

Vård på lika villkor - ett lärandeprojekt

ARBETSSÄTT OCH METODER FÖR EN MER JÄMLIK
FÖRSTA LINJENS VÅRD



Sveriges
Kommuner
och Landsting



Vård på lika villkor - ett lärandeprojekt



Upplysningar om innehållet:
Hanna Wallin, hanna.wallin@skl.se
Therese Löfqvist, therese.lofqvist@skl.se

© Sveriges Kommuner och Landsting, 2014
ISBN: 978-91-7585-053-5
Produktion: EO
Tryck: LTAB

Förord

Den vård som erbjuds ska hålla hög kvalitet, vara säker, tillgänglig och utföras kostnadseffektivt. Vården ska ges efter behov och den ska vara jämlik för både kvinnor och män, flickor och pojkar, utrikes födda och inrikes födda oavsett ålder, funktionsnedsättning, sexuell läggning, könsidentitet eller könsuttryck, bostadsort, etnisk tillhörighet, utbildning och ekonomiska förutsättningar. Den vård som erbjuds ska i möjligaste mån utformas med utgångspunkt i den enskilda patientens behov och önskemål.

Sveriges Kommuner och Landsting bedriver, tillsammans med sjukvårdshuvudmännen inom landsting och regioner en mängd olika utvecklingsarbeten för att skapa bättre resultat, tryggare patienter, bättre arbetsmiljö och effektivare arbete. I denna rapport redovisas arbetet i Lärandeprojektet Vård på lika villkor som pågått sedan hösten 2011 och som är en överenskommelse mellan SKL och staten över totalt tre år. Målet med överenskommelsen har varit att öka jämlikheten i första linjens vård inom resurssvaga områden genom att identifiera och sprida effektiva arbetssätt och metoder. Medarbetarna har själva normkritiskt granskat sina arbetsplatser, sina arbetsmetoder och rutiner, identifierat förbättringsområden och genomfört konkreta förändringar. Analyserna och arbetet har skett med flera olika perspektiv, både patienters, forskares och andra föreläsares. Erfarenheterna från de medverkande verksamheterna visar att det går att göra första linjens vård mer anpassad utifrån patienternas behov och förutsättningar genom att dels arbeta med värdegrundsfrågor, men också genom att göra konkreta förbättringar och förändringar av rutiner och arbetssätt i vardagen.

Denna rapport beskriver hur de medverkande verksamheterna i projektet formulerat mål för sitt arbete, omvärderat sin syn på patienterna och funderat över sina arbetssätt, testat nya arbetssätt och gjort förbättringar. Varje verksamhet är unik men vissa slutsatser är generella och övergripande. De medverkande verksamheterna ser att de har skapat en mer tillgänglig vård för de personer som har en större risk för ohälsa, utvecklat en bättre kommunikation med patienterna och med kollegorna, ökat tillgången till hälsofrämjande aktiviteter för de som har störst behov och även ökat patientnöjdheten.

Stockholm i mars 2014

Ulrika Johansson
Sektionschef
Avdelningen för Vård och Omsorg

Innehåll

3	Förord
7	Kapitel 1 Om projektet
9	Kapitel 2 BMM/BVC Sommargatan, Karlstad, Landstinget i Värmland
16	Kapitel 3 Vårdcentralen City, Eskilstuna, Landstinget Sörmland
27	Kapitel 4 Vårdcentralen Dalbo, Växjö, Landstinget Kronoberg
34	Kapitel 5 Vårdcentralen Drottninghög och Familjehuset Oliven, Helsingborg
42	Kapitel 6 Vårdcentralen Nävertorp, Katrineholm, Landstinget Sörmland
51	Kapitel 7 Vårdcentral Orsa, Landstinget Dalarna och Orsa Kommun
61	Kapitel 8 Vårdcentralen Åsidan, Nyköping, Landstinget Sörmland
71	Kapitel 9 Lärandeprojektet Vård på lika villkor

Om projektet

Under åren 2011-2014 har åtgärder/aktiviteter genomförts inom de sju medverkande verksamheterna för att utveckla arbetssätt och metoder som kan främja en mer jämlik första linjens vård. Vården ska ges efter behov och den ska vara jämlik. Eftersom hälsan inte är jämlikt fördelad bör en sjukvård som strävar efter att uppnå en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen prioritera de som har störst behov. Lika villkor är alltså inte samma sak som lika vård. Insatserna måste anpassas så att de motsvarar olika människors olika förutsättningar och behov. Utmaningen för verksamheterna har varit att hitta nya metoder för att nå de man inte når idag, utveckla redan befintliga arbetssätt och metoder för kommunikation och bemötande samt att tänka utanför traditionella arbetssätt.

I slutet av 2011 skickade SKL en inbjudan till samtliga landsting och regioner om möjligheten att delta med verksamheter inom första linjens vård, alla verksamheter skulle enligt kriterierna för projektmedverkan finnas i socioekonomiskt resurssvaga bostadsområden.

De medverkande verksamheterna som fullföljde hela projektet är följande:




- Barnmorskemottagningen och Barnavårdcentralen Sommargatan, Karlstad, Landstinget i Värmland.
- Vårdcentralen City, Eskilstuna, Landstinget Sörmland.
- Vårdcentralen Dalbo, Växjö, Landstinget Kronoberg.
- Vårdcentralen Drottninghög, Helsingborg, Region Skåne.
- Vårdcentralen Nävertorp, Katrineholm, Landstinget Sörmland.
- Vårdcentral Orsa, Landstinget Dalarna och Orsa kommun.
- Vårdcentralen Åsidan, Nyköping, Landstinget Sörmland.

Varje verksamhet har medverkat med ett team bestående av olika professioner och sin verksamhetschef vid åtta tvådagars seminarier. Tillsammans med de tre handledarna som varit knutna till projektet, Marie-Louise Sundström från Landstinget Sörmland, Jeanette Bäfverfeldt från Västra Götalandsregionen och Malin Skreding Hallgren från Landstinget i Jönköpings län, har de drivit utvecklingsarbetet framåt. Alla har i sitt teamarbete gemensamt arbetat med projektets målområden:

1. Förbättra tillgängligheten för de grupper som inte nås av vården idag och är särskilt utsatta för ohälsa.
2. Förbättra kommunikationskompetensen inom vården.
3. Förbättra tillgängligheten till hälsofrämjande och förebyggande insatser.
4. Förbättra patientnöjdheten.

FIGUR 1. Sammanfattning av resultat

Målområde	1	2	3	4
	Förbättrad tillgänglighet för olika grupper	Förbättrad kommunikation	Förbättrad tillgänglighet till hälsofrämjande insatser	Förbättrad patientnöjdhet
BMM/BVC Sommar-gatan	Ja, vi anser målet uppnått	Ja, vi anser målet uppnått	Ja, vi anser målet uppnått	Ja, vi anar att målet är uppnått men har inte kunnat mäta
VC City	Ja, vi anar att målet är uppnått men har inte kunnat mäta	Ja, vi anser målet uppnått	Ja, vi anar att målet är uppnått men har inte kunnat mäta	Ja, vi anar att målet är uppnått men har inte kunnat mäta
VC Dalbo	Ja, vi anar att målet är uppnått men har inte kunnat mäta	Ja, vi anser målet uppnått	Ja, vi anar att målet är uppnått men har inte kunnat mäta	Ja, vi anar att målet är uppnått men har inte kunnat mäta
VC Åsidan	Ja, vi anser målet uppnått	Ja, vi anar att målet är uppnått men har inte kunnat mäta	Ja, vi anar att målet är uppnått men har inte kunnat mäta	Ja, vi anser målet uppnått
VC Nävertorp	Ja, vi anser målet uppnått	Ja, vi anser målet uppnått	Ja, vi anar att målet är uppnått men har inte kunnat mäta	Ja, vi anar att målet är uppnått men har inte kunnat mäta
VC Drottninghög	Ja, vi anser målet uppnått	Ja, vi anser målet uppnått	Ja, vi anar att målet är uppnått men har inte kunnat mäta	Ja, vi anser målet uppnått
VC Orsa	Ja, vi anser målet uppnått	Ja, vi anar att målet är uppnått men har inte kunnat mäta	Ja, vi anar att målet är uppnått men har inte kunnat mäta	Ja, vi anar att målet är uppnått men har inte kunnat mäta

	Ja, vi anser målet uppnått
	Ja, vi anar att målet är uppnått men har inte kunnat mäta
	Nej, målet är inte uppnått

Metoden som har använts i projektet var en modifierad genombrottsmetod där PDSA-hjulet varit ett av flera verktyg som har använts, se figur 2. Resultaten som vi kan se i denna rapport är naturligtvis specifika för alla medverkande verksamheter, men generellt kan sägas att vi nått resultat inom alla målområden.

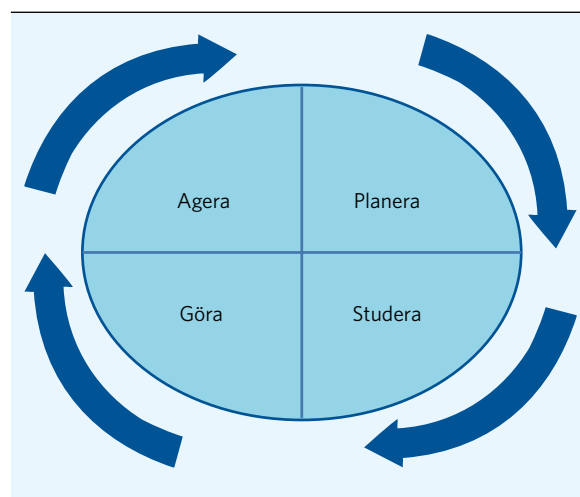
Ett forskarteam från Mälardalens högskola har följt projektet och resultaten från deras utvärdering kommer att presenteras i en separat rapport.

Vi ser också att vi genom att ha utmanat teamens värderingar, normer och föreställningar tillsammans med föreläsare, patienter och brukarföreträdare under seminarierna har genomfört ett utvecklingsarbete med normkritiska glasögon och att samtliga team menar att detta är ”bara början, nu fortsätter vi på hemmaplan”. Vi har tillsammans med teamen i detta lärandeprojekt fått klarhet i att man inte enbart kan göra mätningar utan vi behöver även arbeta med våra egna och vår arbetsplats värderingar kopplade till jämlikhetsperspektivet och begreppet jämlik vård. En kombination av mätningar och värdegrundsarbete har fungerat bra för att mäta rätt saker och för att få en mer jämlik vård i de verksamheter som deltagit.

Många vittnar om att de bytt perspektiv från ”varför gör patienterna inte som vi säger?” till ”vad

är det vi säger?”. Eller från att i början av projektet vilja ha svar på frågan ”varför kommer patienterna inte som de ska?” till ”hur kan vi anpassa vården till våra patienter och deras behov på ett bättre sätt?”. Värderings- och värdegrundsarbete har varit en grogrund för att även kunna lösa problem av mer logistisk karaktär. För oss, Hanna Wallin och Therese Löfqvist, som fått leda projektet har det varit fantastiskt att få ta del av de förbättringar som skett både för patienterna och på arbetsplatserna.

