatalagret har bara gjorts för patienterna i Östergötland. Detta leder till två huvudresultat, ett gemensamt för båda länen och ett specifikt för Östergötland. Svarsprofilen för brådskandegrad skiljer sig inte åt för de som svarat på enkäten och hela urvalet för vecka 43 men Östergötland och Jämtland ihop avviker något från den totala rådgivningen i riket så generaliserbarheten är inte hundraprocentig.

Patienterna kan både överskatta och underskatta sitt vårdbehov och några typfall på detta beskrivs i bilagan. När patienten överskattar sitt vårdbehov och rådgivningen leder till att patienten söker vård på en mindre kostsam nivå är vinsten uppenbar medan det är mer oklart hur vinsten ska beräknas när patienten underskattar sitt vårdbehov. I de fallen har vi valt en liknande lösning som Marklund et al presenterar i sin artikel från 2007, de menar att när det är klart att patienten underskattar sitt vårdbehov och rådgivningen rekommenderar en kontakt med akutsjukvården så sparas ett läkarbesök i primärvården. Marklund et al hade dock den fullständiga sjukvårdsjournalen tillgänglig för att kunna bedöma om rekommendationen till akutvård var relevant. Den informationen saknar vi och därför gör vi lite olika beräkningar på hur stor andel av de underskattade fallen som hamnade på rätt vårdnivå efter rådgivningen.

Den tredje patientgruppen är de som söker den vård som de tänkt från början och där detta är i linje med vad rådgivningen rekommenderar. Den gruppen utgör något mer än hälften i enkätstudien (55 %). I vart femte fall hamnar patienten på en mindre kostsam vårdnivå och i ungefär vart tionde fall hamnar patienten i akutsjukvård fast de inte ansåg sig behöva det innan de ringde 1177.

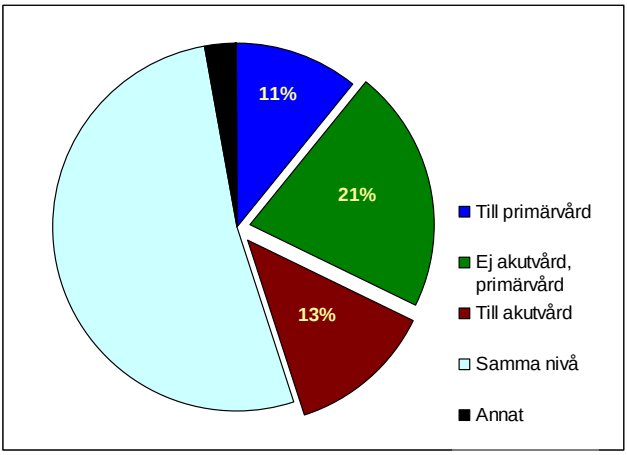
3.6.1 Resursberäkning för Östergötland

För de ingående värdena för beräkning av vinsten med sjukvårdsrådgivning per telefon i Östergötland är antagandet att; 160 tusen patienter gör 200 tusen samtal

per år och att varje samtal kostar 100 kr. Varje dokumenterat ärende kostar då 125 kronor och totalt 20 miljoner kronor för hela verksamheten på ett år. Beräkningarna på lönekostnader, overhead och avgift till SVR AB ger en något lägre kostnad per patient med cirka 15 kr per samtal men eventuell överföring av personal mellan rådgivning och Internet gör att 100 kronor per journalfört samtal ändå är ett rimligt pris. Man bör dock vara medveten om att med denna prislapp så bär rådgivningen per telefon kostnaden för ett antal olika tjänster som rådgivning till annan sjukvårdpersonal, räddningstjänst och polis. Upplysningsverksamheten som nämnts tidigare med information vart man kan vända sig och när olika verksamheter har öppet mm.

I hälften av fallen ändrade inte rådgivningen förväntad vårdnivå (52 %), rådgivningen bidrog till en mindre kostsam vårdnivå i vart femte fall (21 %) och de höjde vårdnivån till akutvård, jourcentral, akutmottagning eller ambulans i vart åttonde fall (13 %). I vart tionde fall (11 %) hade patienterna inte förväntat sig någon sjukvård men resultatet blev att patienterna gjorde ett besök i primärvård efter samtalet, antingen hos läkare eller hos sjuksköterska. För dessa fall ges effekten värdet noll, även om det kan innebära en vinst i form av att patienten får vård och bedömning innan symptomen eller prognosen försämras. Tre procent av enkätsvaren gick inte att hänföra till någon kostnadsrelevant post. Sammantaget kan det konstateras att rådgivningen i Östergötland medverkar till en styrning av patientflödet i 45 procent av alla fall och det måste betecknas som en aktiv verksamhet.

Figur 5. Andel patienter i Östergötland som utifrån sina förväntningar får ändrad vårdnivå.



I den första kalkylen beräknas vinsten på de fall som lett till en mindre kostsam vårdnivå (ej akutvård) och det ger en vinst motsvarande en miljon kronor per

vecka (CI: 730-1 300 tkr) och 53 miljoner kronor per år (CI: 38-68 mkr). I den andra kalkylen tas även vinsten med för de som rekommenderas akutvård där vinsten består i ett uteblivet läkarbesök i primärvård, totalt blir då vinsten 1 560 000 kr kronor per vecka (CI: 1,1-2,0 mkr) och 81 miljoner kronor per år (CI: 58-105 mkr). Vinsten med ett uteblivet läkarbesök i primärvård till förmån för läkarbesök i akutsjukvård är dock ett mer osäkert utfall än när patienten rekommenderas en lägre vårdnivå.

3.6.2 Känslighetsanalys på osäkra fall i Östergötland

Eftersom de fall där patienterna underskattat sitt vårdbehov och rekommenderas att göra ett akut omhändertagande är lite mer osäker än när patienterna överskattar sitt vårdbehov måste ett resonemang i form av en sorts känslighetsanalys göras. Telefonrådgivning kan inte fungera helt perfekt, dels kan rådgivningen missa akutfall och dels kan de tro sig identifiera eller misstänka att det rör sig om ett akutfall men en uppföljning på en läkarmottagning kan visa att så var inte fallet. Sjuksköterskan gör så gott det går med den information hon eller han får men ingen mänsklig verksamhet kan ha 100 procent rätt hela tiden. Det är också viktigt att poängtera att sjuksköterskan inte tar alla beslut själv när det gäller misstänkt akuta patienter. Under dagtid kopplar rådgivningen ibland patienten vidare till en läkare på en vårdcentral eller hälsocentral, eller så rådgör sjuksköterskan med en specialist eller sjuksköterska på en sjukhusmottagning som istället ger den slutliga rekommendationen. Detta verkar vara vanligare i Jämtland och inte så ofta förekommande i Östergötland. Här följer några utdrag från journalerna som visar hur andra delar av vården tar över patienten eller ger råd och rekommendationer:

- *”Överlämnat till Östersund dsk”*
- *”Lämnar till DL, Sveg”*
- *”Pratar med hälsocentral och de ska ringa upp patienten om ca 30 min”*
- *”Feber efter kejsarsnitt, kontaktar gyn. jouren - får åka till akuten”*
- *”Pacemaker, smärta runt den - har pratat med doktor i Krokom som tycker att patienten skall åka till akm”*
- *”Ringer Mantorp vårdcentral de tar över ärendet”*
- *”Kopplar över till ögonmott.”*

Vad vi är intresserade av är vilka volymer det är på de patienter som styrs till en nivå som i slutändan inte är helt adekvat? I det ena fallet kan det bli ett besök i primärvården för mycket och det tar längre tid innan patienten hamnar rätt medan det i det andra fallet hade räckt med en remittering till primärvården och ett akutbesök hade sparats.

För att veta om patienten hamnade helt rätt måste vi ha information om vad som framkom vid vårdkontakten och det har vi inte. Marklund et al däremot gick

igenom journalen för alla fall som de kunde hitta och bedömde därefter relevansen i rådgivningen. De fann att sköterskans dokumentation om patienternas besvär var adekvat i 99 procent av fallen medan den medicinska rådgivningen i ett par procent av alla undersökta fall ledde till onödig akutvård, något fall som hade rekommenderats en för låg vårdnivå verkar inte ha påträffats i deras studie. Det är bra resultat men dessa 2 procent (8 patienter) ska relateras till andelen akuta patienter i studien. Marklund et al fann i sin studie att 57 fall av 333 bestod av patienter som fick akutsjukvård. Av dessa hade sjuksköterskan rekommenderat 54 stycken att söka akutvård och 8 av dessa bedömdes inte som akuta fall vid uppföljningen av sjukhusjournalerna. Det motsvarar 15 procent av de akutfall som rådgivningen rekommenderat. Med ett Z-test kan vi bestämma att konfidensintervallet (CI, 95%) runt dessa 15 procent är mellan 5-25 procent. Det innebär att vi bör räkna ner vinsten i den storleksordningen för alla akuta fall för att korrigera för kostnaderna för en viss överkonsumtion av vård.

I Östergötland fann vi 30 fall där vårdnivå var satt till akutmottagning eller ambulans och där detta var verifierat med vårddatalagret. Om 15 procent (CI: 5-25 %) av dessa inte är helt medicinskt motiverade blir det en reducering av vinsten med 80 tkr. Den slutliga beräkningen för Östergötland ger då en vinst för vecka 43 på 1 miljon kronor för de fall som överskattat sitt vårdbehov och ytterligare en vinst med 480 tkr (CI: 420-530 tkr) för de som underskattat sitt vårdbehov beroende på vilka antaganden vi gör om kostnaderna för dessa osäkra fall som undersökts eller vårdats akut. Det är inte korrekt att addera denna justering till det tidigare beräknade konfidensintervallet eftersom osäkerheten redan ryms i det intervallet, däremot kan vi justera ned intervallet med 4 miljoner per år.

Slutkalkylen för effekten (E_1) av rådgivningen i Östergötland blir då 77 mkr (CI: 54-101 mkr) enligt formeln

$E_1 = 73 – 20 + 28 – 4 = 77$

Där 73 är bruttoeffekten för de fall som prioriteras ned,
20 är kostnaden för rådgivningen,
28 motsvarar effekten för de som prioriteras upp
och 4 är korrigering för de osäkra fall där vi kan anta att en lägre vårdnivå varit tillräcklig.

Mycket tyder på att rådgivningen inte kostar så mycket som 20 mkr/år eftersom sjuksköterskorna på SVR utför många andra tjänster som inte är rådgivning till externa patienter. Om istället årskostnaden är 17 mkr istället för 20 ökar värdet av effekten till 80 mkr per år (v g se *Tabell 13. Utgiftsposter för rådgivningsverksamheten i Östergötland.*). Ett annat sätt att beskriva värdet av rådgivningen är att beräkna effekten i förhållande till investeringen. När ett rådgivande samtal kostar 100 kr så frigörs i Östergötland resurser motsvarande

485 kr (CI: 370-605 kr) vilket indikerar en avkastning motsvarande 4 till 6 kr per investerad krona. Denna avkastning fås vid en kostnad av 20 mkr/år för en volym på 200 000 rådgivande samtal och en effekt motsvarande 97 mkr/år.

3.6.3 Beräknad kostnadsrelation i förhållande till alla patientkontakter i vecka 43 i Östergötland

Uträkningar i kronor blir efter en tid inaktuella och måste justeras mot inflation eller förändrade prislappar. Därför är det av intresse att också redovisa utfallet i andra termer. Vi har tidigare noterat att Östergötland har en mindre andel akuta fall och större andel egenvårdsråd jämfört med rådgivningen i Jämtland och övriga riket, ändå utgör antalet akuta fall en ganska stor del av patienterna. När vi räknar på uppgifterna ifrån vårddatalagret finner vi att nära två tredjedelar av de totala kostnaderna för patienterna i studien är för akutsjukvård. Här har vi tagit hänsyn till att en del besök, som besök hos arbetsterapeut och sjukgymnast, inte påverkas av rådgivningen och därför utgår ur volymen. Så utav de totala kostnaderna på 5,4 miljoner kr kan 3,4 miljoner hänföras till besök på jour- eller akutmottagningarna i länet. Ifall sjukvårdsrådgivningen har minskat antalet besök i sjukvården med värdet 1 miljon kr under veckan motsvarar det en kostnadsreducering med 18 procent. Vinsten med färre läkarbesök i primärvård med 460 tkr adderar ytterligare 9 procent så vinsten med rådgivningen kan sägas motsvara ungefär en fjärdedel värdet av vad alla påverkningsbara vårdkontakter kostade under vecka 43 för dessa patienter (CI: 18-36 %). I ett hypotetiskt fall utan någon telefonrådgivning hade verksamheten fördyrats med cirka 25 procent för 3 080 patienter.

Ett annat utfallsmått som använts i tidigare studier är vinsten eller besparingen per capita. Med en samtalsvolym runt 200 000 samtal per år är Östergötland i paritet med tidigare studier där man räknat med 0,5 samtal till 1177 per invånare och år. Den framräknade besparingen med 77-80 mkr motsvarar 183-190 kr per capita och år när befolkningen består av 420 000 östgötar. Det är avsevärt lägre än de över 300 kr per capita som förutspåddes i rapporten ”Vårdråd direkt” men i linje med den besparing som Marklund et al kom fram till i sin artikel 2007.

3.6.4 Resursberäkning för Jämtland

De motsvarande värdena för beräkning av vinsten med sjukvårdsrådgivning per telefon i Jämtland blir lite speciell eftersom en sådan stor del av patienterna inte vänder sig till sjukvården i Jämtland ifall de behöver en vårdkontakt efter samtalet men någonstans i de andra länen får vi effekter (framför allt i Västernorrland och Gävleborg). För 64 700 patienter som gör 80 900 samtal per år där varje samtal kostar 100 kr ger en totalkostnad på lite över 8 miljoner

kronor. Vi använder en lite högre kostnad per fall i Jämtland eftersom de hade fler samtal per patient jämfört med Östergötland.

I 59 procent av fallen ändrade inte rådgivningen i Jämtland förväntad vårdnivå, rådgivningen bidrog till en mindre kostsam vårdnivå i vart femte fall (20 %) och de höjde vårdnivån till akutvård, jourcentral, akutmottagning eller ambulans i något mer än var tionde fall (11 %). I 8 procent av fallen hade patienterna inte förväntat sig någon sjukvård men resultatet blev att patienterna gjorde ett läkarbesök i primärvård efter samtalet. Dessa räknas som de fall där ingen förändring sker i vårdnivå enligt tidigare resonemang för Östergötland. Fyra procent av enkätsvaren gick inte att hänföra till någon kostnadsrelevant post. Sammantaget kan det konstateras att rådgivningen i Jämtland medverkar till en styrning av patientflödet i 39 procent av fallen och det måste betecknas som en aktiv verksamhet även om det är något mindre jämfört med Östergötland. Det är viktigt att komma ihåg den större andelen jourtidssamtal i Jämtland vilket påverkar patientsammansättningen och deras behovsgrad.

