

# Kvinnoklinikens långa kö minskade genom bättre struktur

**D**agjourerna var rena pesten förut! Det går inte att känna arbetsglädje när man inte har förutsättningarna att göra ett bra jobb.

Det säger Karin Bergare, medicinskt ledningsansvarig läkare vid kvinnoklinikens mottagning på Vrinnevisjukhuset i Norrköping. För ett par tre år sedan var dagjourerna ständigt blockerade av redan inbokade patienter. De verkligt akuta patienterna, till exempel konsultationer från kirurgen eller våldtäktsärenden, fick klämmas in på femminuterstider mellan de andra patienterna. Ideligen ringde irriterade patienter och frågade varför de aldrig blev kallade trots att de stått flera månader på väntelistan.

De stora förändringarna drog igång då mottagningen i början av 2002 fick en ny vårdenhetschef, barnmorskan Kjerstin Drott.

– Det första jag möttes av när jag kom hit var de här fruktansvärda väntelistorna.

Kjerstin Drott ansåg att situationen var oacceptabel och började söka efter en lösning. Tidigare hade man försökt åtgärda de långa väntelistorna med punktinsatser som bestod i att beta av patienter vid extramottagningar, då läkare på sin komplidiga tid gick in och arbetade undan stora mängder väntande patienter.

– Men sådant hjälper ju inte mer än för stunden. Snart är man tillbaka där man började igen, säger Kjerstin Drott.

**Vad Kjerstin Drott hittade** i sitt sökande var Landstingsförbundets projekt »Bättre flyt i vården« (se ruta). Projektet gick ut på att öka tillgängligheten i vården via genombrottsmetodik. Hon anmälde kvinnokliniken som deltagare i projektet, och det hela startade hösten 2002.

Projektgruppen från kvinnokliniken kom ganska tidigt på att man skulle koncentrera sig på de patienter som kom till mottagningen på remiss.

– De hade ju redan träffat en doktor och bedömts ha behov av att träffa en gynekolog. Det var egentligen orimligt att de skulle hamna sist på en lång väntelista, säger Karin Bergare.

Så remisspatienterna plockades bort från väntelistan och fick ett brev med uppmaningen att själva ringa och boka en tid. Vad som blev kvar på väntelistan blev då återbesöken och de som själva



*Numera tycker Karin Bergare, medicinskt ledningsansvarig läkare vid kvinnoklinikens mottagning i Norrköping, att hon har förutsättningar att göra ett bra jobb, både medicinskt och beträffande omhändertagande. Men det krävdes en hel del möda att komma dithän.*

hade tagit kontakt. De fick nu vänta ännu lite längre.

På läkarnas mottagningstider började man nu strikt använda »remisspassen« just för remisspatienter.

– Vi hade haft sådana besöksstider hela tiden, men i det allmänna stöket togs alla tider till vad som helst, det blev lite anarki kan man säga, säger Karin Bergare.

En del av remisspatienterna hörde aldrig av sig, de följdes upp per telefon och somliga hade då inte längre behov av ett gynekologbesök.

– Får man vänta tillräckligt länge så antingen försvinner besvären eller så får man hjälp någon annanstans, säger Kjerstin Drott.

**Inför förra årets sommarsemestrar** gick Karin Bergare igenom alla patienter som fanns kvar på väntelistan.

– Det var ett stort jobb att göra prioriteringar utifrån den lilla notering som finns om orsaken till att patienten önskar ett besök.

Med utgångspunkt i de knapphändiga uppgifter som trots allt fanns gjorde Karin Bergare en bedömning av vilka som behövde komma före semestern. De öv-

riga kontaktades och fick veta att de skulle behöva vänta ytterligare några månader, men att de då var välkomna att boka en tid. Många patienter ströks sedan eftersom de inte hörde av sig.

Steg för steg minskade alltså väntelistan.

**Man började också föra diskussioner** på mottagningen om det skulle gå att lägga över en del patienter på annan personal än läkare. I tankarna fanns framförallt de äldre kvinnorna som gick på prolapsringskontroller.

– Vi hade hört att man på andra ställen provat att föra över sådana kontroller till barnmorskor, så vår klinikchef tog en dag och lärde upp några barnmorskor hur man gör när man kollar de här patienterna.

På så vis försvann ganska många patienter från doktorernas mottagningar, och det är numera endast vid komplikationer som läkaren blandas in vid prolapsringskontroller.

Även det första besöket för infertilitetsutredningarna har lyfts från läkarmottagningen. Tidigare var infertilitetsutredningarna lågprioriterade och kunde få vänta upp emot ett år på det första be-

söket, som var ett läkarbesök. Istället får nu patienterna träffa en kurator och en barnmorska utan någon egentlig väntetid alls. Vid det besöket tas också prov som är klara till läkarbesöket som paret i och för sig kan behöva vänta på, men då är processen redan igång. Barnmorskan har hela tiden kontakt med doktorn, och patienterna har möjlighet till telefonkontakt med barnmorskan i väntan på läkarbesöket.

Karin Bergare säger att många sätter värde på att det händer något istället för att bara stå på en väntelista i många månader, och även om ingen formell studie har gjorts så tror både hon och Kjerstin Drott att patienterna uppskattar nyordningen.