FIGUR 2. PDSA-hjulet är ett verktyg som använts i förbättringsarbetet



BMM/BVC Sommargatan, Karlstad, Landstinget i Värmland

Sammanfattning

Genom lärandeprojektet har vi fått en ökad bredd och förståelse för hur olika grupper och kulturer i vårt samhälle upplever kontakten med hälso- och sjukvården. Vi har jobbat utifrån att få bättre tillgänglighet till våra mottagningar för patienterna inom vårt upptagningsområde. Genom projektet fick vi möjlighet att skicka ut nationella patientenkäten där resultatet styrkte vår uppfattning att vi var svåra nå. Redan året innan hade vi mätt antal spontanbesök på dörren till våra mottagningar då vi upplevde att de var många. Vår upplevelse besannades genom patientenkäten. Idag erbjuds alla spontanbesök att bli uppringda inom 24 timmar. Vi har även arbetat med att få ökat deltagande i våra föräldragrupper. Vi utarbetade en egen enkät till blivande och nyblivna föräldrar där vi ville fånga in deras synpunkter hur dagens föräldragrupp ska vara utformad. Utifrån enkätsvaren och ett studiebesök på familjecentralen i Bergsjön, Göteborg, har vi sen utformat en ny modell för föräldragrupper där vi också valt att förlägga vår gruppverksamhet utanför våra egna lokaler.

Vi vill underlätta för familjer att komma till oss



Teamet, från vänster i bild: Kerstin Alexandersson, barnmorska, Anette Petterson, distriktsköterska, Nina Falla, barnmorska och Karin Lander, distriktsköterska.

Kontaktuppgifter:
Karin Lander
BVC Sommargatan
Centralsjukhuset
651 85 Karlstad
karin.lander@liv.se

Bakgrund

Barnmorskemottagningen

Det övergripande målet för barnmorskemottagningens verksamhet är en god reproduktiv och sexuell hälsa för vårt upptagningsområde. Verksamheten har en central roll som hälsovård för kvinnor under hela den fertila perioden. På Sommargatan är vi stolta över att kunna erbjuda kvinnor och familjer en mycket god mödrahälsovård samt ett gott omhändertagande kring reproduktiv hälsa och gynekologisk cellprovskontroll. Vi har tidsbokad mottagning måndag till fredag kl. 8.00 - 16.30. Telefontid en timme per dag per barnmorska. Vi kan även nås via Mina vårdkontakter.

Vi samverkar med mödrahälsovårdsenheten, som består av MHV-läkare, samordnande barnmorska, psykologer och dietist. MHV-enheten ansvarar för innehållet i verksamheten. På barnmorskemottagningen arbetar tre barnmorskor fördelat på 2,15 tjänster. Vi har ca 160 inskrivningar per år.

Barnvårdscentralen

Barnhälsovårdens mål är att främja barnens hälsa, utveckling och trygghet genom att stödja föräldrar i ett aktivt föräldraskap, upptäcka och förebygga fysisk, psykisk och social ohälsa hos barn samt uppmärksamma och förebygga risker för barn i närmiljö och samhälle. Vi har tidsbokad mottagning måndag till fredag kl. 8.00 - 16.30. Telefontid dagligen 30min per sköterska. Vi kan även nås via Mina vårdkontakter. På Sommargatans BVC jobbar vi fyra distriktsköterskor och har 1100 inskrivna barn mellan 0-6 år.

Vi samverkar med många olika aktörer, t ex med förskoleteamet Tummen. Förskoleteamet är en samverkan mellan Karlstad kommun och Landstinget i Värmland. Teamets målgrupp är förskolebarn/1-6 år som i något avseende riskerar att inte få sina behov tillgodosedda. Vi ska erbjuda tidiga insatser för barnen och deras föräldrar i ett tvärprofessionellt sammanhang.

Det finns även ett barnhälsoteam som är områdesbaserad samverkan kring barn i förskoleåldern. I barnhälsoteamet ingår BVC- sjuksköterska och förskolechef, samt personal som arbetar med barnet. Samarbetet kring enskilda barn sker endast med vårdnadshavares samtycke.

Vi har en BVC-konsultträff med barnläkare en gång per termin.

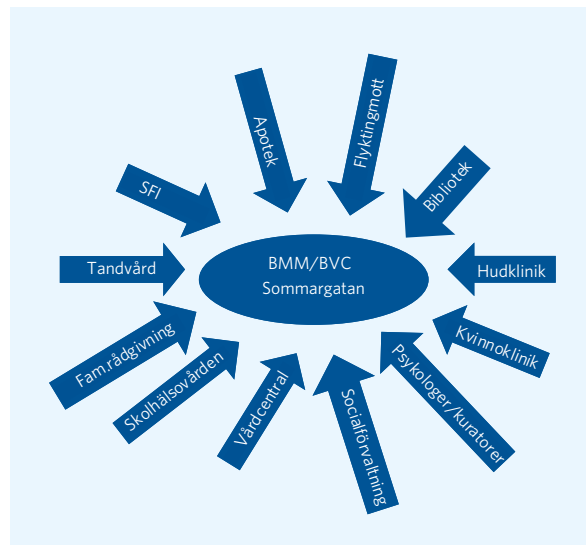
Barnhälsovårdsenheten i Landstinget finns som stöd och ansvarar för utveckling och innehållet i verksamheten.

Gemensamt för båda mottagningarna

Vi har gemensamma arbetsplatsmöten en gång per månad. Vi jobbar också med Leanprojekt och har föräldrautbildning tillsammans. Vi har möjlighet till handledning i grupp med psykolog en gång per månad. Vi arbetar båda aktivt med FN:s konvention om barnets rättigheter genom en handlingsplan för Landstinget i Värmland.

Vi har många samverkanspartner utöver våra remitter, se figur 3.

FIGUR 3. Samverkanspartners



Analys

Vi har besökare som vill ha direktkontakt med oss och kommer då spontant och ringer på dörren. Ett möte i dörren uppstår och sekretessen blir då ett problem. Det blir ett oprofessionellt möte. Missförstånd/språkproblem uppstår lätt då de spontana besöken oftast är från personer med annat modersmål. Andra besökande kan vara personer med kognitiva funktionsnedsättningar som behöver ett annat bemötande och information än det som rutinmässigt ges. Detta leder till missförstånd och flera kontakter krävs sinsemellan för att förstå orsaken till vårdbesöket.

Vårt upptagningsområde

I vårt upptagningsområde bor majoriteten av befolkningen i lägenheter och en mindre del på landsbygd. Knappt hälften av befolkningen i vårt upptagningsområde förvärvsarbetar. Medianinkomsten är 107 600 kr. Våra familjer är de i Karlstad kommun som har högsta siffran gällande ekonomiskt bistånd.

Totalt har Karlstad kommun 86 929 invånare. Vårt upptagningsområde är indelat i tre geografiska områden, Kronoparken, Skattkärr och Väse. Av invånarna är ca 13 090 personer listade på vårdcentralen.

Utbildningsnivån varierar från ingen skolgång alls till universitetsnivå. 35 procent har gymnasial utbildning och 45 procent har eftergymnasial utbildning. Här bör tas i beaktande att Karlstad Universitet ligger i vårt upptagningsområde och många av studenterna bor på Kronoparken.

Invandrargruppernas etniska bakgrund består huvudsakligen av personer från forna Jugoslavien, Iran, Irak, Turkiet samt Somalia. Kronoparkens upptagningsområde med drygt 8 000 invånare har 37 procent med utländsk bakgrund vilket är högst i Karlstad.

Resultat från Nationell Patientenkät

Vid ett lärandeseminarium presenterades resultat från nationella patientenkäten för de olika vårdcentralerna. Det fanns inget resultat att hämta från BMM/BVC Sommargatan. SKL-projektet erbjöd Landstinget i Värmland att stå för kostnaderna för att skicka enkäter till de som besöker BMM/BVC Sommargatan. Denna enkät gick ut till våra besökande i mars 2013 och i september 2013.

Vi har fått rapport om enkätresultatet från mars 2013. Svarfrekvensen var 33 procent. Svaren var positiva, förutom att vi anses svåra att nå per telefonen och det finns önskemål om ett annat innehåll i föräldrautbildningarna. Dessa frågor har vi arbetat med att förbättra under programtiden, vilket beskrivs under nedanstående målområde.

Resultat från enkätutskicket i september 2013 får vi svar på i februari 2014.

Syfte med deltagandet

Bättre tillgänglighet till våra mottagningar för patienterna inom vårt upptagningsområde. Öppna upp för fler kontaktvägar till våra verksamheter. Majoriteten som kommer till våra föräldrautbildningar är de resursstarka men vi önskar få med alla i vårt upptagningsområde.

Mål

Mål 1: Öka tillgängligheten till våra mottagningar för de som inte har bokat tid

Mål 2: Nå ut till de grupper som inte nås idag

Aktiviteter och resultat

Mål 1 – Öka tillgängligheten för de som inte bokat tid

Under programtiden har vi gjort flera tester, mätningar och aktiviteter för att nå vårt övergripande mål.

Utgångspunkten var att vi upplevde att vi hade en stor mängd spontana besök till mottagningarna. Detta skapande frustration både hos patienter och personal. Sekretessen blev ett problem och det blev ett oprofessionellt möte i dörren.

Vi hade alla en egen uppfattning om att de flesta besökande sökte till den verksamheten vi själva inte jobbade i. Vi insåg att de besök som inte rörde den egna verksamheten upplevdes som tyngre och fler då vi inte kunde svara vederbörande direkt med korrekt information. Tog vi emot personer i dörren som sökte till vår egen mottagning kunde vi lättare svara och hade en trygghet i hur ärendet hanterades. Upplevelsen var att vi då inte hade lika stor tyngd av de besöken.

Mätning av spontanbesök

För att ta reda på om vår uppfattning stämde med verkligheten, bestämde vi oss för att göra en första mätning. Vi journalförde spontanbesöken vid dörren för att konkret se hur många besök det rörde sig om och gjorde pinnstatistik på uppgifterna. Statistiken gav oss siffror på antal besök, spridningen på vem de sökte och vad de sökte för.

Den visade oss att båda verksamheterna hade en god del spontana besök, och inte bara ”den andra verksamheten”. Vi såg också efter 11 veckor att vi haft 60 spontanbesök. Ett spontanbesök inkluderat dokumentation beräknas i genomsnitt ta 20 min.

$60 \cdot 20 = 1200 \text{ min}$ $1200 / 60 = 20$ timmar på 11 veckor
 $20 \text{ timmar} / 55 \text{ arbetsdagar} = 4 \text{ timmar/vecka}$. Vi genomförde pinnstatistiken under ett år som planerat.

Vi försökte komplettera undersökningen med att fråga de som kom på spontana besök varför de valde det kontaktsättet, i stället för att ringa eller boka tid via internetbaserade kontaktvägar. Här misslyckades vi. Frågan blev inte ställd. Orsaken var delvis att det var obekvämt att ställa frågan. Det var också svårt att få till frågan vid samtalet då fokus ligger på själva ärendet som patienten har.

Att genomföra mätningen var inte så enkelt som vi trodde. Vi stötte på flera svårigheter under vägen: Svårigheter att tyda formuläret för oss personal. Oklart vart pinnarna skulle sättas. Såg inte hur

besöken fördelades under veckan. Vi ville också veta mer utförligt vad de sökte för, så vi ändrade formuläret under perioden för att fånga upp önskad information. Vi såg också behovet av att regelbundet stämna av formuläret tillsammans med hela arbetsgruppen. Dels för att påminna om att föra statistik samt öka motivationen för att göra det. Vi insåg också att alla spontanbesök inte markerades p.g.a. tidspress.