I den första kalkylen beräknas vinsten på de fall som lett till en mindre kostsam vårdnivå och det ger en vinst motsvarande 290 000 kronor per vecka och 15 miljoner kronor per år. I den andra kalkylen tas även vinsten med för de som rekommenderas akutvård där vinsten består i ett uteblivet läkarbesök i primärvård. Totalt blir då vinsten 500 tkr kronor per vecka och 26 miljoner kronor per år. Vinsten med ett uteblivet läkarbesök i primärvård till förmån för läkarbesök i akutsjukvård är dock ett mer osäkert utfall än när patienten rekommenderas en lägre vårdnivå och därför görs en likadan nedjustering för osäkra fall som för Östergötland.

3.6.5 Känslighetsanalys på osäkra fall i Jämtland

I Jämtland fann vi 28 fall där vårdnivån var satt till akutmottagning eller ambulans och detta stämde med enkätsvaren. Utifall 15 procent av dessa inte är helt medicinskt motiverade Om 15 procent (CI: 5-25 %) av dessa inte är helt medicinskt motiverade blir det en reducering av vinsten med 30 tkr. Den slutliga beräkningen för Jämtland ger då en vinst för vecka 43 på 290 tkr för de fall som överskattat sitt vårdbehov och ytterligare en vinst med 175 tkr (CI: 160-195 tkr) för de som underskattat sitt vårdbehov beroende på vilka antaganden vi gör om kostnaderna för dessa osäkra fall som undersökts eller vårdats akut. Det är inte korrekt att addera denna justering till det tidigare beräknade konfidensintervallet eftersom osäkerheten redan ryms i det intervallet, istället justerar vi ned intervallet med 1,6 mkr per år. Beräkningsunderlaget återfinns i bilagan.

Slutkalkylen för effekten (E_2) av rådgivningen i Jämtland blir då 24 mkr (CI: 13-36 mkr) enligt formeln

$E_2 = 23,8 – 8,7 + 10,8 – 1,6 = 24,3$
Där 23,8 är bruttoeffekten för de fall som prioriteras ned,
8,7 är kostnaden för rådgivningen,
10,8 motsvarar effekten för de som prioriteras upp,
och 1,6 är korrigering för de osäkra fall där vi kan anta att en lägre vårdnivå varit tillräcklig.

På liknande sätt som för Östergötland kan avkastningen per samtal (á 100 kr) beräknas till 410 kr (CI: 290-580) vilket är något lägre än för Östergötland.

3.7 Gemensamt resultat för Jämtland och Östergötland

Rådgivningen i Jämtland har fler journalförda samtal per capita jämfört med Östergötland men det beror på att de cirka 40 procent av samtalen kommer från andra landsting. Tar vi hänsyn till det blir antalet samtal per capita i Jämtland 0,40 och 0,48 samtal per capita i Östergötland. Så även att det var något fler samtal per patient i Jämtland gör nog styrningen till jourtid i Jämtland att större andel av befolkningen utnyttjar tjänsten i Östergötland. Statistik för de första månaderna 2009 tyder också på att antalet samtal ökar i Östergötland, så medan rådgivningen sedan många år är helt inarbetad i Jämtland har Östergötland troligen en bit kvar att växa och skillnaden i antal samtal per capita kan mycket väl öka.

Sjukvårdsrådgivningen i de båda länen ändrar förväntad vårdnivå i 38-46 procent av alla fall varav 17-24 procent är till en lägre vårdnivå, båda dessa intervall är 95 procents konfidensintervall på de samlade genomsnitten 42 respektive 21 procent. I studien av Nordling, 2001, styrdes 40 procent av patienterna i Jämtland och 49 procent i Malmö till en annan vårdnivå än vad de tänkt från början.

Styrningen av patienter leder till 50 000 korrigerade vårdkontakter per år, varav 12 tusen tack vare rådgivningen i Jämtland och 38 tusen i Östergötland. Till detta kan läggas läkarbesök som sker på en högre nivå än vad patienten själv tänkt från början i storleksordningen av 8 tusen besök i Jämtland och 17 tusen besök i Östergötland. Hur stor del som är helt uteblivna läkarbesök, där patienten förväntat sig att besöka en läkare men där egenvård eller besök hos en distriktssköterska eller sjuksköterska har varit tillräcklig vård en vecka efter samtalet är säkrast att beräkna på materialet i Östergötland. Den andelen är ungefär 15 procent av alla fall vilket skulle motsvara 24 000 besök i Östergötland

Resursvinsten per capita är bara relevant att räkna fram för Östergötlands del på grund av den stora andelen patienter från andra län i Jämtland. I Östergötland blev resursvinsten 190 kr per capita om vi väljer den lägre samtalskostnaden och med en dyrare samtalskostnad får vi 180 kr i Östergötland. I Nordlings studie beräknades motsvarande vinst per capita i Jämtland till 120 kr i 2008 års priser och denna lägre siffra kan delvis bero på att vi har använt debiteringstaxan för Östergötland, Jönköping och Kalmar i våra beräkningar och vården blir därmed dyrare och resursvinsterna större. Men också att patienter som uppmanades att söka vård på en akutmottagning inte ingick i den tidigare studien för Jämtland, vilket reducerar eventuella vinster med det.

3.7.1 En uppskattning av effektiviseringspotentialen för riket

Effekten av rådgivningen kan delas in i två delar; de som prioriteras ned och de som prioriteras upp. Den samlade bruttoeffekten för de som prioriterades ned i Östergötland beräknades till 73 mkr vilket motsvarar 174 kr per capita, när vi sedan lägger till effekten av dem som prioriterades upp hamnar vi på 240 kr per capita. Inte riktigt alla svenskar kommer att anslutas till 1177 men för 8,5 miljoner svenskar skulle en nationell telefonrådgivning motsvara en årlig resursbesparing på 2 miljarder kronor. Av detta skulle 1,5 miljard genereras av färre läkarbesök i akutvården och resterande cirka 500 miljoner kronor vara effekten av färre läkarbesök i primärvården. Detta fås till en kostnad på 50 kr per capita, som sammanslaget blir 425 miljoner kronor per år. Denna kostnad härleds ur ekvationen där ett samtal beräknas kosta 100 kronor och varje person antas göra i snitt 0,5 samtal per år.

3.8 Resultat från 2008 års kvalitetsuppföljning i Jämtland och Östergötland

Sjukvårdsrådgivningen SVR AB genomför årligen intervjuundersökningar där patienter som nyttjat 1177 följs upp med en telefonintervju. Undersökningarna genomförs av Ipsos Eureka och 2008 samlades det in svar från 454 personer i de båda länen. Av dessa uppgav 84 procent att de följt råden från sjuksköterskan ”Helt och hållet” medan den resterande delen inte var lika tydlig på i vilken utsträckning som de verkligen hade följt råden.

Av dem som uppgav att de hade följt råden var det 17 procent som hade lotsats vidare till någon annan ansvarig inom sjukvården, så för denna andel vet vi inte heller det slutliga utfallet i form av egenvård eller läkarbesök. Efter rensning av dessa osäkra fall återstod 317 fall att räkna på. Svarsalternativen i intervju-studien är inte helt jämförbara med svarsalternativen i vår enkät men det går ändå att utläsa att rådgivningen skilde sig från patientens förväntningar i 38

procent av fallen. Bland dessa patienter med total följsamhet var det vanligare att patienten rekommenderats en högre vårdnivå än tvärtom. I gruppen med sämre följsamhet hade sköterskan i avsevärt mindre utsträckning givit rådet att uppsöka akuten till de patienter som hade väntat sig det, endast 15 procent av dem som hade tänkt söka akutsjukvård fick också det rådet av sjuksköterskan.

I en tredjedel av de 317 fallen uppgav de intervjuade att om inte tjänsten 1177 hade funnits så hade de ringt till en vårdcentral/hälsocentral eller en jour- eller akutmottagning. Det blir ju lite redundant, framförallt i Östergötland eftersom jour- och akutmottagningarna där bemannas av 1177 när det gäller telefonin.

Med lite annan utformning på frågorna i den årliga kvalitetsuppföljningen skulle mer tillförlitliga mätningar på rådgivningens inflytande på patientflödet säkert kunna göras. Framförallt att man frågar om vad patienten gjorde efter besöket i termer av egenvårdsråd eller läkarbesök och vårdkontakter för den aktuella åkomman, eller att svaren kopplas till det patientadministrativa systemet så man med säkerhet vet vad som hänt med patienten efter rådgivningssamtalet. Samt kanske att alternativet att ringa någon annan rådgivare inte blir ett alternativ till vilken vård man förväntade sig innan samtalet med 1177.

4. DISKUSSION OCH SLUTSATSER

4.1 Avgränsning

Vad vi gjort när vi beräknat effekterna av rådgivningen är en avgränsad beräkning på kostnader och vinster för landstingens verksamhet, en typ av kassaberäkning. Ett alternativ skulle vara att även inkludera patienternas kostnader och vinster men till det saknar vi mycket uppgifter, studien av Nordling 2001 inkluderade dock ett samhällsekonomiskt perspektiv.

En kostnad är förstås patientavgiften som 2008 i Östergötland varierade mellan 50 till 250 kr beroende på typ av besök. Patientavgiften tillkommer dock landstinget så det blir från landstingets perspektiv istället en intäkt med det lite omvända förhållandet att patienter som rekommenderas till att avvakta eller att inte söka akutvård leder till en minskad intäkt. Men då patientavgiften, beroende på typ av besök, endast täcker 2-9 procent av de faktiska kostnaderna av den offentligt drivna verksamheten (beroende på typ av besök) så blir reduceringen för landstinget i den storleksordningen.

4.2 Generaliserbarhet

Den klassificering av brådskandegrad och vårdnivå som sjuksköterskorna gör visar på lite olika profiler för Östergötland och Jämtland gentemot de övriga enheterna. Större andel klassas som fall där patienten bör avvakta och en större andel ges egenvårdsråd i Östergötland och Jämtland jämfört med det totala materialet och omvänt att det är en större andel patienter med akut vårdbehov i totalmaterialet jämfört med de båda länen som vi studerat. Det kan antingen bero på olika patientsammansättningar för rådgivningsenheterna eller att rådgivningen är mer inriktad på att patienten ska kunna klara sig med egenvård i Östergötland och Jämtland jämfört med de andra enheterna.

För att kompensera detta och bättre generalisera effekten av rådgivningen i de båda landstingen till riksnivå borde man därför räkna ut vinsten per grupp, antingen för brådskandegrad eller för rekommenderad vårdnivå och sedan justera med andelarna i totalmaterialet. Detta ligger dock utanför denna studie.

När det gäller enkätsvaren kunde vi i *Figur 2* se att äldre svarade i större utsträckning än yngre och frågan är om detta leder till en skevhet gentemot originalfördelningen? Vi har testat utfallet på några enkätfrågor uppdelat på tre åldersgrupper 1-17 år, 18-64 år och 65 år och äldre, och inte funnit några

skillnader som motiverar att materialet skulle viktas beroende på olika svarsfrekvens i åldersgrupperna.

I vilken utsträckning som det totala bortfallet i enkätstudien påverkar resultaten är svårt att säga. Tidigare bortfallstudier har identifierat en annorlunda profil bland dem som inte svarar på enkätstudier. De som är svårt sjuka eller har svåra sociala problem är av naturliga skäl underrepresenterade så helt representativt blir inte utfallet.

4.3 Resursbesparing i form av vårdkontakter

Är nu en styrning av patientflödet detsamma som att spara resurser, med exemplet från de båda länen kan vi notera att rådgivningen ändrar förväntad vårdnivå i ungefär fyra fall av tio. Med ungefär lika stora delar så höjer de eller sänker de förväntad vårdnivå men enligt resonemanget från Marklund et al så skulle en majoritet av fallen som rekommenderas en högre vårdnivå än förväntat ändå hamnat i vården och en vinst ligger dels i att patienterna kommer snabbare till adekvat vårdnivå (hälsovinst) och dels att ett och annat läkarbesök i primärvård kan undvikas. Så någonstans sparas det in onödiga besök i vården men det sparas inget i monetära termer mer än i teorin. Hur ska vi förklara detta?

Bäst är kanske att se till exemplet med Jämtland där denna typ av telefonrådgivning pågått länge. När rådgivningsverksamheten pågått under en längre tid blir dess effekter en integrerad del av verksamheten som innebär att läkarbemanning och personalbehov optimeras efter rådande efterfrågan, och den efterfrågan är reducerad av rådgivningsverksamheten. Det kommer att bli fallet för alla landsting som implementerar rådgivningstjänsten 1177. Resursvinsten blir efter en tid intecknad i en optimerad vårdorganisation och endast i en övergångsperiod skulle man kunna se en minskning i besöksstatistiken. I Östergötland sker det faktiskt en ganska tydlig nedgång i antalet läkarbesök under 2004 som är det första hela året med länsövergripande Sjukvårds-rådgivning. Vi känner inte till alla faktorer som kan förklara denna plötsliga nedgång i besöksstatistiken och effekten återspeglas även de kommande åren, där förvisso antalet besök ökar men nivån ändå håller sig under 2002 och 2003 års antal.

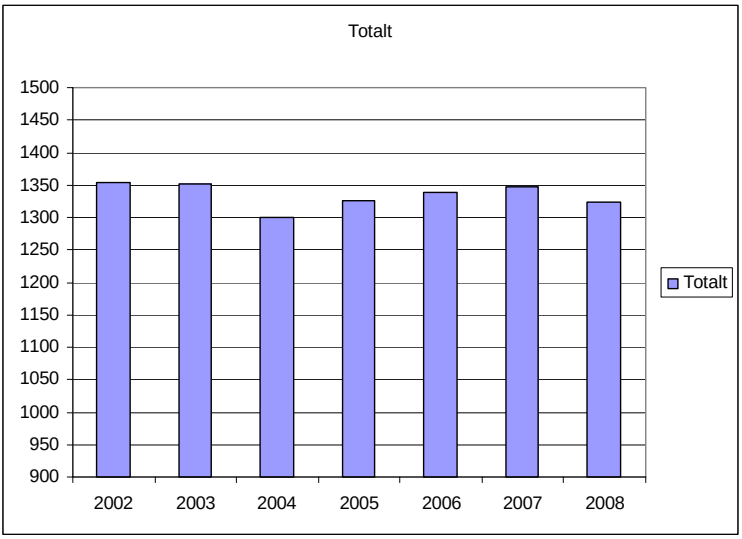
Nedgången i läkarbesök och vårdutnyttjande kommenterades i Landstingets årsredovisning för 2005 och som möjliga förklaringar nämns att vissa enheter har ersatt återbesök med uppföljning per telefon, andra yrkesgrupper har tagit över vårdkontakter som läkare tidigare utfört och att ”*Sjukvårdsupplysningen har genom sin rådgivning minskat behovet av akuta vårdbesök*” (LiÖ, årsrapport 2005, sid 42). Till detta skulle man idag också kunna säga att Sjukvårds-

upplysningen, som verksamheten hette då, också minskade andelen primärvårds-besök genom att rekommendera akutvård direkt.