– Man verkar väldigt nöjd med att bli omhändertagen så här snabbt.

**Sämre gick det med försöket** att lyfta även återbesökspatienter från väntelistan. Genom en enkel enkät i samband med läkarbesöket ville projektgruppen ta reda på om någon patientgrupp skulle kunna tänka sig att själv ringa och boka in sig när det var dags för återbesök.

– Då skulle vi slippa hantera det och dessutom skulle patienterna redan från början kunna få en tid som passade bra, och det skulle bli färre ombokningar, säger Karin Bergare.

Även om det inte var just cancerpatienterna man ville få bort från väntelistan, eftersom kliniken har en viss skyldighet att bevaka dem och se till att de inte faller bort, så började man ändå enkätundersökningen i den gruppen eftersom den var så väldefinierad.

– Men det fungerade ju inte alls. Det var ingen som ville boka sin återbesöks-tid själv. Så det fick vi lägga ner.

Karin säger att det är lätt att tänka fel, att göra ett försök i en grupp bara för att den är avgränsad och mätbar och egentligen inte för att det är just den gruppen man letar efter.

– Har man haft cancer och ska på kontroll då tror jag att man känner sig tryggast om det är någon som håller i det, säger Kjerstin Drott.

Men Karin Bergare har inte givit upp tanken att lägga över lite ansvar på patienten och att även återbesökspatienter

ska boka sina tider själva. Därför driver hon nu tillsammans med en kollega ett mindre projekt som går ut på att dela ut lappar till sina patienter med uppgifter om när de ska komma på återbesök och hur de gör för att ringa och boka tid då. Lapparna delas ut till alla patientkategorier, men alla finns också tills vidare kvar på väntelistan för bevakning.

– Det är ju inte alla gånger man behöver komma på återbesök heller.

Karin Bergare säger att det hittills har fungerat bra och hoppas att systemet kan införas fullt ut på sikt.

Kruxet är att det måste gå att få kontakt med mottagningen.

– Man kan ju inte införa de här systemet om man inte kommer fram på telefon, då blir patienterna galna!

**Men förra våren införde** mottagningen ett nytt telefonsystem där patienten lämnar sitt telefonnummer och blir uppringd istället för att behöva sitta i långa telefonköer, eller ringa upprepade gånger eftersom det ibland inte gick att komma fram överhuvudtaget. Dessutom görs en hårdare styrning av patienterna redan i telefonen.

– Vi tar inte hit besvärspatienter som tycker att de behöver en gynundersökning bara för att de inte gjort det på många år. Flytningar, svampinfektioner och lindrigare klimakteriebesvär tar vi heller inte emot utan hänvisar till distriktsläkarna, säger Kjerstin Drott.

Tidigare sattes i stort sett alla patienter som var lite envisa upp på väntelistan, det var liksom enklast så. Kjerstin Drott säger att patienten ju inte visste om att det egentligen bara var ett sätt att skjuta upp problemet, att patienter riskerade att enbart cirkulera runt på listan och i praktiken aldrig komma fram till doktorn.



*Kjerstin Drott, vårdenhetschef vid kvinnoklinikens mottagning i Norrköping, säger att projektarbetet faktiskt lett till ökad tillgänglighet för patienterna men också till bättre arbetsmiljö, inte minst för dem som möter patienterna i telefon.*

– Behöver patienterna komma till gynekolog, då får hon komma numera, bedömer vi att hon inte behöver det så får hon försöka någon annanstans, säger Kjerstin Drott.

På så vis fylls väntelistan inte heller på nuförtiden, utan de som står där får ett besök inom rimlig tid.

**Projektet pågick i drygt ett år**, till november 2003. Och om sanningen ska fram så blev också läkarna fler under projekttiden, bland annat kom några tillbaka från längre sjukskrivningar. Och Karin Bergare tror att det nog inte hade gått att få ordning på väntelistorna utan dem.

– Men det var en kombination, det hade inte gått utan den nya strukturen heller, säger hon.

– Och nu är dagjourerna inte länge igenproppade, utan där finns gott om tid för de akut sjuka patienterna. Så som det ska vara!

**Text: Sara Hedback**

*sara.hedback@lakartidningen.se*

**Foto: Niclas Sandberg**

»Bättre flyt i vården« var ett projekt som pågick i två omgångar under åren 2002 och 2003 under ledning av Landstingsförbundet. Syftet var att förbättra tillgängligheten för patienterna. Arbetet byggde helt och hållet på genombrottsmetodik, som innebär att man identifierar problemområden som man vill arbeta

med och fastställer mål man vill nå. Genom att i korta perioder pröva en förändring kan man efteråt utvärdera och se om det nya arbetssättet är något att permanenta eller förkasta. Ofta kanske man behöver modifiera arbetssättet under en ny period för att till slut komma fram till hur man vill jobba.

Sammanlagt deltog cirka 70 projektteam från 12 landsting. Lokala och regionala projekt pågår fortfarande, men inga fler tillgänglighetsprojekt ledda av Landstingsförbundet är för närvarande planerade. Däremot är en långtidsuppföljning av projektens utfall planerad till nästa vår.