Öppen mottagning

Under mätperioden testade vi att erbjuda öppen mottagning, för att se om det gick att styra över spontanbesöken dit. Öppen mottagning startades 2 x 2 tim per vecka fördelat på båda mottagningarna, en förmiddag och en eftermiddag. Vi försökte styra de spontana besöken till öppenmottagningen, där personal fanns avsatt för att hjälpa och på så sätt öka tillgängligheten till den tidsbokade mottagningsverksamheten. Information gick ut via affischer inom vårt upptagningsområde samt till SFI och Tehuset, se bild. Vi fick dock endast få besök till den öppna mottagningen. Vi märkte ingen mätbar/märkbar förändring på spontanbesöken utanför mottagningen, vilket analysen av vår mätning bekräftade. Vi insåg att det inte går att styra spontana besök. Våra patienter söker hjälp när behov uppstår. Därför avslutade vi den öppna mottagningen efter testperioden som varade i 6 månader.

Uppringning

Öppen mottagning var inte någon lösning, så vi gjorde ett nytt test. Utifrån den öppna mottagningen kom idén att ringa upp patienterna istället. Detta har vi nu infört. Det innebär att när patienten kommer på spontanbesök, får hon/han ett formulär för att fylla i namn, personnummer, telefonnummer samt orsak till kontakten. Personen erbjuds sen att bli uppringd inom ett dygn av önskad mottagning. Detta har visat sig vara positivt för både patient och personal. Patienten får gehör för sitt behov när hon/hon blir uppringd av distriktsköterska eller barnmorska oftast samma dag. Personalen upplever det spontana besöket lättarbetat och behöver inte ta någon diskussion om att patienten måste ringa på telefontiden, istället kan vi direkt erbjuda patienten att bli uppringd.

Den nya rutinen kan också leda till att det finns bättre möjlighet att ta reda på frågan varför patienterna söker spontant, eftersom vi samtidigt erbu-

Sommargatans barnavårdscentral och barnmorskemottagning på Kronoparken



Boka tid på plats!

8 oktober till 10 december!

Vi har mottagning för dig som önskar personlig kontakt för att boka tid hos oss.

Tisdagar, klockan 10–12. Torsdagar, klockan 14–16.

För tidsbokning och kontaktuppgifter – besök webbsidan www.1177.se/varmland.



der dem hjälp. Detta kan leda till ny kunskap om hur vi kan öka tillgängligheten för våra patienter. Vi ökar på detta sätt tillgängligheten för patienten till våra mottagningar.

Mål 2 – Nå ut till de grupper som inte nås idag

Inom detta målområde har vi gjort flera tester, mätningar och aktiviteter för att förbättra kontakten med våra patienter, särskilt de vi hittills har haft svårt att nå.

Informera på SFI

Vi besöker SFI några ggr/termin när de har utbildning i samhällsinformation och informerar här, tillsammans med tolkar, om vår verksamhet och vad vi har för funktion i samhället. Informationen når här ut till både kvinnor och män. Flera av studenterna är relativt nyanlända i Sverige och har inte vetat om att vi finns. Efter vår information har vi fångat upp personer som behöver en kontakt med BMM eller BVC. Vi kommer att fortsätta med våra informationsträffar på SFI. Läraren tar kontakt med mottagningen inför varje kursstart och vi kommer överens om datum då vi kommer och informerar.

Informera på Tehuset

Tehuset i Karlstad drivs av föreningen Khatoon Center och talesperson för föreningen är Soheila Fors. Tehuset är en mötesplats för invandrarkvinnor där man kan bygga nätverk och/eller läsa SFI. Khatoon Center är en ideell förening som hjälper utsatta kvinnor och barn. Föreningen är främst verksam i Sverige men driver även hjälparbete i Mellanöstern. I Sverige vill Khatoon Center verka för att invandrade kvinnors isolering bryts och att de blir integrerade i det svenska samhället. Speciellt vill de hjälpa kvinnor och barn som utsätts för hedersvåld och omfattande hedersrestriktioner att ta sig ur sin situation.

Genom media fick vi vetskap om Soheila Fors och hennes verksamhet. Vi tog då kontakt med henne för att se om vi kunde ha ett samarbete inom ramen för SKL-projektet. Det resulterade i ett studiebesök på Tehuset där vi delgav varandra information om respektive verksamheter. Vi har efter detta haft kontakt med Tehuset för att påminna om att vi finns och gärna kommer och informerar om önskat ämne inom vår profession.

Föräldragrupper

Vi är intresserade av vad föräldrarna tycker om våra föräldragrupper. Vad är det som gör att de vill komma - inte komma? Vi har dålig uppslutning på våra träffar och märker att de som kommer framförallt är de resursstarka föräldrarna medan de mer resurssvaga föräldrarna uteblir. I de fall vi har föräldrautbildning med tolk har vi haft bra uppslutning. Vi som personal upplever den rekommenderade formen för föräldraträffar som omodern. Dagens föräldrar har egna arenor för sociala kontakter och kunskapsinhämtande och där finns inte vi och möter upp, på t.ex. Facebook och egen hemsida. Personalen har ingen utbildning för de tekniska hjälpmedel som kan användas i gruppverksamhet. Vi känner oss obekväma när vi märker att vi är steget efter och på så vis blir föräldrautbildningen omodern.

Som en del av planeringen för en ny form av föräldrautbildning, ville vi ta reda på vad vår målgrupp vill ha. Därför gjorde vi en mätning i form av en enkätundersökning, som vi skickade till samtliga blivande föräldrar och nyblivna föräldrar fr.o.m. juni 2013. Svaret från enkäten visade att de vill ha fler träffar, tydligt innehåll, fika och gärna träffa andra föräldrar som redan har syskon. Anledningar till att det inte kom var t.ex. tidsbrist, ingen barnomsorg för äldre syskon och fel tid på dagen.

Våren 2013 gjorde vi ett studiebesök på familjecentralen i Bergsjön, Göteborg, inom ramen för SKL-projektet (se utförligare beskrivning av studiebesöket nedan). Här fick vi inspiration till att pröva en annan form av föräldraträffar i form av tematräffar.

Utifrån enkätundersökningen bland våra föräldrarepresentanter och studiebesöket i Bergsjön planerar vi för att testa en ny form av föräldraträffar. Det innebär att vi ska ha tematräffar med olika aktörer som är med vid olika tillfällen.

Under oktober månad 2013 hade vi en planeringseftermiddag för all personal där vi lade upp ett schema för föräldraträffarna inför vårterminen 2014. Kontakt togs med de olika aktörer som vi ville involvera i föräldrautbildningen. Vi har startat ett samarbete med kyrkan i vårt närområde. Vi planerar att förlägga föräldrautbildningen i deras lokal för öppna förskolan, där de redan har barnverksamhet. Vi hoppas genom detta att nå ut till fler i vår målgrupp. Vi byter arena och kommer ut till befolkningen, istället för att de ska komma till oss.

Den nya föräldrautbildningen startar i januari 2014, se bild sidan 15.

Utveckling av informationskanaler

Vi planerade att genomföra ett test för att göra vår hemsida mer tillgänglig. Planen var att uppdatera hemsidan till flera språk. Idén var att vi skulle ta kontakt med Karlstad universitet och Landstingets informationsavdelning för att få hjälp att genomföra testet. Men beslut kom från Landstinget att alla hemsidor skulle gå via 1177 och se lika ut. Därför kunde vi inte genomföra detta test. Detta ser vi som en klar försämring, då vi inte kan påverka innehållet på hemsidan längre. I dagsläget finns ingen möjlighet att skriva information på olika språk. Det framkommer inte heller till vilken vårdgivare telefonnumret går, vilket det gjorde tidigare.

Vi har dock kunnat genomföra andra förbättringsarbeten för att utveckla våra informationskanaler. För att förbättra väntrumsinformationen införskaffade vi en trottoarpratare till mottagningens väntrum. Där finns texter om verksamheterna på både svenska och engelska. Vi kompletterade även den skriftliga informationen med bilder t.ex. för att visa var man kan ställa barnvagnar. Det har underlättat möjligheten att ta till sig information för de som inte har så lätt för det svenska språket i skrift, analfabeter eller har lättare för att ta till sig information via bilder.

Vi har också tagit fram en mottagningsfolder och affisch som vi har i väntrummet och som vi även har spridit till vårdcentralen, Tehuset och SFI. Detta material är endast upptryckt på svenska och med enkla uttryck.

Selmagruppen

Nazanin Yousif Amin fick kännedom om att vi är med i SKL-projektet. Hon arbetar på Karlstad tolkförmedling och behärskar tre språk; svenska, sydkurdiska och arabiska. Hon är utnämnd av Länsstyrelsen i Värmland till Integrationskonsult. Nazanin önskar en samverkan med oss, där vi kan bidra med att berätta om vår verksamhet. Nazanin är ordförande i en nystartad verksamhet, en ideell förening, som heter Selmagruppen och som riktar sig till invandrarkvinnor. Selmagruppen erbjuder information om svenska samhället, möjlighet till att få kunskap om kropp och hälsa som hålls av sjukgymnast. Man kan även få undervisning i svenska språket och inte minst lära känna andra. Vi på BMM/BVC har nu möjlighet att informera våra kvinnor om Selmagruppens verksamhet. Selmagruppen håller till i kyrkan där vi kommer att förlägga våra föräldragrupper. Vi har fått förfrågan att komma till Selmagruppen och informera om våra verksamheter.

Nätverks- och informationsträffar

Syftet med nätverksträffarna på Sommargatan var att öppna upp för samverkan och att få stöd i verksamhetens deltagande i projektet samt sprida projektet inom Landstinget i Värmland. Vi bjöd in chefer och verksamhetsutvecklare inom områdena BMM och BVC. Projektansvarig Hanna Wallin från SKL och vår handledare Malin Skreding Hallgren från Landstinget i Jönköpings län höll i dagen.

Malin Skreding Hallgren höll en föreläsning om "Jämlig vård – att möta utan att mota" och workshop. Vi gavs möjlighet att sprida informationen om vårt SKL-projekt. I dagsläget är det svårt att se effekter av nätverksverksträffen. Vår upplevelse av dagen var att det var ett svalt engagemang från de inbjudna.

Vi har medverkat i en nätverksträff inom Landstinget i Värmland där sammankallande var folkhälsostateg Anna-Karin Johansson. Två representanter från Sommargatan deltog. Vi berättade om vårt projekt och fick ta del av andra pågående SKL-projekt som pågick inom Landstinget i Värmland.

Hälsoval Värmland planerade för en informationsdag i oktober 2013. Målgruppen var vårdpersonal inom Hälsoval Värmland, administratörer inom området och landstingspolitiker. Alla vårdcentraler

som är med i hälsovalet fick möjlighet att medverka och visa upp sig. Vi ville delta med vår mottagning, för att få möjlighet att sprida kunskap/information om lärandeprojektet som vi är med i. Vi planerade en monter med möjlighet till att visa vårt arbete skriftligt, muntligt och visuellt. Tyvärr blev denna dag framflyttad till våren 2014. P.g.a. personalreduceringar så vet vi inte om vi kommer att få möjlighet att delta denna dag.

Studiebesök till Familjecentralen Bergsjön Göteborg

Vår nyfikenhet om arbetet i Angered väcktes när vi under ett lärandeseminarium fick ta del av filmen "Spårvagnen som tar nio år, reportage från Angered" och såg vad de hade gjort.

Vi tog kontakt med Bergsjöns Familjecentral som tog emot oss för ett studiebesök i mars 2013. Familjecentralen var en samverkan mellan tre olika huvudmän; privatägda vårdcentralen, Västra Götalandsregionen samt kommunen.

Just att verksamheterna ligger i nära anslutning till varandra var något som personalen upplevde som positivt och det var lätt att lämna över patienterna eller visa till vem de skulle vända sig till. Att få ihop arbetsgrupperna med tre olika huvudmän var en process som tog fyra år. Först då fungerade samverkan och arbetsträffarna kunde känna samhörighet.