Det skiljer 50 000 besök mellan 2003 och 2004 och det är en siffra som mycket väl svarar mot de patientvolymer som Sjukvårdsrådgivningen hanterar. Vi har konstaterat att rådgivningen påverkar runt 40 procent patienter och om vart tredje fall leder till ett läkarbesök mindre i vården så måste samtalsvolymen ha varit cirka åtminstone 150 000 det första året för att spara 50 000 besök. Nu fanns det ju flera förklaringar till att det varit en nedgång i antalet besök men poängen är att om rådgivningen hade 150 000 samtal – så är det inom rimlighetens gräns att den sparade 50 000 besök. Sedan är det viktigt att komma ihåg att en majoritet av läkarbesöken är planerade uppföljningar och remisser som inte påverkas av rådgivningsverksamheten. Som jämförelse till de totalt över 1,3 miljoner besöken kan nämnas att akutmottagningarna på Vrinnevi- och Universitetssjukhuset hade tillsammans ungefär 73 600 besök under 2007 med ungefär lika stor del vardera.

Befolkningen har inte förändrats så mycket under åren, från 416 tusen 2004 till 423 tusen 2008 vilket är en ökning på 7 000 personer och om varje person gör i genomsnitt tre besök per år motiverar det 21 000 mer besök 2008 jämfört med 2004 och det verkar också vara den nivå som antalet besök var på 2008 efter en viss nedgång jämfört med året innan.

Figur 6. Totala antalet läkarbesök i offentligt finansierad primärvård och specialist-vård i Östergötland åren 2002-2008 korrigerat för befolkningens storlek.



Källa: Landstinget i Östergötland, årsrapporter för 2006 och 2008 (6).

De ekonomiska beräkningarna står och faller med vilka ingångsvärden som vi tilldelar de olika besöken. Osäkerheten för en del av prislapparna är betydande och det är klart att andra priser än de som vi använt kan förändra utfallen. Även om de schabloner som vi använt stämmer någorlunda bra med verkligheten blir den framräknade summan inte något som kan realiseras i reda pengar. Istället utgör beloppen i kronor en sorts gemensam nämnare gentemot andra beräknade kostnader i verksamheten.

I studien av Nordling beräknades avkastningen per investerad krona i en samhällsekonomisk analys och skillnaderna mellan Jämtland och Malmö var ganska stora och likaså skilde profilen på vari de stora besparingarna fanns. I Malmö var den största besparingen förknippad med styrning till en lägre vårdnivå medan styrningen till egenvårdsråd utan tillhörande läkarbesök var den största besparingsposten i Jämtland.

Vi kan inte göra en liknande samhällsekonomisk analys men kan ändå konstatera att vid en kostnad runt 100 kr per rådgivande samtal frigörs resurser motsvarande 485 kr i Östergötland vilket indikerar en avkastning motsvarande 4 till 6 kr per investerad krona och en något lägre avkastning i Jämtland.

4.4 Effekter av rådgivningen som inte mäts i denna studie

Alla beräkningar som vi har gjort gäller läkarbesök och andra vårdkontakter i sjukvården, de som inträffat och de som uteblivit till förmån för egenvård eller rekommendation till en annan vårdnivå. Vad vi inte har kunnat följa upp ordentligt är de enskilda fallen och deras efterföljande vård. I Östergötland har vi uppgifter om eventuella vårdkontakter en vecka innan och en vecka efter kontakten med sjukvårdsrådgivningen men vi har inga journaluppgifter för de registrerade vårdkontakterna och vi kan inte se ifall patienten blir behandlad eller inlagd i anslutning till sitt läkarbesök. Inte heller har vi någon uppgift om patienterna remitteras vidare från primärvården till öppen sjukhusvård – och vad det i sin tur leder till.

En fråga är vilket tidsperspektiv som är nödvändigt för att få en aning om hur patienternas sjukdomshistoria utvecklar sig? En annan fråga är hur stark kopplingen är mellan ett rådgivande telefonsamtal och en vårdhändelse flera månader senare?

I första hand är kanske de mest relevanta fallen att följa upp de fall där rådgivningen leder till ett mer akut omhändertagande än vad patienten tänkt från början. Ett snabbt omhändertagande vid stroke och hjärtinfarkt t ex leder oftast till lägre vårdkostnader och bättre prognos för patienten. Att identifiera den

typen av resursvinster vore en bra utgångspunkt för kommande studier. Även om det är relativt få fall per vecka där ett snabbt omhändertagande sparar vårdresurser så kan det röra sig om ganska stora belopp per fall.

Omvänt kan det finnas ett visst intresse att följa de patienter som förväntat sig ett akut omhändertagande men vilka hänvisats till primärvården eller egenvård. Men även här kan det vara svårt att upprätthålla kopplingen till det första rådgivande samtalet. Patientens tillstånd förvärras och det är givet att ett mer akut omhändertagande blir relevant. I journalanteckningarna framgår det också ofta att om patientens tillstånd försämras så bör en ny kontakt med sjukvården göras.

4.4.1 Kvalitetsaspekten

Hur relevant och adekvat rådgivningen är har stor betydelse och är en central del i verksamheten men denna kvalitetsaspekt kan inte värderas i denna studie. Patienternas olika behov ger olika kvalitetsdimensioner med olika delar på vad som är mest relevant. Till sin hjälp har rådgivaren ett datoriserat beslutsstöd och vid tveksamhet om vilken vårdnivå som är den rätta väljs den högre vårdnivån.

Marklund et al kunde i efterhand kontrollera hur adekvat rådgivningen hade varit för de som patienter som ingick i deras studie och det var endast några procent där vårdnivån varit för hög. Men vid osäkerhet om rätt vårdnivå bör som sagt den högre nivån ges prioritet (Marklund och Jansson, 2008). Så eftersom det alltid kommer att råda en viss osäkerhet för en del av alla fall får man acceptera en viss överremittering till akutvård.

Med dagens datoriserade journalsystem underlättas en retrospektiv undersökning av patienternas faktiska vårdbehov. En sådan undersökning är ett bra förslag på fortsatta studier om sjukvårdsrådgivningens verksamhet.

4.5 Gemensamt nummer med jour- och akutmottagningarna

I Östergötland har man valt modellen att ha 1177 som gemensamt telefonnummer med akutmottagningarna och jourcentralerna och de som ringer till dessa mottagningar hamnar i samma telefonkö som de som vänder sig till Sjukvårdsrådgivningen 1177. Sjuksköterskorna på 1177 kan inte göra någon skillnad på dem som står i telefonkön utan samtalen besvaras varefter de inkommit. Frågan är om inte akutmottagningarna och jourcentralerna ändå borde ha ett eget nummer, t ex 1188, för att göra det möjligt för sjuksköterskorna att vid hög arbetsbelastning prioritera samtal på det numret?

De som arbetar på Sjukvårdsrådgivningen har tillgång till en display som visar den aktuella väntetiden och kan utifrån den avgöra om det är idé att ta samtal på linje 1188 före nästa patient som står i kö på 1177. En fördel är också att sjuksköterskan vet att patienten ringer till en jour- eller akutmottagning för att få råd och kan redan då vara förberedd på att det är större chans att patienten är i akut behov av vård. Att ha ett separat nummer som 1188 är motiverat av den större andelen akuta patienter som återfinns i den gruppen vilket enkätsvaren, journalanteckningarna och vårddatalagret visat. Det är enligt journal-anteckningarna dubbelt så vanligt med ett akut omhändertagande i gruppen som ringt till akuten jämfört med de andra grupperna och hälften av dem som ringer till akuten eller jouren får också vård på endera enheten efter samtalet jämfört med var fjärde patient som ringer 1177.

Å andra sidan är det nog svårt att motivera särskilda nummer beroende på vilken vårdnivå som patienten söker sig till. En variant kan vara att låta de som ringer 1177 att svara på ett par frågor som utreder graden av akut vårdbehov och att det blir vägledande för platsen i kön. Risken med alla försök att låta patienterna rangordna sin plats i kön är dock att de patienter som underskattar sitt vårdbehov nedprioriteras till förmån för dem som har identifierat sina akuta behov eller dem som överskattar sina behov. Allt detta är förhållanden som vi inte har kunnat tittat närmare på i denna studie.

4.6 Erfarenheter från enkätstudien

Frågan i enkäten om vad patienten gjorde efter samtalet med sjukvårds-rådgivningen borde ha haft ytterligare ett par svarsalternativ. Vid genomgång av journalerna från sjukvårdsrådgivningen och vårddatalagret samt av en del kommentarer som patienterna själv gjort i enkäten visade det sig att patienterna på egen hand åkte till sjukhuset och gjorde ett läkarbesök på en öppen sjukhusmottagning. Det kan vara mottagningen på barnkliniken, ögonkliniken, psykiatriska kliniken m fl. sedan saknas alternativet att patienten får vård av en sjuksköterska, antingen på en distriktssköterskemottagning eller av en sjuk-sköterska inom specialistvård. Vi har kodat om den typen av fall för patienterna i Östergötland i den mån de gick att identifiera.

4.7 Konklusion

Runt 40 procent av alla samtal med sjukvårdsrådgivningen där en journal upprättas leder till en ändrad vårdnivå som patienten inte tänkt sig från början. Dessa resultat är i linje med tidigare studier och visar att sjukvårdsrådgivningen arbetar aktivt med att få patienterna till den mest adekvata vårdnivån. Ändå

verkar den avlastning som sjukvårdsrådgivningen bidrar med inte märkas i andra delar av vårdsystemet, detta har framkommit i diskussioner med medlemmarna i referensgruppen vilka har en bred erfarenhet av landstingets olika verksamheter. Vårdcentralerna i Östergötland har noterat en ökad belastning på sina telefonmottagningar samtidigt som antalet samtal till 1177 har ökat rejält. Färre samtal ställs dock i telefonkö på vårdcentralerna januari 2009 jämfört med januari 2008 (PM, Landstingets FoU-enhet 7). Vad ökningen av telefonsamtal till Vårdcentralerna och framförallt till 1177 beror på kan förhoppningsvis framtida studier kanske svara på. Några av de förklaringar som framförts har varit att det är beteendeförändringar i befolkningen, t ex att yngre söker vård i större utsträckning än tidigare, att telefontillgängligheten har minskat i vissa delar av vården och att det sämre konjunkturläget har ökat ohälsan i befolkningen. Småbarnsföräldrar är en relativt stor patientgrupp i sjukvårdsrådgivningens verksamhet och de ökade födelsetalen under 2000-talet kan ha bidragit till ett ökat behov av rådgivning.

Med en så hög avkastning per investerad krona, eller i andra termer, en verksamhet som gör en så uppenbar nytta, tillsammans med prognosen att det sker ett ökat utnyttjande av tjänsten leder till slutsatsen att det är rimligt att sjukvårdsrådgivningen ges möjlighet att expandera för att möta kraven på god tillgänglighet och god kvalitet i vården.

REFERENSER

1 Landstingsförbundet. (Sveriges kommuner och landsting). Vårdråd direkt – sjukvårdsrådgivningar i samverkan. Slutrapport från utredningen om nationellt samordnad sjukvårdsrådgivning. 2003. Mars 2008 [www.skl.se]

2 Marklund B, Jansson G E. i ”Telefonrådgivning inom hälso- och sjukvård.” Red. Inger Holmström. Studentlitteratur. 2008.

3 Landstinget Gävleborg. Förslag till länsgemensam sjukvårdsrådgivning. 2002. Mars 2009 [http://www.lg.se]

4 Nordling S. Ekonomisk utvärdering av sjukvårdsupplysning per telefon i Jämtland och Malmö. IHE arbetsrapport 2001:4. Lund 2001.

5 .Marklund B, Ström M, Månsson J, Borgquist L, Baigi A, Fridlund B. Computer-supported telephone nurse triage: an evaluation of medical quality and costs. Journal of Nursing Management, 2007; 15:180-7.

6 Landstinget i Östergötland. Årsrapport för 2006 och 2008. [www.lio.se/]

7 Landstinget i Östergötlands FoU-enhet. Inkommande samtal till TeleQ respektive Sjukvårdsrådgivningen 1177 under januari månad 2008 och 2009. PM April 2009.

BILAGA 1

CMT Rapport 2009:3

Effekter av sjukvårdsrådgivning per telefon

En analys av rådgivningsverksamheten 1177
i Östergötland och Jämtland

Innehållsförteckning

Journalregister för sjukvårdsrådgivningen och besöksregistrering i vårddatalagret i Östergötland 3
Matchning med Vårddatalagret i östergötland 5
Fallbeskrivningar och korrigeringar av enkätsvar 8
Underskattat vårdbehov 8
Överskattat vårdbehov 9
Korrigering av enkätsvar 9
Beräkningsunderlag 12
Respondenternas kommentarer 17
Positiva kommentarer 17
Negativa eller blandade omdömen och annat 18
Landsting som är anslutna eller kommer att anslutas till 1177 under 2009 20

Tabellförteckning

Tabell 1. Antal registrerade journaler vecka 43, 2008. 3
Tabell 2. Antal unika patienter med kompletta journaler i de två landstingen under vecka 43. 4
Tabell 3. Fördelning av upprepade samtal från första registrerade dag. 4
Tabell 4. Fördelning av samtalen över veckan och dygnet. 5
Tabell 5. Fördelning av alla samtal över dag, natt och helg vecka 43 (procent). 5
Tabell 6. Första registrerade besök i sjukvården inom en vecka efter samtalet med 1177 i Östergötland för de som endast förväntade sig information och råd om sin sjukdom/sina besvär (Fråga 8). 7
Tabell 7. Beräkningsunderlag för Östergötland. Patientens egen bedömning av vårdbehovet (Fråga 9) och vad patienten gjorde efter samtalet med 1177 (Fråga 10) avstämd med vårddatalagret. 12
Tabell 8. Sammanställning av utfallet för Östergötland i föregående tabell. 13
Tabell 9. Beräkningsunderlag för Jämtland. Patientens egen bedömning av vårdbehovet (Fråga 9) och vad patienten gjorde efter samtalet med 1177 (Fråga 10) 14
Tabell 10. Sammanställning av utfallet för Jämtland i Tabell 9. 15
Tabell 11. Skillnad i resursförbrukning utifrån patientens förväntade vårdbehov och vilken vård som patienten faktiskt fick efter samtalet med 1177 i Östergötland 16

Journalregister för sjukvårdsrådgivningen och besöksregistrering i vårddatalagret i Östergötland

Totalt registrerades 33 116 journaler i SVR:s samtalsregistrering under vecka 43, av dessa var 5 673 från Jämtland eller Östergötland.

Tabell 1. Antal registrerade journaler vecka 43, 2008.

	Antal	Procent
Jämtlands läns landsting	1625	4,9
Landstinget Blekinge	1114	3,4
Landstinget Dalarna	1371	4,1
Landstinget Gävleborg	2485	7,5
Landstinget Halland	2110	6,4
Landstinget i Uppsala län	2375	7,2
Landstinget i Östergötland	4048	12,2
Landstinget Kronoberg	1317	4,0
Region Skåne	5910	17,8
Västra Götalandsregionen	9176	27,7
Örebro läns landsting	1585	4,8
Total	33 116	100,0

Av de ursprungliga 5 673 rensades 314 bort på grund av ofullständigt personnummer, kvar är då 5 359 och 848 av dessa var dubbletter i den bemärkelsen att patienten hade flera journaler registrerade i filen men med olika tidpunkter i form av klockslag och/eller dag. Dessa dubbla registreringar läggs till originalposten, vilket är den första registrerade kontakten under veckan. Totalt kvarstår då 4 511 unika poster som gick vidare till granskning för deltagande i enkätstudien.

Tabell 2. Antal unika patienter med kompletta journaler i de två landstingen under vecka 43.

	Antal	Efter rensning
Jämtlands läns landsting	1625	1162
Landstinget i Östergötland	4048	3110
Totalt	5673	4272
Ofullständigt personnummer	-315	
Mer än ett samtal under veckan	-848	
Samtal som inte är relevanta för studien (Saknar problemområde)		
Kontaktorsak		
Läkemedelsfråga	-165	
Vårdgarantiärende	-6	
Övrigt	-65	
Ingen kontaktorsak eller annan info	-2	
Återstående poster	4272	

De 4 272 unika patienterna för vecka 43 utgör basen för de beräkningar på patientflödet som görs på verksamheten. Men de patienter som går vidare till samkörningen med vårddatalagret och samplingen till enkätstudien ska uppfylla ytterligare några kriterier.

Hur många samtal som en patient ringer har en stor betydelse för beräkningarna och under urvalsveckan gjorde i genomsnitt 82 patienter 100 samtal. Följande tabell visar hur dessa samtal fördelas i patientgruppen. Av 4 422 patienter har 3 634 ringt endast ett samtal under veckan medan 482 har ringt två samtal under samma dag. En minoritet av patienterna, knappt 5 %, återkommer till 1177 efter den första dagen då ett samtal har registrerats.

Tabell 3. Fördelning av upprepade samtal från första registrerade dag.

Antal dagar efter första samtalet	1	2	3	4	5 eller fler	Antal	Andel i %
Samma dag 0	3634	482	75	23	7	4221	95,5
En dag senare	0	13	8	2	1	25	0,6
2 dagar	0	21	2	1	1	27	0,6
3 dagar	0	14	7	3	1	28	0,6
4 dagar	0	12	7	6	4	33	0,7
5 dagar	0	22	7	2	4	40	0,9
6 dagar	0	11	2	4	3	26	0,6
En vecka senare	0	26	10	3	4	50	1,1
Andel patienter i % av totala antalet patienter	82,2	13,6	2,7	1,0	0,6	4422	100

Fördelningen över dygnet och veckan har en viss betydelse för kostnaderna för rådgivningen. Det visar sig att något mer än en tredjedel av den första patientkontakten sker under dagtid på en vardag (36 %) och en knapp tredjedel sker under helgen. Minst

andel första patientkontakter var det på torsdagen (11 %) och mest kontakter togs på måndagen och söndagen med runt 16 % på vardera dag.

Tabell 4. Fördelning av samtalen över veckan och dygnet.

Andel (första samtal)	Dagtid 8-17	Natt	Total andel
Måndag	8,3	7,5	15,9
Tisdag	7,9	7,3	15,2
Onsdag	7,5	6,0	13,5
Torsdag	5,3	5,5	10,8
Fredag	7,0	5,7	12,7
Lördag	10,5	4,9	15,5
Söndag	10,7	5,8	16,5
	57,2	42,8	100

Det är en viss skillnad i hur samtalen fördelar sig över dygnen i de båda länen, i Jämtland finns ett uttalat mål att patienterna under dagtid i första hand ska vända sig till sin hälsocentral medan det inte finns någon sådan rekommendation i Östergötland. Denna skillnad förklarar antagligen till stor del att andelen samtal under dagtid blir större i Östergötland och omvänt en signifikant större andel joursamtal i Jämtland. Värt att notera i sammanhanget är att rådgivningen i Jämtland till stor del också består av utomlänspatienter, mycket beroende på ett avtal med Örnsköldsviks kommun i Västernorrland.

Tabell 5. Fördelning av alla samtal över dag, natt och helg vecka 43 (procent).

	Jämtland	Östergötland	Totalt
Nattjour vardagar kl. 17-08	36,2	31,6	32,9
Vardagar dagtid kl. 08-17	25,6	35,8	32,8
Nattjour helg	13,0	11,2	11,7
Dagtid helg	25,2	21,4	22,5
Total procent	100	100	100
Totalt antal samtal	1552	3805	5357

Tabellnot: Skillnaderna mellan landstingen är statistiskt säkerställda, $p<0.001$ ($Chi2=52,3$)

Matchning med Vårddatalagret i östergötland

En och samma patient kan ringa till SVR flera gånger samma dag och varje samtal registreras med kontaktorsak, brådskandegrad, rekommenderad vårdnivå mm. Det vanligaste är att det är det senaste samtalet som ger besked om vilken vårdnivå som blir det slutliga beslutet på lämpligast vård. Journalerna är därför sorterade per patient, dag och efter högsta rekommenderad vårdnivå den dagen. Om patienten ringt till SVR senare under veckan registreras detta som ytterligare telefonkontakt men matchningen mot VDL gäller den första dagens mest akuta beslut om lämplig vårdnivå.

Tidsaspekten

Matchningen med journalregistreringen i SVR och vårddatalagret består av 2908 unika patienter. För att få ett enhetligt grepp om patientflödet har följande avgränsningar gjorts:

- Dag 1. den första dagen är den dag det första samtalet från en patient registrerades
- Före eller efter Dag 1. Alla besök i vården sju dagar innan och sju dagar efter bildar en post.
- Besök samma dag som Dag 1. Om tiden för samtalet infaller efter tiden för besöket räknas det som eftervård. Eftervården kan innebära en rekommendation om ny vård.

Denna indelning ger följande grupper:

1) Patienter som besökt sjukvården innan dag 1 men inte efter samtalet med SVR. Av 441 patienter som gjort minst 1 besök i sjukvården före samtalet med SVR (Dag1) gjorde 144 inget mer besök
2) Patienter som ringt mer än ett samtal samma dag eller mer än ett samtal inom en vecka. Av de 2 908 personer i studien som ringde SVR hade 6 procent minst två samtal samma dag och 19 procent hade minst två samtal inom en vecka från det första samtalet
3) Patienter som ringt SVR och har ett besök i sjukvården samma dag. Över hälften av alla besök som gjordes i sjukvården inträffade samma dag som telefonsamtalet till SVR registrerades (1010 av 1705 registrerade besök) .
4) Mer än ett besök registrerat i sjukvården samma dag som de ringde SVR var aktuellt för 147 patienter vilket är 9 procent av alla patienter med minst ett besök efter samtalet och 5 procent totalt av alla som ringde.
5) Patienter som ringt SVR och gjort minst ett besök i sjukvården inom en vecka efter samtalet var enligt tidigare punkt 1705 stycken.
6) Patienter som ringt SVR och gjort minst två besök i sjukvården inom en vecka efter samtalet var 191 stycken och det motsvarar knappt 7 procent av alla som ringde och 11 procent av dem som besökte sjukvården inom en vecka efter samtalet.

Som ett exempel på hur rådgivningen resulterar i vårdkontakter även för dem som inte förväntat sig någon vårdkontakt har enkätsvaret på förväntad vård stämts av med eventuella träffar i vårddatalagret en vecka efter första samtalet med 1177. Även ifall vi bortser från kontakterna med arbetsterapeuter och sjukgymnaster som antagligen är förbokade besök så visar det sig att en majoritet av de som inte förväntade sig någon sjukvård faktiskt hade en vårdkontakt inom en vecka efter samtalet. Bland dessa kontakter ryms förstås också en del förbokade besök hos läkare och sjuksköterska men vi har ingen möjlighet att skilja ut dessa. Vi kunde dock notera att en del äldre hade dagliga besök av distriktssköterska och detta är ett exempel på vård som inte berörs nämnvärt av rådgivningen.

Tabell 6. Första registrerade besök i sjukvården inom en vecka efter samtalet med 1177 i Östergötland för de som endast förväntade sig information och råd om sin sjukdom/sina besvär (Fråga 8).

Typ av besök	Antal	Andel
Läkare Akutmottagning jour	9	6,5
Läkare Akutmottagning dagtid	5	3,6
Läkare Sjukhus	10	7,2
Läkare Jourcentral	5	3,6
Läkare Primärvård	35	25,4
Sjuksköterska Jourcentral	1	0,7
Sjuksköterska Sjukhus	4	2,9
Distriktssköterska hembesök	1	0,7
Distriktssköterska mottagning	22	15,9
Arbetsterapeut/sjukgymnast Sjukhus	5	3,6
Arbetsterapeut /sjukgymnast Primärvård	2	1,4
Total	99	71,7
Inget besök/egenvård	39	28,3
Totalt antal (LiÖ)	138	100

Fallbeskrivningar och korrigeringar av enkätsvar

Underskattat vårdbehov

I den föregående tabellen ser vi exempel på underskattat vårdbehov. Flera patienter som förväntat sig egenvård och att avvakta rekommenderas akutvård eller att de kontaktar primärvården för en undersökning av läkare eller sjuksköterska.

Exempel 1

En kvinna 60 år ringer lördag eftermiddag halv fem och undrar ifall hon möjligtvis har fått en propp? Den högra sidan styr inte, hon hade svårt att bre mackan i morse, besvären började för en vecka sedan och de har gått tillbaka något efter det. Höger arm är svag och hon har svårigheter att fylla i korsord för bokstäverna kommer inte på rätt plats. Hon vill inte åka till sjukhuset, det är en kusin som bett henne ringa SVR. Annat av betydelse är att flera personer i släkten har fått proppar i tidig ålder. Sjuksköterskan får övertala henne att åka till akuten och kvinnan vill själv ringa sjuktaxi. En timma senare tas kvinnan emot på akutmottagningen

Inga fler kontakter är registrerade med 1177 eller sjukvården. Kvinnan hade i enkäten satt sitt förväntade vårdbehov lågt och var varken beredd eller speciellt villig att uppsöka sjukvården men sjuksköterskan ansåg att hon borde ta sig till akuten.

Exempel 2

En man 60 år ringer halv sju på lördagsmorgonen och säger att han vaknade vid fyratiden med en diffus smärta strax under bröstbenet. Han är kallsvettig och något andfådd, det sticker i fingrarna men han har inga andra symtom. Han är tidigare frisk och använder inga mediciner. Sjuksköterskan beställer ambulans via SOS och noterar ihållande smärta som huvudsymtom. Klockan 7:27 anländer mannen till akutmottagningen där noteras han för ”Andra icke specifika smärtor i buken”. Inga fler kontakter är registrerade med 1177 eller sjukvården. Mannens förväntade vårdbehov var lågt, han ville veta mer om sitt tillstånd och var kanske inte beredd på att uppsöka sjukvården men sjuksköterskan ansåg att han borde undersökas av läkare omgående.

Exempel 3

Målsman till pojke 9 år ringer torsdag eftermiddag 16:56 och är orolig för sonen som slagit i huvudet när han hoppade från en sten. Han svimmade inte och har heller inte kräkts efter fallet men vilar nu. Sjuksköterskan bedömer det som ”lindrig huvudvärk” och ger rådet att avvakta men vid ökade besvär uppmanas föräldern att ta pojken till akutmottagningen. Troligtvis inträffar en försämring för 18:20 tas pojken om hand på akutmottagningen men inga fler kontakter är registrerade med 1177 eller sjukvården. Målsman svarar i enkäten att de i första hand ville ha information och inte avsåg att söka sjukvård men det blev ändå ett besök på akutmottagningen. Sjuksköterskan var dock inte direkt delaktig i det beslutet.

Exempel 4
En äldre man 69 år ringer på söndagsmorgonen 9:09 han har en pacemaker till hjärtat och nu gör det ont runt den och bak i ryggen. Dessutom sticker det till i hjärtat då och då. Han har varit trött hela veckan. Sjuksköterskan tar en kontakt med en primärvårdsläkare i Krokom som tycker att patienten skall åka till akuten. Enligt enkätsvaret tar sig patienten till akutmottagningen på egen hand. Mannen har svarat att han förväntade sig ett läkarbesök i primärvård som resultat av sin kontakt men efter konsultering beslutades det att akutvård var den lämpligaste vårdnivån i det här fallet.

Överskattat vårdbehov

Exempel 5
Förälder ringer på söndagen 14:49 angående sin 17-åriga dotter. Flickan har blivit misshandlad under lördagsnatten, är blåslagen i ansiktet och har en ordentlig bula i bakhuvudet, hennes kläder är sönderslitna vilket vittnar om ett ordentligt bråk. Händelsen är polisanmäld men flickan har minnesluckor. Målsman förväntade sig att åka till akuten men sjuksköterskan rekommenderar en undersökning av läkare på närmsta jourcentral och i enkäten står det att SVR bokade en tid där. Klockan 17:31 tas flickan emot på jourcentralen. Inga fler kontakter är registrerade med 1177 eller sjukvården.

Exempel 6
En 37-årig man ringer på måndag natt klockan 23:00 och berättar att han har fått utslag på kroppen. Det är på ena benet och baksidan av knäet där han har utslag som ser ut som finnar. Sjuksköterskan råder honom att lägga på ett omslag med Alsol och att patienten tar ny kontakt med vården om symtomen förvärras. På torsdag kväll samma vecka ringer mannen igen till rådgivningen, utslagen har blivit värre. Journalanteckningen är knapphändig och ärendet klassas som råd men sjuksköterskans anteckning ”Till sin vårdcentral” indikerar att de verkar överens att mannen ska försöka ordna en tid för läkarbesök på sin vårdcentral. Enligt vårddatalagret gör också mannen ett läkarbesök för sina utslag påföljande dag. I enkäten svarar mannen att han hade förväntat sig att göra ett besök på en jourcentral, istället avvaktade han några dagar och eftersom utslagen förvärrades är det rimligt att han går till en läkare på vårdcentralen. Inga fler kontakter är registrerade med 1177 eller sjukvården den veckan.

Korrigering av enkätsvar

Totalt korrigerades 91 poster i Östergötland när det gäller fråga 9, vad som patienten gjorde efter samtalet med 1177. Hälften av dessa utgjordes av de två nya alternativen, besök hos sjuksköterska/distriktssköterska och läkarbesök hos specialist på sjukhus dit man tagit sig på egen hand. Nedan följer två exempel på korrigering av enkätsvar där respondenten svarat att man efter samtalet avvaktade utan att ta direkt kontakt med sjukvården men det visar sig att en vårdkontakt inträffar inom en vecka.