Det som gjorde störst intryck var att de hade mer öppen mottagning och drop-in än tidsbokad mottagning, tvärt om hur vi arbetar. Spännande!

Reflektion och lärdomar

Vi har avsatt tid för att arbeta med projektet regelbundet tillsammans, två timmar varje vecka. Vi ser det som helt avgörande för de resultat vi har kommit fram till. Det finns ingen möjlighet till förändringsarbete om inte tid finns avsatt. Att tid har avsatts för projektet har under hela projekttiden respekterats av kollegor vilket också är en viktig parameter för att lyckas.

Vi har testat och tagit fram nya arbetssätt, som vi kanske inte hade hunnit utveckla annars. Ett exempel är att vi nu kan bemöta spontana besökare på ett positivt sätt. Det har påverkat oss som personal positivt när vi vet hur vi ska hantera ärendet.

Projekttiden på 2 år är både en kort och en lång tid. Kort tid med tanke på att det tar tid med förändringsarbete och att implementera nya arbetssätt. Lång tid ur aspekterna att projektarbete tar energi, det krävs engagemang för att hålla motivationen uppe.

Yttre faktorer påverkar också projektgruppen såsom personalförändringar, ekonomi och privatliv.

Projektet har bidragit till ett ökat samarbete mellan personalen. Ändringar i personalsammansättningen skapar dock störningar i fortskridandet av projektet. Genom projektet har vi fått ett gemensamt språk när vi har knådat alla våra idéer och till slut kommit fram till att vi måste arbeta med en bakform i taget.

Genom lärandeseminiarierna har vi fått en ökad bredd och förståelse för hur olika grupper och kulturer i vårt samhälle upplever kontakten med hälso- och sjukvården. Tack vare projektet har vi fått

möjligheten till studiebesök i Bergsjön och att delta i Nationell Patientenkät. Allt detta tillsammans har varit ovärderligt för vårt projekt. Det har bidragit till en positiv utveckling för verksamheten och på det personliga planet. Vi märker också en förskjutning i attityder och värderingar hos oss själva som har bidragit till ett ändrat förhållningssätt. Vi försöker att se saker ur våra patienters perspektiv och förstå hur de kan resonera, istället för att resonera att de borde tänka och tycka som vi gör. Vår verksamhet finns till för deras behov och nu är vi mer uppmärksamma på vilka dessa behov kan vara.



Välkomna till barn- och föräldraträffar våren 2014

Vi vänder oss till er som väntar barn och/eller har barn i ålder 0-6 år

Vi träffas i Kronoparkskyrkan onsdagar mellan 10.15-11.00

Vi pratar om olika tema och vid vissa tillfällen har vi bjudit in andra aktörer.

12 februari	Barnsäkerhet
19 "	Arming
26 "	Klock i solen - hudsjukvården centralsjukhuset i Karlstad
5 mars	Biblioteket Kronoparken
12 "	"Små barns tänder" - Folk tandvården
19 "	Föräldraskapet/Förskoleteamet Tummen
26 "	Arming
2 april	Förlösning
9 "	Barnsäkerhet
16 "	Frågestund tillsammans med barnläkare Margrethe Dyhr-Nielsen
23 "	Barnmat/Dietist Jannette Grahn Vera Gajardo
7 maj	Arming
14 "	Förlösning
21 "	Barnsäkerhet

Barnvårdscentralen och barnmorskemottagningen önskar er VÄLKOMNA!

Ingen föransmälning

Vid samtliga tillfällen finns personal med från BMM/BVC Sommargatan Kronoparken

Vårdcentralen City, Eskilstuna, Landstinget Sörmland

Sammanfattning

Att få delta i Lärandeprojektet Vård på lika villkor har varit en mycket utvecklande och positiv resa för såväl teamet som hela vårdcentralen.

Under projekttiden har vi förstått att det föreligger stora ojämlikheter i hälsa hos befolkningen och att vi måste förändra en del av vårt arbetssätt för att nå de grupper som inte söker vård fast de behöver. Det har inneburit att vi tagit steget att förlägga en del av vår verksamhet utanför vårdcentralens väggar för att försöka nå och hjälpa de, som av olika anledningar, inte tar sig till vårdcentralen. Det har också inneburit att vi öppnat upp möjligheten att söka vårdcentralen på andra sätt än via telefonen. Dels har personer som talar arabiska fått möjlighet att tala med eller få träffa en arabisktalande sjuksköterska. Dels har en rådgivningssköterskefunktion inrättats på vårdcentralen där personer som inte bokat tid får träffa en sjuksköterska för bedömning och råd. Vi har fört dialog med patientföreningar samt fått utbildning för att fördjupa våra kunskaper om sårbara gruppers behov.

Utifrån den kunskap vi skaffat oss i projektet har vi arbetat fram en guide för bemötande som vi alla kan använda i det dagliga arbetet med våra patienter.

Nöjda patienter - nöjd personal



Teamet, från vänster i bild: Viktoria Zander, sjukgymnast, Linda Lännerström, distriktssköterska, Iréne Bävman Fjäll, verksamhetschef, Kerstin Markvardsen, undersköterska, Annika Mustonen, medicinsk sekreterare och Anita Österholm Jonsson, distriktssköterska.

Kontaktuppgifter:

Linda Lännerström, kvalitetssamordnare

E-post: linda.lannerstrom@dll.se

Iréne Bävman Fjäll, verksamhetschef

E-post: irene.bavmanfjall@dll.se

Bakgrund

Vårdcentralen City är belägen mitt i centrum av Eskilstuna och har ca 15 500 listade patienter. På vårdcentralen bedrivs verksamhet med läkare, distriktssköterskor, sjukgymnaster, undersköterskor,

medicinska sekreterare, kurator, arbetsterapeut och psykoterapeut samt barnvårdscentral. Vårdcentralen har 46 anställda medarbetare. Drygt 50 procent av inskrivna barn på BVC har utlandsfödda föräldrar. Vi har registrerat 72 olika modersmål hos dessa föräldrar.

Den största delen av de listade antas bo i det närliggande bostadsområdet, som innan 50-talet var bebyggt av arbetarbostäder. Under 60-talets miljonprogram uppfördes nya hus. Området har nästan 9000 invånare och 42 procent av dessa har utländsk bakgrund (jmf med 23 procent i hela Eskilstuna). Bostadsområdet klassas som ett socioekonomiskt utsatt område.

Beräkningar av CNI¹ år 2013 visar att vårdcentralens listade patienter har hög risk för ohälsa, (1,60). Av vårdcentralens listade patienter är 74 procent mellan 7-64 år. Nitton procent av de listade är födda i Öst- och Sydeuropa, Asien, Afrika eller Sydamerika. Tio procent av de listade är lågutbildade och 22 procent är arbetslösa eller i arbetsmarknadsåtgärd. Tjugo procent av de listade söker vård på vårdcentralen tre gånger eller fler per år.

Vårdcentralen Citys affärsidé är att ge bästa kvalitet till patienterna vid varje besök. Personalen skapade tillsammans hösten 2010 en värdegrund och ett motto som är vägledande för det dagliga arbetet.

MOTTO VÅRDCENTRALEN CITY

Nöjda patienter – Nöjd personal

- ▶ Jag lyssnar aktivt och möter alla med vänlighet och respekt.
- ▶ Jag tar personligt ansvar och ser till att arbetsuppgiften är "rätt från mig".
- ▶ Jag vårdar för livet, inte för stunden, och använder evidensbaserad kunskap samt min kompetens. Jag bidrar till utveckling av verksamheten.
- ▶ Jag är en del av vår inkluderande arbetsmiljö och känner stolthet och glädje att arbeta på Vårdcentralen City. Jag ger och får stöd av mina arbetskamrater.

I maj 2012 HBT-certifierades vårdcentralen och då påbörjades skapandet av en guide för bemötande. Tanken med en guide för bemötande är att personalen i det dagliga arbetet behöver enkla redskap för att möta de olikheter som kan finnas hos de patienter vi möter. Människor är olika men lika. Att bemöta alla på samma sätt är inte att ge bästa möjliga vård. Guiden för bemötande är uppbyggd utifrån delar av vårdcentralens motto: *"Jag lyssnar aktivt och möter alla med vänlighet och respekt"* samt utifrån de sju grupper som beskrivs som extra utsatta i diskrimineringslagen: kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionshinder, sexuell läggning eller ålder.

Från vetenskapliga rapporter vet vi att flera av diskrimineringslagens grupper har en större risk för ohälsa och har på grund av exempelvis språkbarriärer, funktionsnedsättningar och fördomar svårigheter att söka vård och tillgodogöra sig information i samband med vård. Låg tillgänglighet "få vägar in till vården" är också ett hinder. Intervjuer som vi gjorde med invånare i närområdet bekräftade detta samt att kontinuitet och bemötande var viktiga i samband med kontakt med vårdcentralen. Utifrån vårdcentralens värdegrund och den områdesanalys som gjorts beslutade vi oss för att arbeta vidare med olika aktiviteter för att bygga upp guiden för bemötande samt att skapa flera kontaktvägar in till vårdcentralen för att öka tillgängligheten och förbättra patientnöjdheten.

Syfte med deltagandet

Att skapa förutsättningar för vård på lika villkor och öka patientnöjdheten genom att utveckla en förståelse för innebörden av vänligt och respektfullt bemötande för den enskilde individen, samt att skapa olika kontaktvägar till vårdcentralen.

Mål

Mål 1: Att skapa en guide för vårdmötet utifrån diskrimineringsgrunderna.

Mål 2: Att skapa olika kontaktvägar till vårdcentralen.

Not 1

Care Need Index, CNI, identifierar risk för ohälsa med utgångspunkt från socioekonomiska förhållanden och är till hjälp för dimensionering av vårdersättning. CNI baseras på sju parametrar: ålder över 65 år och ensamboende, utlandsfödd (Syd- och Östeuropa men ej EU, Asien, Afrika och Sydamerika), arbetslös eller i åtgärd 16-64 år, ensamstående förälder med barn 17 år eller yngre, person 1 år eller äldre som flyttat in i området, lågutbildad 25-64 år, ålder yngre än 5 år. Källa: sbu.se

Aktiviteter och resultat

Mål 1 – Att skapa en guide för vårdmötet utifrån diskrimineringsgrunderna.

Dialog med patientföreningar

Patientföreningarna Neuroförbundet, Ångestsyndromsällskapet och Uppsökarna har bjudits in för dialog i samband med teammöten. Föreningarna har fått framföra synpunkter på hur vårdcentralen fungerar och vad som kan vara viktigt att tänka på i mötet med dem.

Neuroförbundet i Sörmland har 500 medlemmar med varierande funktionshinder. Ångestsyndromsällskapet (ÅSS) Sörmland är en ideell förening som är politiskt och religiöst neutral. Föreningen ingår i ÅSS:s riksorganisation som verkar i hela landet och utgör ett viktigt stöd för personer som drabbats av olika ångestsjukdomar. Föreningen sprider också kunskap om ångestsyndrom och informerar om vilka former av behandling som finns att tillgå. Uppsökarna är en förening som har en kamrattstödande och aktiverande verksamhet dit den som är ensam och isolerad kan vända sig.

Inga mätningar har genomförts eftersom det inte kändes relevant för denna typ av aktivitet.

Neuroförbundet: Ordförande i Neuroförbundet i Sörmland fick framföra vad han ansåg viktigast för att ett besök på vår vårdcentral skulle fungera så bra som möjligt för en funktionsnedsatt. Han hade följande tips:

- Bemötandet i receptionen är avgörande för hela vårdupplevelsen, första mötet mellan patient och vård är mycket viktigt!
- Viktigt att det finns en väl fungerande handikapptolett. Toaletten ska ha höjddjusterbara stödhandtag samt vara anpassad så att den verkligen går att använda för en rullstolsburen (gott om utrymme). Viktigt att toaletten ligger nära väntrum och att det är skyltat var toaletten finns.
- Prata med personen själv – inte med assistenten. Det är personen själv som bäst kan sin sjukdom och sina behov. Vid kommunikationsproblem kan man fråga assistenterna om hjälp.
- Viktigt med bra parkeringsplats i nära anslutning till vårdcentralen.

Svenska Ångestsyndromsällskapet och Uppsökarna: Flera personer från Svenska Ångestsyndromsällskapet (ÅSS) i Sörmland besökte oss. Det ÅSS förmedlade var att många med ångestproblematik och psykiska besvär ofta tycker att det är svårt att

ringa för att boka tid till sin doktor. Ibland kan det vara bättre att kunna söka direkt utan att ringa. De framförde också att täta uppföljningar är till stort stöd för patienterna när de exempelvis har fått nysatt medicinering. Vi hade också besök av Uppsökarna i Eskilstuna. Sammantaget fick vi av dessa två föreningar kännedom om vart vi som vårdar kan hänvisa patienter som känner sig isolerade och ensamma och som behöver socialt stöd och att vi bör kunna erbjuda de som har svårt att ringa en möjlighet att komma direkt till mottagningen.

Samttaget upplevde teamet det som mycket positivt att möta patientföreningar/stödföreningar för dialog. Det är ett enkelt sätt att få input om hur vården uppfattas och vad man skulle kunna förbättra. Rent konkret har samtalen bidragit till att vi funderat en extra gång över hur vi designar vår handikapptolett i samband med ombyggnation, att vi fått bekräftat att bemötandet är en mycket viktig del av vårdmötet samt att vi inrättat en rådgivningssköterskefunktion som kan ta hand om patienter som inte bokat tid. Det bidrar också till att vidga vår kännedom om föreningarnas verksamheter så att vi kan ge våra patienter tips om stödfunktioner i samhället.

Utbildning av personalen

Hela personalgruppen har fått utbildning i kulturkompetens, tolkanvändning, funktionshinder, ålder och diskriminering relaterat till vård och bemötande. Rebecca Popenoe, doktor i socialantropologi och universitetslektor vid Karolinska Institutet, har föreläst om kultur i vården i samband med en utbildningsdag september 2012.

I oktober 2013 genomförde projektteamet en utbildningsdag för all personal på vårdcentralen där

FÖRELÄSARE UTBILDNINGSDAG

- Representant från FUB (Föreningen för barn, unga och vuxna med utvecklingsstörning) – berättade om vad som var viktigt för honom i mötet med vården.
- Representant från Neuroförbundet - berättade om vad som är viktigt för funktionsnedsatta i rullstol i mötet med vården.
- Monica Wallin Gustavsson, Barnrättsstrateg, Landstinget Sörmland och Maja Söderbäck, docent Mälardalens högskola - föreläste om bemötande av barn och unga och delaktighet i vården.
- Semantix, tolkföretag - föreläste om regler och förhållningssätt i samband med tolkanvändning vid patientbesök.
- Humanitas - föreläste om diskrimineringslagstiftningen och diskriminering och religion.

fokus var diskrimineringsgrunderna. Dagen innehöll korta föreläsningar/samtal med olika representanter med uppföljande gruppdiskussioner i personalgruppen utifrån frågan ”Hur kan jag använda mig av det jag just hört i mötet med patienten?”.

Vid utbildningsdagen 2012 deltog 41 av de då 44 anställda och i oktober 2013 deltog 42 av de 48 anställda.

En guide för bemötande har utvecklats utifrån de gruppdiskussioner som fördes på utbildningsdagarna (se bild senare i rapporten).

Telefonintervju med patienter

Under några veckor ringde en av teammedlemmarna upp 20 patienter för att fråga om hur man uppfattat sitt senaste besök på vårdcentralen. Syftet var att mäta patientnöjdheten.

Sju frågor ställdes till varje patient. Frågorna berörde bemötande, delaktighet, information och tillgänglighet. Vi valde ut patienterna genom att notera den patient som registrerats kl 10.00 i receptionen varje dag oavsett vilken yrkeskategori patienten skulle besöka. Efter en vecka ringdes patienten upp.

Sammanfattningsvis var de flesta personer vi ringde nöjda. Nitton värderade som helhet den vård/behandling de fick som antingen utmärkt (4), mycket bra (13) eller som bra (2). En person svarade att han/hon värderade vården som dålig. Sexton fick helt eller delvis sitt behov av vård tillfredsställt. Arton kände helt och hållet förtroende för den behandlare de träffade. Femton fick en mottagningstid så snart de önskade och fem inte. Fjorton fick helt och hållet tillräcklig information om sitt tillstånd. Sexton kände sig helt och hållet delaktiga i beslut om sin vård och behandling så mycket de önskade. Utifrån kommentarer som deltagarna lämnade var kontinuitet viktigt.

Teamet uppfattade att aktiviteten var mycket enkel att genomföra och att det är något som vi kommer fortsätta med för att fånga upp patienters uppfattningar och upplevelser. Ett större antal intervjuer är dock önskvärda. De kommentarer som patienterna lämnat vid intervjuerna kommer kunna användas i vårt fortsatta arbete med att utveckla och förbättra vårdcentralen.

Happy or Not – nöjdhetsmätare

Under fyra veckors tid placerades nöjdhetsmätare vid utgången från vårdcentralen. På nöjdhetsmätaren fanns frågan ”Hur upplevde du personalens bemötande idag?”.

Not 2

Mötesplatserna är till för Eskilstunas befolkning (alla åldrar) och ger möjlighet till möten, att få samhällsinformation, få tillgång till datorer med internetuppkoppling, hitta information om kommunen, hitta rätt telefonnummer och kontaktpersoner i kommunen.

HAPPY OR NOT – NÖJDHETSMÄTARE

På mätaren fanns fyra knappar där besökaren kunde välja följande:

- ▶ en grön med ”glad” gubbe ☺
- ▶ en grön med neutral gubbe :-|
- ▶ en röd med neutral gubbe :-|
- ▶ en röd med sur gubbe ☹

Andel av svaren på de olika knapparna mättes. Mätaren skickade resultat via simkort till en databas som vi hade tillgång till via internet.

Resultatet blev att en hög andel av svararna var nöjda (90 procent). Det var svårt att utvärdera detta. Det är också svårt att skapa aktiviteter som leder till mätbara förbättringar. Vi tror dock att själva mätningen ger positiva signaler till patienterna att vi bryr oss om att de är nöjda.

Sammanfattning mål 1

Aktiviteterna har syftat till att samla in och skaffa kunskap för att kunna förstå dels vad ett gott bemötande allmänt kan innebära men också specifikt förstå vad grupperna i diskrimineringslagstiftningen kan ha för specifika behov i mötet med vården. Arbetet med guiden påbörjades i samband med HBT-certifieringen och har nu fyllts på utifrån de utbildningsinsatser som genomförts med personalen och utifrån dialog med patientföreningar och telefonintervjuer med patienter. Guiden kommer att kompletteras framöver i de förbättringsarbeten verksamheten driver.

Mål 2 – Skapa olika kontaktvägar in till vårdcentralen

Rådgivning och information om hälsa och sjukdom på mötesplats i kommunen

Vårdcentralens personal på mötesplatser: Rådgivningssköterska och en ytterligare personal (medicinsk sekreterare, undersköterska eller sjukgymnast) har funnits tillgängliga på två mötesplatser² i Eskilstuna kommun (i Nyfors och Årby) i 8 veckor, 2 timmar per vecka under våren 2013. Utbildnings-tillfällen anordnades utöver detta med distriktssköterska och sjukgymnast vid två tillfällen på vardera

mötesplats. Aktiviteterna annonserades på svenska på kommunens och landstingets hemsida, facebook och twitter, i kommunannonser i lokaltidningen samt mötesplatsernas aktivitetskalender.

På mötesplatserna annonserades aktiviteten i affischform samt i form av flyers på två andra språk förutom svenska, på ena mötesplatsen vietnamesiska och arabiska och på den andra finska och arabiska, se exempel längre fram i rapporten.

På mötesplatsen i närområdet framkom att det ofta kommer ensam unga mammor på besök. Beslut togs då att försöka fånga upp dessa på en föräldragrupp. Gruppen skulle vara öppen för föräldrar med barn i alla åldrar. Vi annonserade på mötesplatsen samt på BVC, Vårdcentralen City och i livsmedelsbutiken i området. Start av grupperna var samma vecka som vi påbörjade våra andra aktiviteter ute på mötesplatserna (v. 3). Träffarna innehöll babymassage för de yngre barnen och samtal i grupp om aktuella ämnen utifrån föräldrarnas önskemål.

Informationstavla och broschyrer: Under testperioden, v. 3 – v. 15 fanns informationsmaterial på mötesplatserna om planerade aktiviteter, hälsofrämjande åtgärder, Landstingskatalogen, instruktion hur man ringer vårdcentralen på olika språk, information om "mina vårdkontakter", och kontaktuppgifter till Eskilstunas olika vårdcentraler.

Besökarna på mötesplatserna som sökte kontakt med vårdcentralens personal för att få råd eller information fick svara på en enkel enkät om ålder, kön, modersmål, sysselsättning, om de söker vård när de behöver samt åtgärd vid rådgivningen. Ut-

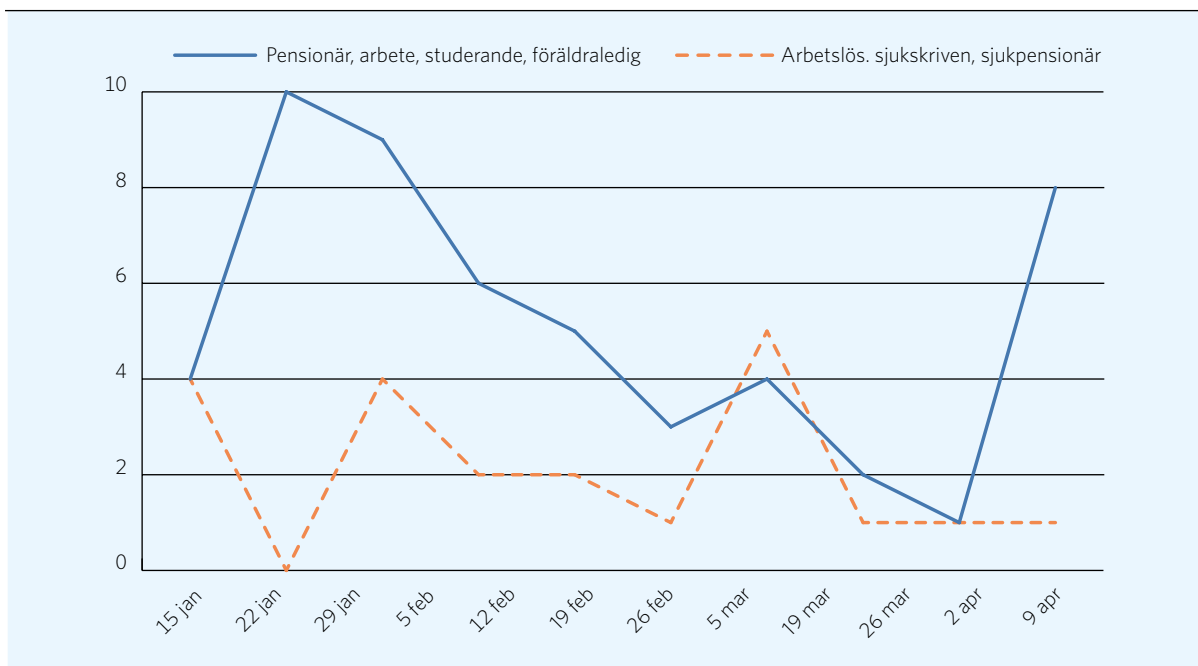


En del av projektteamet på mötesplats Nyfors Underhund i Eskilstuna. Från vänster: Marseel Yousif, sjuksköterska Vårdcentralen City, Marie Björnholm Eskilstuna kommun, Anita Österholm-Jonsson, distriktsköterska Vårdcentralen City, Linda Lännerström, distriktsköterska Vårdcentralen City.