Svarsalternativen och koderna är följande:

1 Avvaktade utvecklingen utan att ta någon direkt kontakt med sjukvården
2 Tog telefonkontakt med VC/HC för att diskutera mitt fall
3 Tog själv kontakt med primärvården för att få en läkartid
4 SVR ordnade en telefonkontakt med primärvården
5 SVR bokade en läkartid på en jourcentral
6 SVR bokade en läkartid på en specialistmottagning
7 SVR uppmanade mig att uppsöka närmsta akutmottagning på egen hand
8 SVR ordnade ambulans
9 Tog själv kontakt med annan vårdgivare/specialistläkare som har avtal med landstinget
10 Tog själv kontakt med annan vårdgivare/specialistläkare som troligen inte har ett avtal med landstinget
11 Gjorde ett besök hos sjuksköterska/distriktssköterska
12 Läkarbesök på sjukhusmottagning (BUM/Psyk/Annan)

Exempel på korrigering 1

Man 22 år med halsont ringer 11:21 på söndagen den 26:e. Patienten klagar på ont i svalget, orolig att det kan vara en reaktion på den medicin han tagit den senaste månaden (antidepressiv medicin som kan ge muntorrhet). Besvären har kommit samma dag, han har ingen värk i kroppen men påpekar att han är rökare. Sjuksköterskan råder att han dricker något för att lindra svedan i halsen, provar halstabletter och receptfria läkemedel. Patienten uppmanas att ta en ny kontakt med vården om symtomen förvärras eller om nya symtom tillkommer. Ärendet klassas som egenvårdsråd och patienten har ingen mer kontakt med 1177 den kommande veckan men fyra dagar senare gör mannen ett läkarbesök i primärvården, och vi antar att det gäller samma symtom. Patienten hade förväntat sig läkarbesök på en akutmottagning och svarat att han avvaktade utan att ta direkt kontakt med sjukvården, ny kodning blir ”Jag tog själv kontakt med primärvården för att få en läkartid” (3).

Exempel på korrigering 2

Kvinna 19 år med urinvägsbesvär ringer 19:46 måndagen den 20:e. Hon har ont i magen och ryggen, samt blod i urinen men antagligen ingen feber. Sjuksköterskan erbjuder en tid på jourcentralen men patienten ska jobba till klockan 22 och avböjer. Sköterskan råder då att hon tar kontakt med akutmottagningen ifall hon får feber, i annat fall råder hon patienten att ordna läkarbesök på vårdcentralen följande dag. Ärendet klassas som Primärvård dagtid, ingen mer kontakt tas med 1177. Samma kväll gör kvinnan ett besök på akutmottagningen, två dagar senare gör hon ett besök på en Distriktssköterska-mottagning och en vecka efter första kontakten med 1177 träffar hon en läkare i primärvården. Patienten hade förväntat sig ett läkarbesök i primärvården och svarat att hon avvaktade utan att ta direkt kontakt med sjukvården (1), ny kodning blir ”SVR uppmanade mig att uppsöka närmsta akutmottagning och jag tog mig dit på egen hand” (7).

Korrigering av enkätsvar där respondenten svarat att förväntad vårdnivå var att få information om sin sjukdom eller hur man kan lindra besvären med egenvård men resultatet blev att man rekommenderas jourläkare, att åka till akutmottagningen eller att 1177 ordnar ambulans.

Exempel på korrigering 3

Far ringer 16:37 för sin sjuårige sons räkning och får en tid bokad på jourmottagningen. Barnet har öronvärk och ytterörat är missfärgat i rött. Pappan ringer en timme senare och avbokar tiden med motiveringen att sonen känner sig bättre efter att ha fått Alvedon och ingen ny kontakt tas med 1177 efter det. Målsman har skrivit att det förväntade vårdbehovet var information till egenvård och att sedan 1177 bokade en tid på jourmottagning (7). Detta är visserligen riktigt men eftersom tiden avbokades blir det korrekta svaret att de avvaktade utvecklingen utan att ta någon direkt kontakt med vården (1)

Exempel på korrigering 4

Förälder ringer 2:37 natten mot tisdagen för tvåårig dotter som har feber, dottern har haft ett insektsbett som man visat tidigare på BVC, nu är föräldrarna oroliga att dottern har borrelia. Sjuksköterskan anser inte att det är troligt att barnet har borrelia då det röda är borta nu. Råder föräldrarna att fortsätta med Ipren för att dämpa febern samt se till att dottern är lätt klädd och får i sig vätska. Ärendet klassas som egenvårdsråd men målsman har ändå svarat att sköterskan bokade en tid på jourmottagningen (5) men detta klassas om till 1; avvakta utvecklingen utan att ta någon direkt kontakt med vården.

Beräkningsunderlag

Tabell 7. Beräkningsunderlag för Östergötland. Patientens egen bedömning av vårdbehovet (Fråga 9) och vad patienten gjorde efter samtalet med 1177 (Fråga 10) avstämd med vårddatalagret.

	Info. och egenvård	Primärvård	Jour-mottagning	Akut-mottagning	Annan vårdgivare	Ingen uppgift	Totalt antal
Avvaktade	**60**	**10**	**4**	**8**	2	0	85
Telefon VC/HC diskutera	**11**	**9**	**0**	**0**	0	0	20
Kontakt primärvård läkartid	**12**	**26**	**3**	**3**	0	0	44
SVR ordnade telekontakt PV	**1**	**2**	**0**	**0**	0	0	3
SVR bokade jourläkare	**6**	**4**	**24**	**9**	0	1	44
SVR bokade specialist	**0**	**2**	**3**	**1**	1	0	7
Akutmottagningen på egen hand	**13**	**3**	**3**	**20**	0	0	38
SVR Ambulans	**2**	**1**	**1**	**1**	0	0	5
DSSK/Sjuksköterska*	**20**	**6**	**1**	**6**	1	1	35
Egen kontakt läkare sjukhusmottagning*	**5**	**6**	**1**	**3**	1	1	17
Totalt	130	69	40	51	5	3	298

Tabellnot*= Korrigeringar gjorda utifrån uppgifter från sjuksköterskans journalanteckning och vårddatalagret.

Tabell 8. Sammanställning av utfallet för Östergötland i föregående tabell.

Typ av fall	Andel	Antal
Fall där SVR höjer nivån från info till läkarbesök/dssk i primärvård	10,7	32
Fall där SVR höjer nivån till akutvård	12,8	38
Oförändrad nivå	52,3	156
Fall där SVR sänker förväntad nivå	21,5	64
Totalt	97,3	290
Uppgift saknas	2,7	8
Totalt	100,0	298

Tabell 9. Beräkningsunderlag för Jämtland. Patientens egen bedömning av vårdbehovet (Fråga 9) och vad patienten gjorde efter samtalet med 1177 (Fråga 10)

	Info. och egenvård	Primärvård	Jour-mottagning	Akut-mottagning	Annan vårdgivare	Ingen uppgift	Totalt antal
Avvaktade	**70**	**8**	**0**	**3**	1	1	83
Telefon VC/HC diskutera	**15**	**10**	**2**	**0**	0	0	27
Kontakt primärvård läkartid	**22**	**11**	**3**	**3**	0	0	39
SVR ordnade telekontakt PV	**4**	**7**	**2**	**4**	0	1	18
SVR bokade jourläkare	**8**	**13**	**12**	**16**	0	2	51
SVR bokade specialist	**3**	**1**	**1**	**1**	0	0	6
Akutmottagningen på egen hand	**9**	**4**	**3**	**18**	1	0	35
SVR Ambulans	**4**	**1**	**1**	**8**	0	2	16
Egen kontakt - avtal	**2**	**2**	**0**	**1**	**2**	0	7
Egen kontakt utan avtal	1	1	0	0	0	0	2
DSSK/Sjuksköterska*	**1**	**0**	**1**	**0**	0	0	2
Ingen uppgift	0	0	0	0	0	2	2
Totalt	139	58	25	56	4	6	288

Tabellnot*= Korrigeringar gjorda utifrån uppgifter från sjuksköterskans journalanteckning och patienternas kommentarer.

Tabell 10. Sammanställning av utfallet för Jämtland i Tabell 9.

Typ av fall	Andel	Antal
Fall där SVR höjer nivån från info till läkarbesök/dssk i primärvård	8,0	23
Fall där SVR höjer nivån till akutvård	11,5	33
Oförändrad nivå	57,3	165
Fall där SVR sänker förväntad nivå	19,8	57
Totalt	96,5	
Uppgift saknas	3,5	10
Totalt	100,0	288

Tabell 11. Skillnad i resursförbrukning utifrån patientens förväntade vårdbehov och vilken vård som patienten faktiskt fick efter samtalet med 1177 i Östergötland

Vårdgivare/ patientens planerade förväntan		Antal	Skillnad (kr) i resursåtgång
Ambulans			
Planerad akutmottagning	Samma	1	0
Planerad primärvårdsjour	Underskattning	1	3000
Planerad primärvård dagtid	Underskattning	1	1500
Planerad egenvård	Underskattning	2	1500
Akutmottagning			
Planerad akutmottagning	Samma	20	0
Planerad primärvårdsjour	Samma*1	3	0
Planerad primärvård dagtid	Underskattning	3	1500
Planerad egenvård	Underskattning	13	1500
Primärvård jourläkare			
Planerad akutmottagning	Överskattning	9	1500
Planerad primärvårdsjour	Samma	24	0
Planerad primärvård dagtid	Samma*2	4	0
Planerad egenvård	Underskattning	6	1500
Specialist/öppen sjukhusvård			
Planerad akutmottagning	Överskattning	4	1750
Planerad primärvårdsjour	Överskattning*3	4	0
Planerad primärvård dagtid	Ganska lika	8	1500
Planerad egenvård	Underskattning	5	1500
Primärvård läkare dagtid			
Planerad akutmottagning	Överskattning	3	3000
Planerad primärvårdsjour	Överskattning	3	1500
Planerad primärvård dagtid	Samma	28	0
Planerad egenvård	Underskattning	13	0
Telefonkontakt primärvård			
Planerad primärvård dagtid	Överskattning	9	1400
Planerad egenvård	Samma*4	11	0
Dssk/sjuksköterska (jour/dag)			
Planerad akutmottagning	Överskattning	6	3300
Planerad primärvårdsjour	Överskattning	1	1800
Planerad primärvård dagtid	Överskattning	6	700
Planerad egenvård	Underskattning	20	0
Egenvård			
Planerad akutmottagning	Överskattning	8	4500
Planerad primärvårdsjour	Överskattning	4	3000
Planerad primärvård dagtid	Överskattning	10	1500
Planerad egenvård	Samma	60	0
Totalt antal		290	

Tabellnot*: Fall med asterisk har oklart resursförhållande, t ex (*3) specialistläkare dagtid är inte lika kostsamt som jourläkare men under jourtid blir det lika kostsamt. (*4) Egenvården kan bestå i att patienten skaffar ytterligare information från en vårdcentral, ett apotek, giftcentralen mm.

Beloppen i ovanstående tabell ska tolkas som merkostnader ifall patienten ursprungliga förväntan hade infriats. När patienten underskattat sitt vårdbehov och rekommenderas akutvård eller specialistvård blir resursbesparing motsvarande

kostnaden för ett läkarbesök i primärvården. Detta för att patienten antas behöva ett snabbt omhändertagande och/eller specialistvård, att då först göra ett besök i primärvården, som en sjuk person gör förr eller senare blir i den meningen ett onödigt besök för det är specialistvård som är rätt vårdnivå.

När patienten underskattat sitt vårdbehov och rekommenderas att göra ett läkarbesök under dagtid i primärvården blir besparingen lika med noll utifrån resonemanget att läkarbesöket är nödvändigt och att det inte finns något annat billigare eller dyrare alternativ.

Respondenternas kommentarer

Kommentarerna kompletteras med respondentens eller patientens ålder och kön samt vad patienten gjorde efter samtalet. Totalt var det cirka 100 kommentarer från respektive län och de följande kommentarerna är ett urval.

Positiva kommentarer

Kvinna 53, avvaktade
Sjukvårdsrådgivningen har varit ett enormt stöd! Spec. när inte sjukvården i övrigt fungerar så bra!

Man 3, avvaktade
Med två barn, 3 och 1 år har vi ringt sjukvårdsupplysningen vid kanske 5 tillfällen sen de föddes och tycker att det är jättebra service. Att kunna ringa någon mitt i natten när 3 månaders bäbisen får sin första förkylning – ovärderligt!

Kvinna, till akutmott på egen hand
Jag fick komplikationer efter förlossning att få igång magen. Men de på akuten ville kolla så att det inte var något värre. 1177 sjuksköterskan ringde upp mig efter, mycket trevlig kvinna. Tack för att ni finns.

Man 12, telefon VC/HC diskutera
Sjukvårdsrådgivningen fungerar jättebra! Man får råd om man skall besöka läkare eller lugna sig vilket känns tryggt när det gäller barn. Tyvärr fungerar primärvården inte speciellt bra. Mvh Lasse pappa till Emil

Kvinna 22, SVR bokade specialist
I det stora hela är sjukvårdsrådgivningen jättebra. Jag har bara pratat med en otrevlig människa där, annars är ni toppen. Tack för att ni finns.

Man 86, DSSK/SSK
Som lekman kan jag inte mer än intyga att de sjuksystrar som svarar på 1177 äro till fullo guld värda för sin yrkesskicklighet.

Kvinna 53, akutmott egen hand
Sjukvårdsrådgivningen tycker jag har fungerat bra, jag har bl.a. fått hjälp genom att de har kontaktat vårdcentralen där de tidigare ej tagit emot mig. Även är systemet bra att de ringer akutmott så de vet att jag kommer. Tycker även att om jag ser längre bak i tiden att de uppmanat till akutvård i de fall jag ringt. De tar inga risker, tryggt.

Kvinna 3, SVR bokade jourläkare
Eftersom tillgängligheten till vårdcentral/sjukhus upplevs som begränsad och svårtillgänglig så upplever jag som förälder till ett infektionskänsligt barn SVR som trygg, mer lättillgänglig, stödjande och hjälpande. Bra!

Man 8, till akutmott på egen hand
Jag tycker det känns tryggt och bra att man kan ringa och rådfråga när som helst. De på vårdcentralen gör också ett bra jobb men det känns svårt att få tag på dem. Man ringer upp och knappar in telefonnummer, då säger de kanske att de ska ringa upp efter ett antal timmar och då är man kanske inte hemma. Det är lite trist. På 1177 får man svar genast. Det är bra.

Kvinna 3, avvaktade
Sjukvårdsrådgivningen är guld värd även då råden kan variera beroende på vem man pratar med. På semester i Jönköping blev vi brydda när det ej fanns någon sjukvårdsrådgivning, det borde finnas överallt. Perfekt sätt att få veta vad man ska göra, få råd, veta vad som kan vara fel och hur man går vidare för en orolig förälder eller en vuxen själv när hälsocentralen ej har telefontid (vilket ej är så många timmar per dag).

Kvinna 60, till akutmott på egen hand
Mycket bra och envis sjuksköterska, jag är också envis, hon vann. Det var en stroke, blev inlagd, hade tur är nästan helt återställd. Får äta medicin resten av livet. Kvarstår svaghet hö sida, svårt skriva, huvudvärk ibland. Ursäkta handstilen!!

Negativa eller blandade omdömen och annat

Kvinna 21, till akutmott på egen hand
Jag anser att det är väldigt dåligt att sjukvårdsrådgivningen kostar pengar. Sköterskan ska dock ha ett plus för hon ringde upp när samtalets bröts för att mina pengar på telefonen tog slut.

Kvinna 6, SVR bokade jourläkare
Väldigt viktigt med ett positivt och serviceinriktat mottagande eftersom det är en kommunikation och en service som sker per telefon. En del har det, inte alla tyvärr!