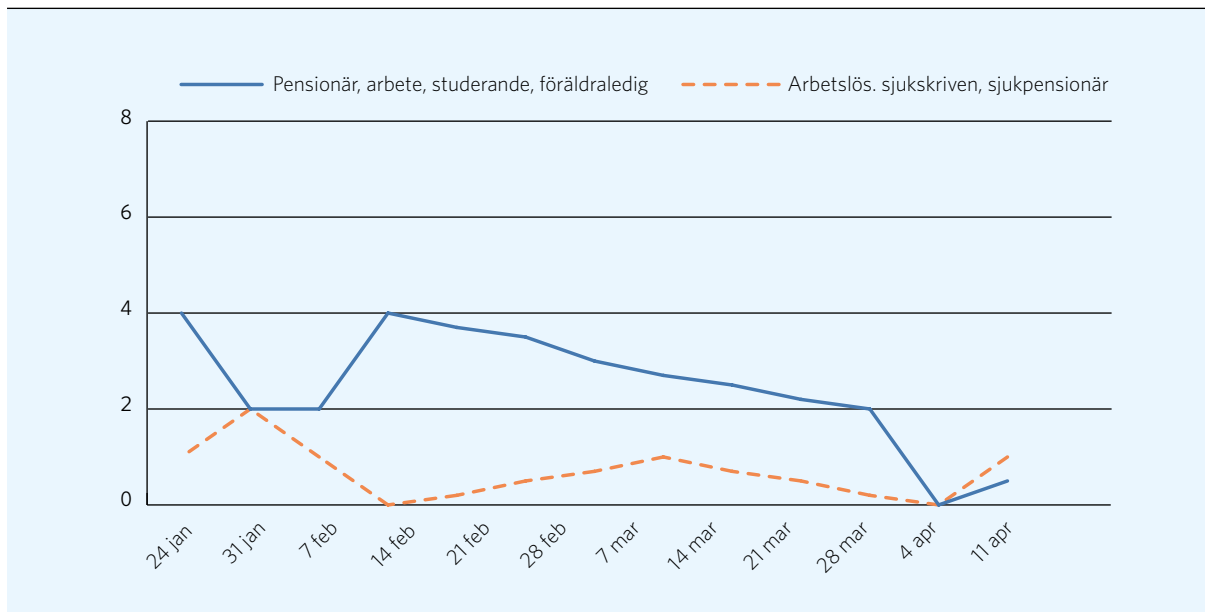
bildningstillfällena utvärderades muntligen med kommunens personal. Föräldragruppen utvärderades genom att gruppleddaren reflekterade skriftligt samt förde statistik över antalet deltagare.

Totala antalet registrerade besökare hos vårdpersonalen under testperioden var 120 stycken. På den av mötesplatserna som låg längst ifrån vårdcentralen var nästan hälften av de registrerade finsktalande pensionärer. I anslutande lokal fanns dagverksamhet för finsktalande. Många av dessa var intresserade av att kontrollera sitt blodtryck och därför var åtgärden där till över 50 procent blod-

FIGUR 4. Antal besökare vid Mötesplats Årby indelade i två grupper



FIGUR 5. Antal besökare vid Mötesplats Nyfors indelade i två grupper

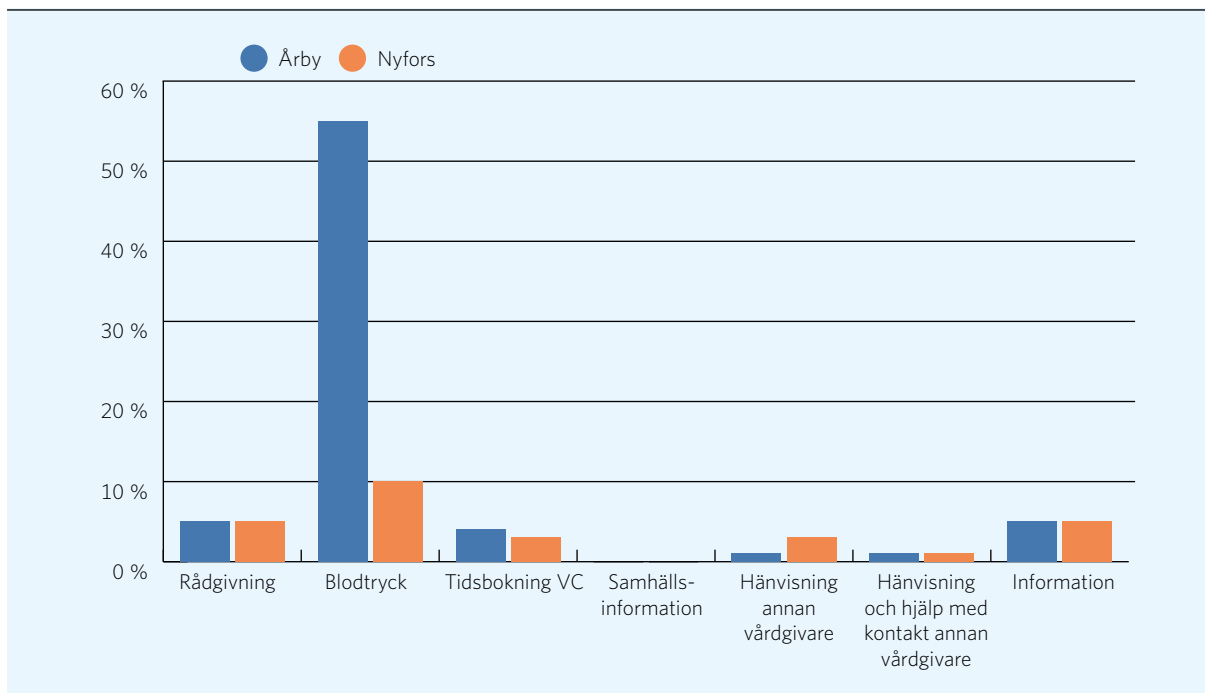


tryckstagnig. Flertalet av dessa personer hade redan en etablerad kontakt med vården. Mot slutet av perioden upplevdes det som att det var personer som tog kontakt som inte tidigare "vågat". Det hade varit bra att fortsätta testet ännu en tid för att arbeta vidare med det förtroende som börjat byggas upp. Kommunens personal upplevde att mot slutet av perioden började fler besökare att efterfråga distriktsköterskans kunskande. Kommunens personal är övertygad om att man på mötesplatserna kan nå målgruppen eftersom att man vet att det kommer personer till mötesplatserna som endast rör sig

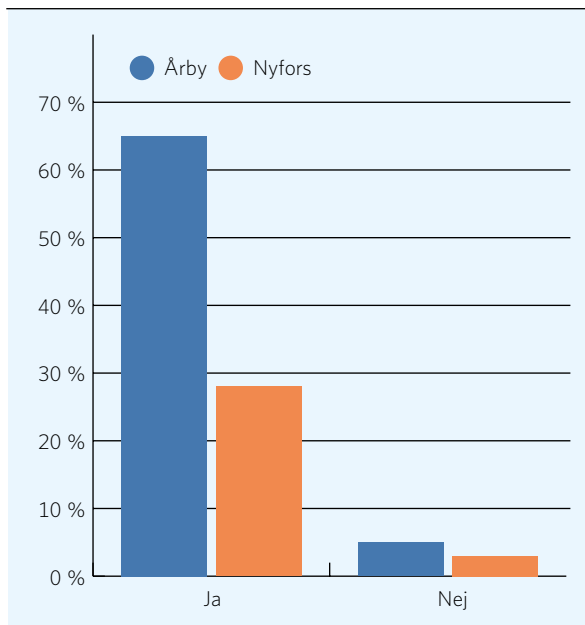
inom bostadsområdet och aldrig går utanför stadsdelen. Kommunens personal poängterar att arbetet måste vara långsiktigt för att förtroende ska kunna skapas.

Vid utbildningstillfällena som anordnades upplevde gruppledarna att aktiviteten fungerade bra och att uppslutningen var relativt god. Det lämnades mycket utrymme för dialog och frågor och diskussionerna var givande. Enligt kommunens personal på mötesplatsen var deltagarna mycket nöjda med den information de fick. Det kom några besökare som inte brukar komma till mötesplatsen

FIGUR 6. Åtgärder i samband med rådgivning på mötesplatserna



FIGUR 7. Andel av besökare på mötesplatser som söker vård när de behöver



annars, alltså enbart för informationen. Personalen på mötesplatserna tyckte att upplägget på aktiviteten var positivt och menade att besökarna kände sig ”bekväma” med denna mötesform.

Under hösten genomfördes en liknande aktivitet då landstinget hade ”Hälsovecka”. Distriktssköterska och sjukgymnast fanns på mötesplatsen i närområdet för att kunna ge information om kost och fysisk aktivitet. Planer finns på att försätta förlägga de hälsosatsningar vi har framöver på mötesplatsen samt hälsosamtal i samband med landstingets satsning på hälsosamtal för alla 40- 50- och 60-åringar.

Vid första föräldragruppsträffen kom endast en mamma med sin son. Antalet besökare ökade sedan något under tiden men som mest var det fem mammor med barn. Åldern hos barnen varierade, de flesta var något yngre än ett år. Aktiviteten innebar trevlig samvaro men inga ensamma unga mammor kom. De som besökte gruppen var mammor som även går på andra aktiviteter. Efter att den första föräldragruppen avslutats har ytterligare en grupp startats. Till denna grupp kom ingen förälder och därför har den nu ställts in. Vårdcentralen kommer i februari att starta familjecentral och där kommer aktiviteterna med att nå de föräldrar som är svårast att nå att fortsätta.

På grund av de positiva erfarenheter och teamets upplevelse av möjlighet att nå personer som befinner sig utanför vårdsystemet arbetar vårdcentralens ledning för att kunna fortsätta med aktiviteten. I dagsläget ger inte ersättningsystemet ekonomiska möjligheter för att kunna förlägga verksamhet ut-

anför vårdcentralen då det innebär en merkostnad. Planer finns på att söka bidrag för att kunna finansiera framtida verksamhet. Vårdcentralen har också förhoppningar om att kunna förlägga hälsosamtal på mötesplatsen i närområdet i samband med de hälsokontroller som kommer att erbjudas alla 40-50- och 60-åringar i Sörmland under år 2014.

Deltagande i närområdets aktivitetsdag

En distriktssköterska, en diabetessköterska och en sjukgymnast deltog i närområdets aktivitetsdag som arrangeras årligen av kommunerna. Vi erbjöd blodtryckstagning och blodsockertagning.

Besökarna fick svara på en enkel enkät gällande ålder, kön, modersmål och sysselsättning.

Intresset var mycket stort. Femtiotvå personer registrerades (men det var fler) och i stort sett samtliga tog man blodsocker och blodtryck på. Det var en enkelt genomförd aktivitet som nådde många och som vi planerar att delta vid årligen. Målet var inte att screena utan att göra befolkningen uppmärksam på att primärvården finns i närområdet och att ge information om var man kan vända sig för att få vård.