Kvinna 40, SVR bokade jourläkare
Om man får akuta problem så trodde jag att man skulle få hjälp. Ytterst motvilligt gav hon mig en tid till jourmottagningen efter att jag försökt hela dagen till primärvården, men ej fått något svar. Jag har aldrig träffat en så elak människa per telefon heller. Alla är inte simulanter! Se över personalen.

Kvinna 32, kontakt primärvård läkartid
När jag ringde sjukvårdsrådgivningen i v 43 upplevde jag för första gången att damen som svarade var ganska otrevlig och nonchalant. Alla andra gånger jag ringt har jag fått superbra bemötande. Det var tom en gång som en kvinna ringde upp mig, efter några timmar, och frågade hur det hade gått med min 1-åriga dotter som var febrig och sjuk. Det värmde!

Kvinna 21, kontakt primärvård läkartid
Det jag råkade ut för var (har det konstaterats i efterhand) en ångestattack, vilket är väldigt skrämmande. Att då behöva vänta i drygt 20 minuter i telefon trots att man har plats ett i kön. Det är helt skandalöst! Och var vänliga att låta bli att skicka undersökningar till mig i fortsättningen, jag ber er. Tack!

Man 67, SVR Ambulans
Ligger fortfarande på sjukhus pga upptäckt av tumörer.

Landsting som är anslutna eller kommer att anslutas till 1177 under 2009

Sjukvårdsrådgivningar med telefonnummer 1177 i april 2009.

Jämtlands läns landsting
Landstinget Blekinge
Landstinget Gävleborg
Landstinget Halland
Landstinget i Kalmar län
Landstinget Kronoberg
Landstinget Sörmland
Landstinget i Uppsala län
Landstinget i Värmland
Landstinget i Östergötland
Region Skåne
Stockholms läns landsting
Västra Götalands region
- Fyrbodal
- Göteborg, Södra och Mellersta Bohuslän
- Skaraborg
- Södra Älvsborg

Örebro läns landsting

Landstinget Västmanland och Gotlands kommun har infört sjukvårdsrådgivning och är med i den nationellt samordnade sjukvårdsrådgivningen och använder det gemensamma telefonsystemet men med annat telefonnummer. Dessa huvudmän kommer att införa kortnumret 1177 under hösten 2009:

Under 2010 ansluter sig:
Västerbottens läns landsting,
Landstinget i Jönköpings län
Landstinget Västernorrland
Norrbottens läns landsting

Källa: Sjukvårdsrådgivningens hemsida www.1177.se (Flik: Om 1177) och SVR AB.

UTVÄRDERING AV SJUKVÅRDSRÅDGIVNINGEN 1177 I ÖSTERGÖTLAND OCH JÄMTLAND

Linköpings Universitet genomför på uppdrag av Landstinget i Östergötland och Sjukvårdsrådgivningen 1177 en undersökning om nytta och effekter av Sjukvårdsrådgivningen i Östergötland och Jämtland.

Linköpings universitet

UTVÄRDERING AV SJUKVÅRDSRÅDGIVNINGEN 1177

I den här undersökningen vänder vi oss till dig som nyligen har erfarenhet av Sjukvårdsrådgivningen (SVR). Du är utvald tillsammans med 1400 andra personer i Östergötland och Jämtland. Dina svar är helt anonyma. Löpnumret på tredje sidan behövs för att hålla ordning på adresslistor och för avprickning av inkomna formulär. De som sköter dessa listor har tystnadsplikt.

Svaren kommer att skannas in i dator och analyseras utan personuppgifter så enskilda svar kan inte urskiljas i bearbetningen eller i redovisningen av materialet. En del uppgifter kommer att hämtas från andra register i sjukvården. Resultaten kommer att sammanställas i en offentlig rapport och delges Sjukvårdsrådgivningen och landstingens politiker och tjänstemän under 2009.

Dina svar är mycket värdefulla för att vi ska få en riktig uppfattning hur dagens sjukvård fungerar och kunna planera för framtiden. Det tar cirka 5-10 minuter att besvara frågorna. Om Du inte kan eller inte vill svara på enkäten ber vi Dig att återsända formuläret eller meddela de som sköter enkätadministrationen att du inte kommer att besvara enkäten. På så sätt undviker vi att onödiga påminnelser skickas till dig.

Behöver Du fråga?

Om Du vill ha hjälp med frågor i formuläret eller om Du vill fråga om undersökningen – var vänlig och ring eller skriv e-post till någon av följande personer:

If you have any questions, please call or e-mail any of the following persons:

☎ ✉

Frågor om formuläret, avprickning, sekretess och liknande besvaras av:

Assistent Maritza Jackleus,
Försörjningscentrum
Landstinget i Östergötland

010-103 02 02
e-post: maritza.jackleus@lio.se

Assistent Marie Jonsson
Försörjningscentrum
Landstinget i Östergötland

010-103 02 03
marie.b.jonsson@lio.se

Frågor om själva studien, datahantering, analys m.m. besvaras av:

Projektledare Dr Mikael Rahmqvist
Institutionen för medicin och hälsa
Linköpings Universitet

013-22 49 94
e-post: mikael.rahmqvist@liu.se

Hälsoekonom Magnus Husberg
Institutionen för medicin och hälsa
Linköpings Universitet

013-22 49 85
magnus.husberg@liu.se

Instruktion: Som svar på varje fråga ska Du kryssa i en ruta. Enkätsvaren kommer att läsas maskinellt av en skanner. För skannern är det tydligast med kryss från hörn till hörn som i detta exempel: ☒

Om du kryssar i fel ruta kan du täcka den rutan helt och kryssa på nytt i rätt ruta, som i detta exempel: ■ ☒

fel svar rätt svar

Denna enkät gäller Din kontakt med Sjukvårdsrådgivningen 1177 i vecka 43 (20-26 oktober) – om Du ringt flera gånger till SVR under denna vecka var vänlig och besvara frågorna utifrån Dina erfarenheter av den senaste kontakten.

I en del fall ringer föräldrar eller en anhörig till patienten för att fråga Sjukvårdsrådgivningen 1177 om något som gäller deras barn respektive anhöriga. Det är viktigt att vi kan skilja på vem som besvarar denna enkät och vem som är patient.

1. Ringde du Sjukvårdsrådgivningen 1177 för egen del:

Ja ❑ var god och fortsätt med **fråga 5**

Nej ❑ var god och fortsätt med **fråga 2**

2. Om samtalet till SVR gällde inte gällde dig, vem var patienten som du ringde för?

Det barn jag är målsman för ❑

En anhörig/någon annan person ❑

3. Vilket år är Du född som ringde till SVR och/eller besvarar enkäten men inte var patient? Var god och skriv hela årtalet.

Jag är född år ___| ___| ___| ___

4. Är Du som besvarar enkäten åt någon annan kvinna eller man

Kvinna ❑

Man ❑

5. Är Du (som patient) kvinna eller man?

Kvinna ❑

Man ❑

6. Vilket år är Du (som patient) född? Var god och skriv hela årtalet.

Född år ___| ___| ___| ___

7. Vilken tid ringde Du till Sjukvårdsrådgivningen – om Du ringt flera gånger till SVR under vecka 43 – ber vi Dig välja den senaste kontakten i den veckan.

❑ En vardag mellan kl. 8-17

❑ En kväll, natt och/eller helgdag ___| ___| ___| ___

8. Hur bedömer Du dina besvär när Du i vecka 43 ringde till Sjukvårdsrådgivningen 1177, välj det alternativ som stämmer bäst?

- ❑ Jag hade inga speciella besvär utan ringde för att få veta mer om en sjukdom, en diagnos eller för att få annan sjukvårdsinformation
- ❑ Mina besvär var måttliga
- ❑ Mina besvär var ganska svåra
- ❑ Mina besvär var svåra
- ❑ Mina besvär var mycket svåra

9. Vilken sjukvård ansåg Du dig vara i behov av när Du ringde till Sjukvårdsrådgivningen 1177 i vecka 43?

- ❑ Jag ville i första hand bara få information om min sjukdom och/eller hur jag kunde lindra mina besvär med egenvård
- ❑ Innan kontakten med Sjukvårdsrådgivningen hade jag tänkt försöka få en tid för ett läkarbesök i primärvården på en vårdcentral/hälsocentral
- ❑ Innan kontakten med Sjukvårdsrådgivningen hade jag tänkt uppsöka en jourmottagning
- ❑ Innan kontakten med Sjukvårdsrådgivningen hade jag tänkt uppsöka en akutmottagning
- ❑ Innan kontakten med Sjukvårdsrådgivningen hade jag tänkt uppsöka någon annan

vårdgivare: _____

10. Vad gjorde Du efter samtalet med Sjukvårdsrådgivningen 1177? – Välj ett av följande alternativ:

- ❑ Jag avvaktade utvecklingen för mina besvär utan att direkt ta någon kontakt med sjukvården
- ❑ Jag tog själv telefonkontakt med primärvården (vårdcentral/hälsocentral) för att få diskutera mitt fall med en sjuksköterska eller läkare
- ❑ Jag tog själv kontakt med primärvården (vårdcentral/hälsocentral) för att få en läkartid
- ❑ SVR ordnade en telefonkontakt med min vårdcentral/hälsocentral
- ❑ SVR bokade en tid åt mig för undersökning av distriktsläkare på en jourcentral
- ❑ SVR bokade en tid åt mig för undersökning av specialistläkare på en sjukhusmottagning
- ❑ SVR uppmanade mig att uppsöka närmsta akutmottagning och jag tog mig till akutmottagningen på egen hand
- ❑ SVR ordnade en ambulans åt mig för omgående transport till akutmottagningen
- ❑ Jag tog själv kontakt med en annan vårdgivare/specialistläkare som jag tror har ett avtal med landstinget
- ❑ Jag tog själv kontakt med en annan vårdgivare/terapeut som jag inte tror har ett avtal med landstinget

- ❑ Annat _____

11. Hur många gånger har Du ringt Sjukvårdsrådgivningen 1177 och talat med en sjuksköterska om Dina sjukdomsbesvär de senaste 3 månaderna?

En gång ❑ Två gånger ❑ Tre gånger eller mer ❑

12. Hur många gånger har Du ringt till Din vårdcentral/hälsocentral och talat med en sjuksköterska angående Dina sjukdomsbesvär de senaste 3 månaderna?

Ingen alls ❑ En gång ❑ Två gånger eller mer ❑

13. Vad anser Du allmänt om tillgängligheten per telefon för Din vårdcentral/hälsocentral - är det lätt eller svårt att komma fram per telefon till någon som kan hjälpa dig?

Mycket svårt						Mycket lätt	Har aldrig ringt
1	2	3	4	5	6	7	
❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑

14. Hur många gånger har Du besökt en läkare på en <u>vårdcentral eller hälsocentral</u> för undersökning eller behandling de senaste 3 månaderna (oavsett vilken vårdcentral, hälsocentral eller jourcentral).

Ett besök ❑ Två besök ❑ Tre besök eller fler ❑

Har inte besökt en läkare på en vårdcentral, hälsocentral eller jourcentral ❑

15. Hur många gånger har Du besökt en läkare på en <u>sjukhusmottagning</u> för undersökning eller behandling de senaste 3 månaderna (oavsett vilken mottagning)**?**

Ett besök ❑ Två besök ❑ Tre besök eller fler ❑

Har inte besökt en läkare på en sjukhusmottagning ❑

16. Har Du varit inlagd på sjukhus någon gång de senaste 3 månaderna?

Ja, en gång ❑

Ja, flera gånger ❑

Nej, ingen gång ❑

17. Hur bedömer Du Ditt hälsotillstånd just nu?

Fullständigt frisk ❑

Ganska frisk ❑

Ganska sjuk ❑

Mycket sjuk ❑

När Du besvarar följande frågor om Sjukvårdsrådgivningen 1177 har Du möjlighet att välja mellan sju rutor att fylla i från 1 till 7. Sätt ett kryss i den ruta som bäst överensstämmer med Din upplevelse av Ditt (senaste) samtal i vecka 43.

18. Vad anser Du om väntetiden innan Du fick tala med en sjuksköterska på Sjukvårdsrådgivningen 1177?

Mycket lång						Mycket kort
1	2	3	4	5	6	7
❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑

19. Hur upplevde Du bemötandet av sjuksköterskan på Sjukvårdsrådgivningen 1177?

Mycket dåligt						Mycket bra
1	2	3	4	5	6	7
❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑

20. Hur upplevde Du att sjuksköterskan lyssnade på Dig och Dina problem under samtalet?

Otillräckligt						Helt tillräckligt
1	2	3	4	5	6	7
❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑

21. Förstod Du den information om Din sjukdom eller Dina problem som Du fick under samtalet med Sjukvårdsrådgivningen 1177? Informationen var:

Obegriplig						Helt begriplig	Fick ingen information
1	2	3	4	5	6	7	
❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑

22. Hur uppfattade Du de medicinska råd som du fick av sjuksköterskan? Såvitt jag kan bedöma var de medicinska råden:

Mycket dåliga						Mycket bra	Inte aktuellt
1	2	3	4	5	6	7	
❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑

23. Anser Du att ni under samtalet blev överens om vad du skulle göra härnäst med din sjukdom och/eller dina besvär?

Inte alls överens						Helt överens
1	2	3	4	5	6	7
❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑

24. Vad fick Du för svar eller råd av sjuksköterskan på Sjukvårdsrådgivningen? Obs att flera svar är möjliga att ge!

- ❑ Jag blev uppmanad att ringa 1177 igen om tillståndet försämrades
- ❑ Jag fick råd till egenvård
- ❑ Sjuksköterskan kopplade mig till en annan person i sjukvården
- ❑ Jag blev uppmanad att ta kontakt med en vårdcentral/hälsocentral
- ❑ Jag blev uppmanad att ta kontakt med en specialistläkare
- ❑ Sjuksköterskan bokade en tid åt mig på en sjukhusmottagning
- ❑ Sjuksköterskan bokade en tid åt mig på en jourmottagning
- ❑ Sjuksköterskan uppmanade mig att söka hjälp på närmsta akutmottagning
- ❑ Sjuksköterskan kallade på ambulans åt mig
- ❑ Jag fick ett annat råd – nämligen:

_____

_____

24. Hur nöjd är Du totalt sett med Sjukvårdsrådgivningen utifrån den senaste kontakten eller de senaste kontakter som Du haft?

Missnöjd						Helt nöjd
1	2	3	4	5	6	7
❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑

Den sista frågan gäller endast de som bor i Östergötland.

I Östergötland är numret 1177 gemensamt för både Sjukvårdsrådgivningen, länets akutmottagningar och jourcentralerna (utom Finspång).

25. När Du ringde 1177 var det för att komma i kontakt med akutmottagningen eller jourcentralen?

Ja, jag ville komma i kontakt med akutmottagningen ❑

Ja, jag ville komma i kontakt med jourcentralen ❑

Nej, jag ville komma i kontakt med sjukvårdsrådgivningen ❑

Här nedan finns det utrymme för egna kommentarer om Sjukvårdsrådgivningen och den sjukvård som Du fått den senaste tiden.