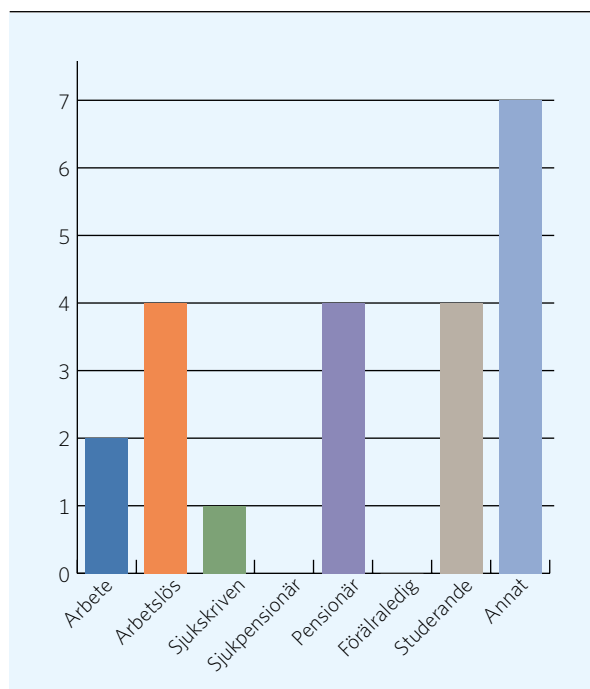
Arabisktalande sjuksköterska

En arabisktalande sjuksköterska projektanställdes under tre månader för att kunna ge rådgivning på arabiska och assyriska både i telefonen och vid besök på vårdcentralen.

Mätningar gjordes under 13 veckor (antal mätningar var 51 st) på antal samtal och patientbesök. Sjuksköterskan har under denna tid tagit 113 samtal (genomsnitt 2,2 samtal/dag) och 62 patientbesök (1,1 besök/dag) där han talat arabiska eller assyriska. De han tog emot vid besök fick svara på en enkel enkät med frågor om ålder, kön, modersmål, sysselsättning, hur de sökte vårdcentralen förra gången de behövde och hur den kontakten fungerade.

22 besökare besvarade enkäten. Utifrån de frågor sjuksköterskan ställt till 22 patienter har de helt annan sysselsättning än de från mötesplatserna (hälften var arbetslösa eller asylsökande) vilket kan tala för att de tillhör vår målgrupp. Sjuksköterskan har fungerat som kulturtolk för personalen på vårdcentralen. Han har kunnat förklara hur vårdsystemet i Irak fungerar och på så sätt skapat förståelse för varför missnöje och missförstånd kan uppkomma. Sjuksköterskan har också omvänt kunnat förklara för de arabisktalande om hur sjukvårdssystemet fungerar i Sverige. De svårigheter som uppkommit har varit att han har använts som tolk i fel sammanhang,

FIGUR 8. Sysselsättning hos besökare hos arabisktalande sjuksköterska



alltså vid ordinarie besök hos andra yrkeskategorier eller kollegor på vårdcentralen samt att de patienter som önskat träffa honom förväntat sig att kunna komma när som helst. Detta har avhjälpts genom att avsätta tider där drop-in patienterna kan bokas in och genom att undvika att använda honom som tolk vid planerade besök. Sjuksköterskan har efter projektiden anställts som vikarie och förhoppningarna är att han framöver ska kunna tillsvidareanställas. Sjuksköterskan har i nuläget i genomsnitt en patient per dag som kommer utan att ha tid och begär att få prata med honom, han talar med två patienter per dag i telefonrådgivningen på arabiska och asyriska samt får ungefär tre ärenden per vecka från kollegor där de behöver hjälp och stöd utifrån hans specialkunskande.

Rådgivningssköterska för sökande som inte bokat tid

Test med att inrätta en rådgivningssköterskefunktion gjordes under våren 2013. Tanken med rådgivningssköterska var att ha en sjuksköterska avdelad några timmar under förmiddag och eftermiddag för att ge rådgivning och bedöma vårdbehov hos sökande som kom till receptionen utan att ha bokat tid. Denna uppgift sköttes tidigare av en så kallad jour-sköterska. Jour-sköterskan var ofta fullbokad och därför fanns inte tillräckligt med utrymme för att ta hand om sökande som kom utan att ha bokat tid.

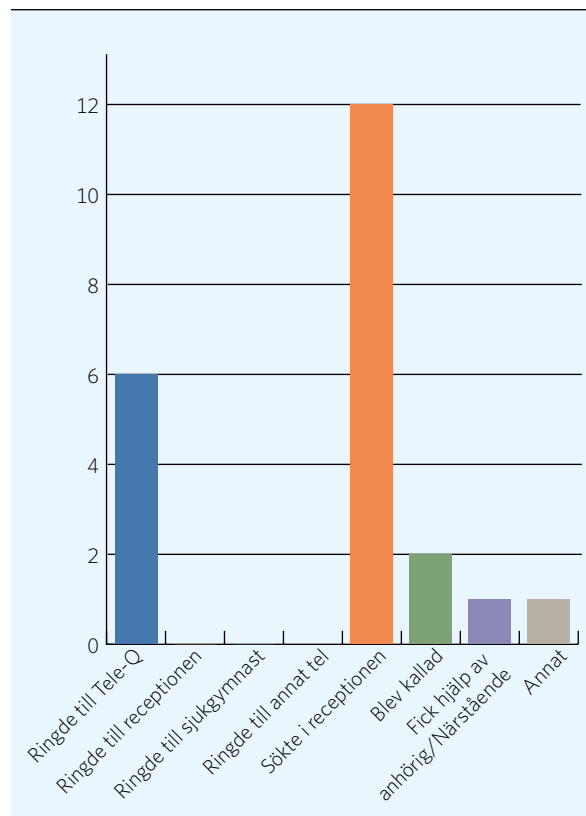
Tanken var att mätningar utifrån ålder, modersmål, sysselsättning samt på vilket sätt personen sökt förra gången hur de upplevde kontakten, hur de skulle vilja kontakta och skulle utföras.

Inga mätningar har gjorts. Det gick mycket trögt att prova aktiviteten p.g.a. att bemanningen inte upplevdes räckta till för att avdela en sjuksköterska för detta. Från och med 1 oktober 2013 infördes rådgivningsfunktion i det ordinarie schemat för distriktssköterskor/sjuksköterskor och detta bör nu kunna fungera eftersom bemanningen ökats med nyanställningar.

Reflektion och lärdomar

Att få delta i Lärandeprojektet Vård på lika villkor har varit en mycket utvecklande och positiv resa för såväl teamet som hela vårdcentralen. Under projektiden har vi förstått att det föreligger stora ojämlikheter i hälsa hos befolkningen och att vi måste förändra en del av vårt arbetsätt för att nå de grupper som inte söker vård fast de behöver. Det har inneburit att vi tagit steget att förlägga en del av vår verksamhet utanför vårdcentralens väggar för att försöka nå och hjälpa de, som av olika anledningar,

FIGUR 9. Besökarnas sökmönster vid förra besöket





1



2



3

1. Affisch till marknadsföring av testen med rådgivning och information på kommunens mötesplatser. 2. Affisch på vietnamesiska till marknadsföring av testen med rådgivning och information på kommunens mötesplatser. 3. Affisch till marknadsföring av testen med föreläsningar på kommunens mötesplatser.

inte tar sig till vårdcentralen. Det har också inneburit att vi öppnat upp möjligheten att söka vårdcentralen på andra sätt än via telefonen. Dels har personer som talar arabiska fått möjlighet att tala med eller få träffa en arabisktalande sjuksköterska. Dels har en rådgivningssköterskefunktion inrättats på vårdcentralen där personer som inte bokat tid får träffa en sjuksköterska för bedömning och råd. Vi har fört dialog med patientföreningar samt fått utbildning för att fördjupa våra kunskaper om sårbara gruppers extra behov. Utifrån den kunskap vi skaffat oss i projektet har vi arbetat fram en guide för bemötande som vi alla kan använda i det dagliga arbetet med våra patienter.

Teammedlemmarna upplever att upplägget med projektets seminariedagar på annan ort (med övernattnings) har varit mycket bra och bidragit till det lyckade genomförandet av den mängd aktiviteter som bedrivits. Dels har man under dessa dagar kunnat få möjlighet att intensivt fundera och reflektera över projektet, dels har föreläsningarna varit mycket bra och relevanta för det arbete som bedrivits i projektet.

Att få röra sig utanför vårdcentralens väggar på kommunens mötesplatser har varit givande ur flera aspekter. Vi har kunnat knyta värdefulla kontakter med kommunens personal. Det visade sig i de samtal vi hade med kommunen att vi har liknande mål i våra verksamheter gällande att arbeta hälsofrämjande men att vi också kompletterar varandra. Vårdcentralen har det medicinska kunnandet medan kommunen har kunskap om närområdet, dess

befolkning samt kunskap om de sociala förutsättningar och behov som finns i närområdet. Arbetet med att etablera kontakt och få förtroende tar tid. Mot slutet började vi märka att fler besökare tog kontakt. Teamet tror att många av de personer som besöker kommunens mötesplats i närområdet har ett behov av att få medicinska råd men att vi i så fall behöver finnas på plats under lång tid, regelbundet, för att skapa förtroende. Vårdcentralens ledning arbetar för att söka ekonomisk hjälp för att kunna fortsätta aktiviteten. Inom ramen för dagens ersättningssystem har vårdcentralen inte ekonomiska medel för ett fortsatt genomförande.

Att få möjlighet att byta erfarenheter med olika organisationer gällande deras upplevelser i kontakten med vårdcentraler har varit mycket givande och något som vi kommer fortsätta med på olika sätt. Vårdcentralen har gått in i ett pilotprojekt för personcentrerad vård och där planeras det för att inrätta ett patientråd där en kontinuerlig kommunikation upprättas med våra patienter i kvalitetsutvecklande syfte.

Att få anställa en arabisktalande telefonsjuksköterska har gett den arabisktalande patientgruppen högre tillgänglighet. De som har svårt att tala svenska kan få prata med vår sjuksköterska eller få ett besök inbokat. Aktiviteten har också inneburit att personalen har fått ökad kompetens gällande kultur och kulturellt bundna förväntningar som kan finnas hos patienter och dessa har sjuksköterskan kunnat kommunicera och förklara.

Guide för bemötande

Teamet har skapat utbildningstillfällen för hela personalgruppen gällande kultur, barn och unga, funktionshinder, tolkanvändning och diskriminering. Det har upplevts mycket givande av personalen. Vi har också tillsammans fått vara med

och formulera början till en guide för bemötande utifrån det vi lärt oss, se bilaga. Arbetet med att testa guiden samt informera och förankra guiden hos övrig personal kommer att påbörjas under våren 2014.

Guide för bemötande

Denna guide för bemötande är skapad för att vi som personal behöver enkla redskap för att möta de olikheter som kan finnas hos våra patienter. Människor är olika men lika. Att bemöta alla på samma sätt är inte att ge bästa möjliga vård. Guiden har sin grund i vårdcentralens motto och är sedan uppbyggd först med en allmän del för att sedan gå in på de grupper som beskrivs som extra utsatta i diskrimineringslagen. Alla diskrimineringsgrunder är inte inkluderade i nuläget.

Vårdcentralen Citys motto:

Nöjda patienter – Nöjd personal

- ✦ Jag lyssnar aktivt och möter alla med vänlighet och respekt.
- ✦ Jag tar personligt ansvar och ser till att arbetsuppgiften är "rätt från mig".
- ✦ Jag vårdar för livet, inte för stunden, och använder evidensbaserad kunskap samt min kompetens. Jag bidrar till utveckling av verksamheten.
- ✦ Jag är en del av vår inkluderande arbetsmiljö och känner stolthet och glädje att arbeta på Vårdcentralen City. Jag ger och får stöd av mina arbetskamrater.