Ett stort tack för Din medverkan!

Var vänlig och skicka Dina svar med det bifogade portofria svarskuvertet.

Linköpings universitet

Linköping i oktober 2008

Till Dig som har erfarenhet av Sjukvårdsrådgivningen 1177 i Östergötland eller Jämtland

Alla verksamheter inom sjukvården kvalitetsgranskas på olika sätt och på uppdrag av Landstinget i Östergötland och Sjukvårdsrådgivningen SVR AB genomför nu Universitetet i Linköping en studie som syftar till att utreda nytta och effekter av sjukvårdsrådgivningen. Du är slumpmässigt vald att delta utifrån Sjukvårdsrådgivningens patientregister, d v s det är inte alla patienter som ringt Sjukvårdsrådgivningen som får en enkät.

Ditt deltagande är helt frivilligt och vi hoppas att du ser ett värde i att delta. Dina och ditt barns erfarenheter är av stor betydelse för att denna studie ska kunna ge ett bra svar på hur sjukvårdsrådgivningen fungerar i praktiken och ert bidrag kan bli en viktig del för planeringen av länens framtida hälso- och sjukvård. Vi ber Dig att om möjligt besvara enkäten tillsammans med barnet/tonåringen.

Studien har godkänts av landstingets personuppgiftsombud och Etikprövningsnämnden i Linköping. En del uppgifter från Sjukvårdsrådgivningens samtalsregistrering kommer att adderas till enkätsvaren och för er som tillhör Östergötland kan även en del uppgifter från Landstingets vårddatalager komma att kopplas till enkätsvaren. All register-hantering görs av personal i Landstinget i Östergötland och de arbetar under samma sekretess som all annan sjukvårdspersonal.

Dina eller era svar kommer att vara helt anonyma. Det löpnummer som finns på enkäten används för adressering och avprickning av inkomna enkäter och de som har hand om enkäterna har tystnadsplikt. Det material som Universitetet analyserar kommer inte att innehålla några personuppgifter så enskilda svar kan inte urskiljas i redovisningen av materialet. Resultaten kommer att sammanställas i en offentlig rapport och delges Sjukvårdsrådgivningen och landstingens politiker och tjänstemän under 2009. Om Du har frågor om undersökningen/datahanteringen eller om något i enkäten kan Du vända Dig till undertecknad eller någon annan av de personer som finns namngivna i början av frågeformuläret.

Med vänlig hälsning

Mikael Rahmqvist

Projektledare och ansvarig forskare för studien
Institutionen för medicin och hälsa
Linköpings Universitet
013-22 49 94
e-post: mikael.rahmqvist@liu.se

CMT RAPPORTSERIE/CMT DISCUSSION PAPERS

(Reports with titles in English in brackets are only available in Swedish)

1986:1 P Carlsson, B Jönsson: Makroekonomisk utvärdering av medicinsk teknologi - En studie av introduktionen av cimetidin för behandling av magsår (Medical technology assessment in a macroeconomic perspective - A study of the introduction of cimetidine for treatment of ulcers)

1986:2 L-Å Levin: Betablockerare som profylaktisk behandling efter akut hjärtinfarkt - en samhällsekonomisk analys (Beta-blockers as prophylaxis after acute myocardial infarction - a cost-effectiveness study)

1986:3 B Jönsson: Prevention som medicinsk teknologi - hälsoekonomiska aspekter (Prevention as a medical technology - economic aspects)

1986:4 B Jönsson: Economic aspects of health care provision - is there a current crisis?

1986:5 B Jönsson: The economics of drug regulation

1986:6 P Carlsson, H-G Tiselius: Utvärdering av alternativa teknologier för behandling av urinvägskonkrement - uppläggning av studien (Evaluation of alternative technologies for treatment of upper urinary tract calculi - study design)

1986:7 S Björk, A Bonair: Att mäta livskvalitet (Quality of life measurements)

1986:8 G Karlsson: Samhällsekonomisk utvärdering av käkbensförankrade broar - en förstudie (Economic evaluation of jaw-bone anchored bridges - a pilot study)

1986:9 Verksamhetsberättelse 1985/86 och plan för 1986/87

1986:10 P Carlsson, H-G Tiselius: Utvärdering av stötvågsbehandling av njursten - Redovisning av ett års verksamhet (Evaluation of extracorporeal shockwave lithotripsy treatment for upper urinary tract calculi - The first year experiences)

1986:11 B Jönsson: Health Economics in the Nordic Countries: Prospects for the Future

1986:12 B Jönsson: Cost Benefit Analysis of Hepatitis-B Vaccination

1987:1 P Carlsson, B Jönsson: Assessment of Extracorporeal Lithotripsy in Sweden

1987:2 P Carlsson, H Hjertberg, B Jönsson, E Varenhorst: The cost of prostatic cancer in a defined population

1987:3 B Jönsson, S Björk, S Hofvendahl, J-E Levin: Quality of Life in Angina Pectoris. A Swedish Randomized Cross-Over Comparison between Transiderm-Nitro and Long-acting Oral Nitrates

1987:4 Verksamhetsredovisning 1986/87 och plan för 1987/88

1987:5 B Jönsson: Ekonomiska konsekvenser av de nya behandlingsriktlinjerna för hypertoni (Economic consequences of new guidelines of hypertension

1987:6 B Jönsson, G Karlsson: Cost-Benefit of Anesthesia and Intensive Care

1987:7 J Persson, L Borgquist & C Debourg: Medicinsk teknik i primärvården. En enkätstudie riktad till vårdcentraler och medicintekniska avdelningar (Medical devices in primary health care)

1988:1 J Persson (ed.): Innovation assessment in rehabilitation. Workshop proceedings

1988:2 C Debourg, L Borgquist & J Persson: Fördelning av hjälpmedel och kostnad på sjukdomsgrupp (Aids for disabled and costs related to groups of diagnoses)

1988:3 BJönsson, G Karlsson & R Maller: Ekonomisk utvärdering av antibiotika (Economic evaluation of antibiotics)

1988:4 Carlsson, P: Stötvågsbehandling av gallsten (ESVL-G) En konsekvensanalys av att införa ESVL-G i den sydöstra sjukvårdsregionen (Extracorporeal shock Wave lithotripsy treatment of biliary stones - A consequence analysis of an introduction of the technology in the south-east health care region)

1988:5 Carlsson, P: Extrakorporal stötvågslitotripsi vid behandling av njursten och gallsten (Extracorporeal shock wave lithotripsy in treatment of renal and biliary stones)

1988:6 Andersson, F & Gerdtham, U: En studie av sjukvårds- utgifternas bestämningsfaktorer i ett internationellt och nationellt perspektiv (A Study of the Determinants of Health Expenditures in a National and International Perspective)

1988:7 Bonair, A: Spridning av medicinsk teknologi - en internationell jämförelse (Diffusion of medical technology - an international comparison)

1988:8 Andersson, F, Brodin, H & Stalfelt A-M: Kostnader för behandling av akut myeloisk leukemi - En analys av kostnadsvariationer över tiden (The Cost of Treating Acute Myeloid Leukemia - An Intertemporal Cost Analysis)

1988:9 Gerdtham, U, Andersson, F, Sögaard, J & Jönsson, B: Econometric analysis of health care expenditures A cross-section study of the OECD-countries

1989:1 Persson J: Ethical codes in biomedical and clinical engineering - an international comparison

1989:2 Gerdtham U: Läkemedelsförsörjningen i Sverige (The Provision of Pharmaceuticals in Sweden)

1989:3 Andersson, F: Effektiv patenttid för nya läkemedelssubstanser registrerade i Sverige 1965-1987 (Effective Patent Life of New Chemical Entities Approved in Sweden between 1965 and 1987

1989:4 Rehnberg, C, Westerberg, I & Carlsson, P: Hälso- och sjukvård i Kanada. En analys av organisation, styrning och finansiering (Health care in Canada - Organisation, Management and Financing)

1989:5 Carlsson, P, Pedersen, K, Varenhorst, E: Ekonomisk utvärdering av prostatacancerscreening med dubbelpalpation - En pilotstudie på vårdcentraler i Norrköping (Economic evaluation of screening for prostate cancer with digital palpation)

1989:6 Falk, J, Haglund, J, Hultberg, T & Persson, J: Blodtrycksmätning i primärvården (Indirect measurement of blood pressure in primary health care)

1989:7 Jönsson, B & Karlsson, G: Neonatal intensivvård av barn med mycket låg födelsevikt (Economic aspects of neonatal intensive care of very-low-birth-weight infants)

1989:8 Jönsson, B, Horisberger B, Bruguera, M & Matter:L: Cost-benefit analysis of hepatit-B vaccination. A Computerised decision model for Spain

1989:9 Jönsson, B: Medicinsk teknologi - utveckling, utnyttjande och utvärdering (Medical technology - development, utilization and assessment)

1990:1 Johannesson, M, Borgquist, L, Elenstål, A, Jönsson, B, Tilling, B: Läkemedels- och konsultationskostnad för hypertoni vid en vårdcentral (Hypertension treatment in an out-patient setting: the costs of drugs and physician visits)

1990:2 Johannesson, M, Jönsson, B, & Gerdtham, U-G: Kostnads-effektanalys av behandling mot högt blodtryck - en metodstudie (Cost-effectiveness analysis of hypertension treatment - methodological issues)

1990:3 Gerdtham, U-G: Den förändrade åldersstrukturens effekt på sjukvårdskostnaderna (Implications of the changing age structure on the health care costs)

1990:4 Jönsson, B: The cost of diabetes and the cost-effectiveness of interventions

1990:5 Johannesson, M & Jönsson, B: Cost-effectiveness analysis of hypertension treatment - methodological issues

1990:6 Persson, J, Fagnani, F, Hutton, J, Jorgensen, T & Saranummi, N: Survey of Health Care Systems and Potential of Information Technology

1990:7 Johannesson, M, Borgquist, L, Jönsson, B & Råstam, L: Kostnaderna för behandling av hypertoni i Sverige - en analys av olika interventionsgränser och behandlingsmix (The costs of hypertension treatment in Sweden - an analysis of various intervention strategies and mix of treatment)

1990:8 Jönsson, B, Brorsson, B, Carlsson, P & Karlsson, G: Assisterad befruktning vid ofrivillig barnlöshet. Hälsoekonomiska aspekter. (Artificial fertilization in case of unwanted childlessness - economic aspects)

1991:1 Ekberg, K, Lindén, M & Persson, J: Medicinsk teknik och arbetsmiljö. Del I: Effekter på hälsa, vårdkvalitet och säkerhet. Del II: Klinikvis redovisning. (Medical technique and working environment Part I: Effect on health, quality of care and security. Part II: A record of performance on clinic level)

1991:2 Garpenby, P: Ny organisation för psykiatrin i Östergötland - en studie av implementering inom ett landsting. (A new organization of psyciatric care in Östergötland - a study of implementation in a County Council)

1991:3 Johannesson, M, Hedbrant, J & Jönsson, B: A computer simulation model for cost-effectiveness analysis of cardiovascular disease prevention

1991:4 Nordenfelt, L: Quality of Life and Health Promotion. Two Essays in the Theory of Health Care

1991:5 Carlsson, P, Garpenby, P, Bonair, A: Kan sjukvården styras? En rapport om spridning och kontroll av medicinsk teknologi. (Is control of health care possible? A report on the diffusion and control of medical technology.)

1991:6 Brodin, H: Köer till vård - Myt och verklighet.
(Queues in health care - myth and reality)

1991:7 Carlsson, P, Tiselius, H-G, Borch, K: Some aspects of extracorporeal shock wave lithotripsy for renal and biliary stone treatment

1991:8 Rehnberg, C: Primärvård i privat entreprenad - En sammanfattning av ett års verksamhet i Norrköping. (Primary Care on contract - a summary of the first year in Norrköping)

1992:1 Carlsson, P, Jönsson, B, Ahlstrand, C: Prevalence and costs of benign prostatic hyperplasia in Sweden

1992:2 Persson, J (ed.): Advancing the role of biomedical engineering in health care technology assessment. Proceedings of a joint session organized by IFMBE (International Federation for Medical and Biological Engineering) and ISTAHC (International Society of Technology Assessment in Health Care), at the ISTAHC Eighth Annual Meeting, Vancouver, June 14-20, 1992

1992:3 Jonsson, D, Zethraeus, N, Mansfield, M, Wålinder, J: Hälsoekonomisk analys av klozapinbehandling vid farmakoterapifraktär scizofreni - en pilotstudie

1992:4 Bonair, A, Persson J: Innovation and technology transfer in health care. COMETT-ASSESS General Overview

1992:5 Carlsson, P, Varenhorst, E, Pedersen, K: Assessment of screening for carcinoma of the prostate - An introduction

1992:6 Carlsson, P, Ahlstrand, C, Jönsson, B. Surgical treatment of benign prostatic hyperplasia - Manifestations, complications and costs

1992:7 Chowdhury, S, Persson, J. Videophones for Surgeon - Pathologist Consultations: A Pre-implementation Study

1993:1 Johannesson M, Jönsson B. Ekonomisk utvärdering av osteoporos prevention

1993:2 Carlsson P, Hedbrant J, Pedersen K, Varenhorst E, Gray D. An evaluation of prostate cancer screening using a decision analytic model

1993:3 Hass U, Persson J, Brodin H, Andersson A. Utvärdering av datorbaserade hjälpmedelsteknologier - effekter och kostnader. En utvärdering initierad av REDAH-projektet

1993:4 Karlsson G. Att mäta behandlingsresultat inom sjukvården. En teoretisk jämförelse mellan QALYs och HYEs. Arbetsrapport

1994:1 Garpenby P. Introduktion av metoder inom psykiatrin i Blekinge, Västmanland och Östergötland - en jämförande studie

1994:2 Garpenby P, Carlsson P. Utvärdering och förslag till organisation av nationella register för kvalitetskontroll inom hälso- och sjukvården

1994:3 Skargren E, Carlsson P, Gade M, Rosenbaum A, Tropp H, Öberg B, Ödman UM. En jämförelse av två behandlingsstrategier - kiropraktik och sjukgymnastik - vid rygg/nackbesvär

1994:4 Lindvall P, Karlsson G. Primärvård under kommunalt huvudmannaskap. En första bild av försöksverksamheten i Katrineholms kommun

1994:5 Rahmqvist M, Carlsson P. Ålder och andra faktorers betydelse för ohälsa och vårdutnyttjande

1994:6 Karlsson G, Lindvall P. Kommunal primärvård i Katrineholm. Vårdutnyttjande 1990-1992

1995:1 Lundh U. De äldre östgötarnas levnadsförhållanden, hälsa och erfarenheter av hälso- och sjukvård

1995:2 Hass U, Karlsson G. Sambandet mellan kostnader för hjälpmedel och andra insatser för personer med funktionsnedsättningar

1995:3 Lindvall P, Karlsson G, Rosén I. Primärvårdsförsöket i Katrineholm. En lägesbild av verksamheten utifrån ett personalperspektiv

1995:4 Andersson A, Brodin H. Rehabilitering/habilitering av döva och dövblinda med ytterligare funktionsnedsättningar - en ekonomisk pilotstudie

1995:5 Karlsson G, Andersson A. Hjälpmedel till personer med funktionsnedsättning - en hälsoekonomisk analys

1995:6 Hass U, Persson J, Brodin H, Andersson A. Brukarinflytande och hjälpmedelsval - betydelse för hjälpmedelsförskrivning, livskvalitet och kostnader

1995:7 Karlsson G, Lindvall P, Rosen I. Kommunal primärvård i Katrineholm. Vårdutnyttjande, vårdkvalitet och hälsa utifrån ett befolkningsperspektiv

1995:8 Jonsson D, Husberg M. Hälsoekonomisk utvärdering av rehabilitering för personer sjukskrivna mer än 30 dagar. En jämförande studie i Östergötland

1995:9 Jonsson D, Husberg M. Samhällsekonomiska aspekter på reumatisk sjukdom

1995:10 Holmberg H, Carlsson P. Primärvård i privat och offentlig regi - En uppföljning av primärvårdsverksamheten i Norrköping

1995:11 Bäckman K, Jonsson D. Utvärdering av den särskilda ersättningen för rehabiliterings- och behandlingsinsatser inom hälso- och sjukvården (Dagmar 485) i Östergötland åren 1991-1994

1995:12 Skargren E, Carlsson P, Gade M, Rosenbaum A, Tropp H, Öberg B, Ödman UM. Kostnads- och effektanalys av behandling med kiropraktik eller sjukgymnastik vid rygg-/nackbesvär - Uppföljning efter 6 månader

1996:1 Varenhorst E, Carlsson P, Hagström I, Holmberg H, Lindahl T, Löfman O, Noorlind Brage H, Pedersen K, Wågermark J. Sex års erfarenhet med screening för prostatacancer - en pilotstudie på vårdcentraler i Norrköping

1996:2 Ardeby O, Persson J, Borgquist L. Medicinsk teknik i primärvården - utveckling 1986-1995

1996:3 Rahmqvist M, Bäckman K. Landstingsenkät -95. Östgötarnas erfarenheter av primärvård, sjukhusvård och tandvård

1996:4 Garpenby P. Att omsätta psykiatrireformen i handling - en första redovisning från Östergötland

1996:5 Konsensusuttalande. God strokevård i Östergötland. Landstinget i Östergötland i samarbete med Centrum för utvärdering av medicinsk teknologi

1996:6 Hass U, Jonsson D. Uppföljning av kostnaderna för lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade under 1994 (LSS 1992/93)

1996:7 Garpenby P, Carlsson P. Nationella kvalitetsregister inom hälso- och sjukvården - en uppföljande studie

1996:8 Lindvall P. Introduktion av nya teknologier vid behandling av schizofreni under perioden 1935 - 1990

1996:9 Bäckman K, Brodin H. Äldres färdtjänstutnyttjande - bakgrundsfaktorer med exempel från Norrköping

1996:10 Rahmqvist M, Bäckman K. Östgötarnas hälsa, levnadsvanor och läkemedelsförbrukning

1996:11 Ardeby O, Ausmeel H, Persson J. Internet som verktyg för hälso- och sjukvården - handledning och exempel

1996:12 Persson J, Brodin H. Prototype tool for assistive technology cost and utility evaluation

1996:13 Holmberg H, Carlsson P, Varenhorst E, Kalman D. Ekonomiska konsekvenser av nya medicinska metoder i vården av prostatacancer. - En beräkning av sjukvårdskostnader under hela vårdperioden

1997:1 Jonsson D, Husberg M. Utvärdering av olika vårdalternativ inom mödrahälsovården i Östergötland - Kostnader, vårdkonsumtion och vårdkvalitet

1997:2 Jonsson D, Husberg M. Uppföljning av kostnaderna för lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade under 1995 (LSS 1992/93)

1997:3 Rahmqvist M, Garpenby P. Kommunal primärvård i Katrineholm. Vårdutnyttjande, vårdkvalitet och hälsa - en jämförelse mellan 1993 och 1996

1997:4 Larsson SA, Garpenby P, Lindvall P. Kommunal primärvård i Katrineholm. Perspektiv på utveckling och samverkan

1997:5 Garpenby P, Lindvall P. Primärvård under kommunalt huvudmannaskap. CMTs analys av försöket i Katrineholm

1997:6 Jonsson D, Rahmqvist M, Husberg M. Psykiska besvär bland långtidssjukskrivna i Östergötland

1997:7 Lindvall P. Interna budgetöverenskommelser vid Lasarettet i Motala - Rationell styrning eller mode?

1997:8 Jonsson D, Husberg M. Samhällsekonomiska aspekter på användning av neuroleptika

1997:9 Rahmqvist M, Jonsson D. Psykisk ohälsa och vårdutnyttjande i Östergötland 1991 - 1995

1998:1 Lundh U, Sandberg J. De äldre östgötarnas levnadsförhållanden, hälsa och erfarenheter av hälso- och sjukvård

1998:2 Hass U, Persson J, Brodin H, Andersson A. Utvärdering av datorbaserade hjälpmedelsteknologier. En utvärdering initierad av REDAH-projektet. Slutrapport mars 1998

1998:3 Byrsjö J, Persson J. Information för hälso- och sjukvården vid Internet och CD-ROM - en annoterad förteckning

1998:4 Andersson A, Levin L-Å. Sjukvård i hemmet - en litteraturgenomgång

1998:5 Sennfält K. Kostnadsnyttoanalys av behandlingar vid kronisk njursvikt. En pilotstudie

1998:6 Vimarlund V, Timpka T, Ferraz Nunez J, Jonsson, D. Utvärdering av yrkesrehabilitering

1998:7 Jonsson D, Husberg M, Foldemo A. Hälsoekonomisk utvärdering av psykiatrireformen i Östergötland

1998:8 Garpenby P, Larsson SA. Att genomföra psykiatrireformen i vardagen - en uppföljande studie från Östergötland

1998:9 Garpenby P, Byrsjö J. Den medicinska faktadatabasen MARS inom Socialstyrelsen - en utvärdering

1998:10 Ceder M, Garpenby P. Patientinformation avseende bröstcancer och diabetes - en utvärdering

1998:11 Öberg B, Funkesson K. En beskrivning av rehabiliteringskedjan mellan kommun och landsting i Östergötland. Patienters, anhörigas och personalens perspektiv

1998:12 Löfström L. Riskfaktorer och Resultat inom Hjärtkirurgin - från data till information och åtgärder. En introduktion till litteratur och metoder

1999:1 Rahmqvist M, Johansson G. Patienttillfredsställelse i öppen och sluten sjukhusvård i Östergötland 1997

1999:2 Hass U, Persson J. Utvärdering av ortoser och ortopedteknisk verksamhet

1999:3 Garpenby P, Larsson SA. Inställningen till vårdprogram bland personal inom barn- och ungdomspsykiatrin – en lägesrapport från Östergötland

1999:4 Jonsson D, Husberg M. Hälsoekonomisk utvärdering av Rehabhuset von Platen – EU-projekt: Socialfond mål 3

1999:5 Jonsson D, Husberg M. Samhällsekonomiska kostnader för reumatiska sjukdomar

1999:6 Garpenby P, Larsson SA. Hälsoinformation via Internet, bibliotek och patientinformationscentraler – en systematisk litteraturgranskning

1999:7 Sennfält K, Carlsson P, Magnusson M. Kostnadsnyttoanalys vid behandling av kronisk njursvikt, med fokus på hämodialys och peritonealdialys

1999:8 Rahmqvist M, Lindgren I, Larsson S. Hörselstudien 1998: Nytta av hörapparat och erfarenheter av hörselvården i Östergötland

2000:1 Larsson SA, Schmidt A, Persson J. Dövblindas upplevelser och erfarenheter av projektet ”Nya möjligheter i arbetslivet”. Delprojekt för dövblinda inom EU-projektet Horizon

2000:2 Bäckman K, Schmidt A, Carlsson P, Karlsson E. Hjärtsjukdomars samhällskostnader

2000:3 Garpenby P, Husberg M. Hälsoinformation idag och i morgon. Östgötarnas användning av och förtroende för olika informationskällor

2000:4 Jonsson D, Husberg M. Samhällsekonomiska kostnader för reumatoid artrit och fibromyalgi

2000:5 Larsson SA, Jonsson D. Utvärdering av Dagmarmedel i Östergötland 1995-1999

2001:1 Lundh U. Äldres hälsa. En studie av befolkningen i Östergötland och Kalmar län

2001:2 Hellbom G, Samuelsson K, Jonsson D, Persson J. Instrument för resultatmätning vid hjälpmedelsbaserad rehabilitering

2001:3 Bäckman K, Carlsson P, Karlsson E, Schmidt A. Cost of heart disease in Sweden

2002:1 Henriksson M, Carlsson P. Att mäta hälsorelaterad livskvalitet – en beskrivning av instrumentet EQ-5D

2002:2 Götherström U-C, Persson J, Jonsson Dick. Samhällsekonomisk utvärdering av post- och teletjänster för funktionshindrade – modellutveckling och tillämpning

2002:3 Rahmqvist M. Nytta av hörapparat och erfarenheter av hörselvården i Östergötland

2002:4 Husberg M, Larsson SA, Jonsson D, Persson J. Hälsoekonomisk utvärdering av rehabilitering vid Smärt- och Rehabiliteringscentrum, Universitetssjukhuset i Linköping

2003:1 Roback K, Persson J, Hass U. Spridning och implementering av medicintekniska produkter. Bakgrundsrapport

2003:2 Liss P-E. Metoder för bedömning och rangordning av vårdbehov – En översikt

2003:3 Götherström U-C, Persson J. Instrumentet IPPA för resultatmätning vid arbetslivsinriktad rehabilitering

2003:4 Bernfort L, Nordfeldt S. AD/HD och relaterade tillstånd hos barn och ungdomar. Epidemiologi, behandling och hälsoeffekter i Sverige, Norge och Danmark samt situationen i Östergötland

2003:5 Schmidt A, Husberg M, Bernfort L. Samhällsekonomiska kostnader för reumatiska sjukdomar

2003:6 Henriksson M, Carlsson P. Att läsa och kvalitetsgranska hälsoekonomiska modellstudier

2003:7 Garpenby P, Götherström U-C, Larsson, SA. Inställningen till vårdprogram bland personal inom barn- och ungdomspsykiatrin i Östergötland

2004:1 Andersson A, Carlsson P, Lundborg M, Gunnarson A. Ohälsans kostnader. Kartläggning av vårdutnyttjande för olika sjukdomsgrupper i Östergötland

2004:2 Bernfort L, Persson J. Bredbandstjänster för funktionshindrade - utvärdering av brukarnyttan

2004:3 Rahmqvist M. Kvalitet i vården ur patientens perspektiv: Variationer i betyg mellan olika patientgrupper och vårdenheter

2004:4 Henriksson M, Lundgren F. Screening för pulsåderbråck i buken - en hälsoekonomisk utvärdering

2005:1 Bernfort L, Persson J. Mobil videokommunikation för döva. Utvärdering av brukarnyttan

2005:2 Garpenby P, Husberg M. Hälsoinformation i vår tid. Östgötarnas användning av nya och gamla informationskällor

2005:3 Bernfort L, Nordfeldt S. AD / HD i ett samhällsekonomiskt perspektiv

2005:4 Bernfort L, Fernell E. Hur påverkas vardagslivet av ADHD och närliggande funktionsnedsättningar? Analys och sammanfattning av en enkätstudie riktad till riksförbundet Attentions medlemmar

2006:1 Bartha E, Kalman S, Carlsson P. Postoperativ smärtlindring - till vilket pris? En hälsoekonomisk modellanalys av två smärtlindringsmetoder

2006:2 Nordfeldt S, Arvidsson E, Bernfort L. Sjukvårdens och skolans insatser för barn med AD/HD - föräldrars erfarenheter. En intervjustudie

2006:3 Mårtensson J, Carlsson P, Arvidsson E, Frank L, Lindström K, Borgquist L. Erfarenhet, kunskap och inställning till prioriteringar - En intervjustudie med personal i primärvården

2006:4 Garpenby P. Procedurrättvisa och praktisk prioritering - tre fall från svensk hälso- och sjukvård

2006:5 Davidson T, Levin L-Å. Kostnaden för förmaksflimmer i Östergötland

2007:1 Garpenby P. Inställningen till vårdprogram bland personal inom barn- och ungdomspsykiatrin i Östergötland - en kompletterande intervjustudie

2007:2 Jacobsson F. Monetära ersättningsprinciper i hälso- och sjukvård

2007:3 Persson J, Husberg M, Hellbom G, Fries A. Kostnader och effekter vid förskrivning av rollatorer

2007:4 Rahmqvist M. Befolkningens hälsa och samhällets kostnader för vård och produktionsbortfall - Resultat från ULF-studien 1996 och 2005

2007:5 Tinghög G, Carlsson P, Synnerstad I, Rosdahl I. Samhällskostnader för hudcancer samt en jämförelse med kostnaderna för vägtrafikolyckor

2007:6 Arvidsson E, André M, Borgquist L, Carlsson P, Lindström K. Så resonerar läkare och sjuksköterskor vid prioriteringar av patienter i primärvård

2007:7 Hallert, E, Husberg M, Schmidt A, Jonsson D. Sjukdomsförlopp, kostnader och livskvalitet vid nydebuterad reumatoid artrit

2007:8 Heintz E. The cost-effectiveness of foetal monitoring with ST analysis (Master's Thesis, IEI)

2008:1 Bistoletti P, Sennfält K. En hälsoekonomisk modellstudie av primärscreening mot livmoderhalscancer med cellprov- och HPV DNA-test

2008:2 Schmidt A, Andersson A. Östgötars samhällskostnader för ohälsa fördelat på sjukdomsgrupper - 2006

2008:3 Alwin J, Persson J, Krevers B. Teknik för personer med demens. En utvärderingsstudie av teknikintervention för personer med demenssjukdom och deras närstående

2008:4 Davidson T, Levin L-Å. Närståendes konsekvenser – Hur kan de inkluderas i den hälsoekonomiska analysen?

2008:5 Persson J, Arlinger S, Husberg M. Kostnader och effekter vid förskrivning av hörapparat

2008:6 Jacobsson F. Mål och mått. En dokumentation och utvärdering av en resultatbaserad ersättning inom primärvården

2009:1 Roback K. Värmemätning för diagnos av begynnande fotproblem vid diabetes. Metodöversikt samt försöksanvändning av fotindikatorn SpectraSole Pro 1000

2009:2 Bernfort L. Hälsoekonomiska utvärderingar – Vad menas och hur gör man?

2009:3 Rahmqvist M, Husberg M. Effekter av sjukvårdsrådgivning per telefon. En analys av rådgivningsverksamheten 1177 i Östergötland och Jämtland

Rapporterna kan beställas från CMT till en kostnad av 150 kronor exklusive moms. Kontakta vår administratör på tel: 013–22 49 90. Vid beställningar av mer än 10 ex ges rabatt.