Guide för bemötande, forts.

- Möt alla olika, Förutsätt Inte Alltid Att Alla (FIAAA)....
- Försök få patienten att känna sig välkommen.
- Ha fokus på patienten vid besöket, titta på och vänd dig mot patienten.
- Lyssna och lyssna färdigt.
- Var lyhörd att kommunikationen fungerar bra, anpassa språket.
- Ta tillräckligt med tid och ge ett lugnt bemötande.
- Var naturlig.
- Reflektera över ditt eget bemötande under dagen.

Könsöverskridande identitet eller uttryck och sexuell läggning

- Förutsätt inte att alla alltid lever enligt heteronormen (FIAAALEH).
- Ställ öppna frågor och låter alla berätta det de anser som viktigt för oss att veta om dem ("alla har rätt att komma ut").
- Om vi är osäkra på hur en patient vill bli tilltalad frågar vi patienten "Med vilket namn/pronomen vill du att jag tilltalar dej?"
- Ställ frågor om kön, könsuttryck och sexuell praktik endast när det är relevant för det problem personen söker vårdcentralen för.

Kultur och Religion

- Förutsätt inte alltid att alla (FIAAA).... Exempelvis: alla som bär slöja är religiösa.
- Erbjud tolk till den som behöver och avsätt längre tid för tolkbesöket.
- Om vi är osäkra på hur kultur och religion påverkar patienten och den vård och behandling vi ger, så frågar vi patienten.

Funktionshinder

- Möt i första hand den som söker vård inte medföljaren.
- Försök vara naturliga, tala enkelt och tydligt, fyll inte i meningar och "dad-dar" inte.
- Var förberedd och påläst.

Barn och ungdomar

- Möt och prata i första hand med barnet och sedan med föräldern.
- Engagera föräldrarna tillsammans med barnet.
- Fråga barnet vad det vill veta om situationen, behandling och undersökningar och ta ställning till hur mycket dialog och kontroll barnet vill ha i situationen.

Vårdcentralen Dalbo, Växjö, Landstinget Kronoberg

Sammanfattning

Vi gick med i projektet för att få inspiration och redskap för att arbeta för en jämlik vård för våra listade patienter. Många av de som listat sig på vårdcentralen kommer från andra länder och har haft traumatiska upplevelser i hemlandet och/eller på väg till Sverige. Språksvårigheter försvårar kontakten med svensk hälso- och sjukvård. Man har ofta stora förväntningar på vården och vad som kan göras. Samtidigt kommer många från länder där man i hög grad söker akutmottagningar eller organspecialister direkt. Det finns önskemål om hög tillgänglighet och då helst ett läkarbesök.

Vi har sedan tidigare arbetat med att förbättra vår tillgänglighet och har för att möta våra patienters behov många tider till läkare som kan erbjudas samma dag patienten kontaktar oss. Många av våra patienter bedömer vi inte ha behov av just läkarbesök och blir inte heller bäst hjälpta av läkarbesök. Vi har byggt upp en bedömningsmottagning där patienten först träffar en distriktssköterska och om behov finns får patienten tid till läkare i direkt anslutning till bedömningsbesöket. Distriktssköterskan kan också direkt boka tid till sjukgymnast eller samtalsterapeut.

Projektet har gett möjlighet till att öka kulturkompetensen bland medarbetarna. Under pro-

Vi vill skapa tillit, trygghet och delaktighet



Teamet, från vänster i bild: Louise Demitz Helin, distriktssköterska, Erica Ericsson, verksamhetschef och Åsa Ossiansson, distriktsläkare. Ej med på bild Gitt-Mari Ström, läkar-sekreterare.

Kontaktuppgifter:

Vårdcentralen Dalbo
Brittsommarvägen 2 B,
352 37 Växjö
0470-58 69 00
www.ltkronoberg.se

jekttiden har detta varit ett återkommande tema på våra utvecklingsdagar. Vi har också arbetat med att förankra en "bemötandeguide" som

primärvårdscentrum har tagit fram för vårt lands-
ting. Vår förhoppning är att detta ska medföra ett
bättre bemötande och vård utifrån våra patienters
behov och önskemål.

Bakgrund

Dalbo – hela världens vårdcentral

Dalbo vårdcentral, som startade för 24 år sedan, är
belägen 2 kilometer från Växjö centrum. Den störs-
ta delen av närområdet består av hyreslägenheter
byggda på 60-talet, en mindre del är ett villaområde
från samma tid. Vi har knappt 10 000 listade varav
merparten bor nära vårdcentralen. Våra listade pa-
tienter kommer från hela världen; Chile, forna Ju-
goslavien, Palestina, Iran och på senare år Irak men
nu framförallt Somalia och Syrien. Tolkbehovet är
stort. Vi har högst CNI (Care Need Index, ett socio-
ekonomiskt index) i länet, nämligen 1,8. Den vård-
enhet som är närmast har 1,2. Diabetesincidensen
är hög hos personer från dess länder. Vi har länets
största diabetesmottagning. Ohälsotalet är betyd-
ligt högre än i andra delar av kommunen liksom den
psykiska ohälsan. Många av våra patienter lider av
posttraumatisk stress syndrom.

I vårdcentralens uppdrag ingår läkar- och di-
striktssköterskemottagning, specialmottagningar
för astma/KOL, diabetes, inkontinens, inledande
hälsoundersökning av nyanlända invandrare samt
BVC. På vårdcentralen finns även sjukgymnastmot-
tagning samt psykosocial terapeut.

Araby familjecentral öppnade för 13 år sedan
och var länge länets enda familjecentral. Vår BVC
samarbetar där med MVC, öppen förskola samt so-
cialsekreterare. Andelen nyfödda barn på BVC med
en eller båda föräldrarna födda utanför Norden är
mycket stor (siffra saknas).

I den fast anställda personalgruppen behärskar vi
svenska, finska, danska, engelska, serbiska, spanska
och arabiska. Vi har under en period även haft/har
personal som talar somaliska, persiska och dari. Det
är 6 anställda specialister i allmänmedicin, men på
grund av föräldraledigheter har vi även 1 hyrläkare.
Sjukvårdsrådgivning per telefon är många gånger
svårt, både på grund av språksvårigheter men också
av att många av våra patienter kommer från länder
där man inte har vana av egenvård eller förtroende
för att träffa en sjuksköterska. Önskemålet om att
träffa en läkare är stort, men i många länder har
man en vana att söka sjukhusets akutmottagningar
och organspecialister. Vi måste därför också arbeta
för att skapa förtroende för distriktssköterskeledda
mottagningar och för distriktsläkaren.

Syfte med deltagandet

Skapa tillit, tillgänglighet, trygghet och kontinuitet
för alla listade samt ökad kulturkompetens i perso-
nalgruppen.

Vår vision är att öka delaktigheten samt bidra till
att ge förutsättningar för ”empowerment” bland
våra patienter.

Mål

Mål 1: Öka tillgängligheten för underrepresente-
rade grupper.

Mål 2: Förbättrad hälsovård för nyanlända genom
uppföljningssamtal.

Mål 3: Ökad kulturkompetens i personalgruppen.

Mål 4: Frigöra läkartider genom förändrade rutiner
kring receptförskrivning.

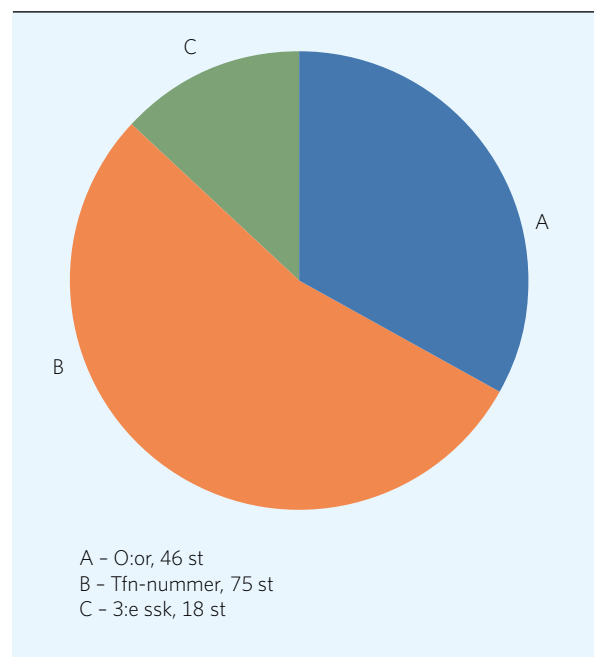
Aktiviteter och resultat

Mål 1 – Öka tillgängligheten för underrepresen- terade grupper

Mätning av antalet spontanbesök

Det fanns en upplevelse av att vårdcentralen hade
många ”spontanbesökare” som vi valde att kalla
dem. För att få en uppskattning av hur många de var
och hur de blev omhändertagna valde vi att göra en
mätning.

FIGUR 10. Spontanbesök i receptionen, november 2012



Sammanlagt mättes 139 spontanbesök, se figur 10. Av dessa delades de upp på följande kategorier:

- › ”0:or” – kallar vi de patienter som vi ber sitta ned och vänta på att få tala med distriktssköterska, men meddelas distriktssköterskan från receptionen via vårt telefonkösystem, tele-Q. Detta handlar oftast om patienter som inte har någon telefon eller där vi förstår att det inte går att kommunicera via telefon alls.
- › ”Tfn-nummer” – kallar vi de patienter som inte på egen hand klarat av att förstå och trycka in sitt telefonnummer rätt vid uppringning till vårt telefonkösystem tele-Q och dessa hjälper vi genom att manuellt skriva in deras telefonnummer i rätt turordning för att bli uppringda av distriktssköterska.
- › ”3:e ssk” – är de patienter som har mer bråskande behov av hjälp. Då ringer sekreterare i receptionen till distriktssköterska som direkt träffar patienten för att göra en första bedömning.

Vad som framkom i mätningen var att vi hade ca 140 spontanbesök under en månad d.v.s. ca 7 besök per dag. Av dessa fick 72 personer hjälp med att bli uppringda i telefon och 46 personer fick sitta ner och vänta på att samtala med distriktssköterska. 18 personer fick ett akut omhändertagande av distriktssköterska.

Personalen i receptionen menade att de flesta spontanbesökarna hade svårt att ringa till vårdcentralen framför allt p.g.a. språksvårigheter. Andra hade inte kunskap om att man skall ringa till vårdcentralen för att få en tid eller få råd. Ytterligare en grupp kom direkt till vårdcentralen för att få akut hjälp.

Många patienter var nöjda efter att de fått information om hur de skall kontakta vårdcentralen och fått hjälp med att bli uppringda i vårt Tele-Q-system. Mindre än hälften behövde en bedömning eller hjälp av en distriktssköterska. Vi kom fram till att den hantering av spontanbesökare som vi har för närvarande fungerar bra och beslöt därför att inte göra någon förändring.

Mätningen har dock lett till att en rutin har arbetats fram som tydliggör hur ”spontanbesökare” skall tas om hand i receptionen, när distriktssköterska ska tillkallas m.m. Detta gör det enklare när ny personal och semestervikarier skall introduceras i receptionsarbetet.

Som en del i arbetet har vi tagit fram en informationsbroschyr om vårdcentralen och kontaktvägar till den på svenska som vi även översatt till bosniska,

arabiska och somaliska. Denna delar vi ut både till våra ”spontanbesökare”.

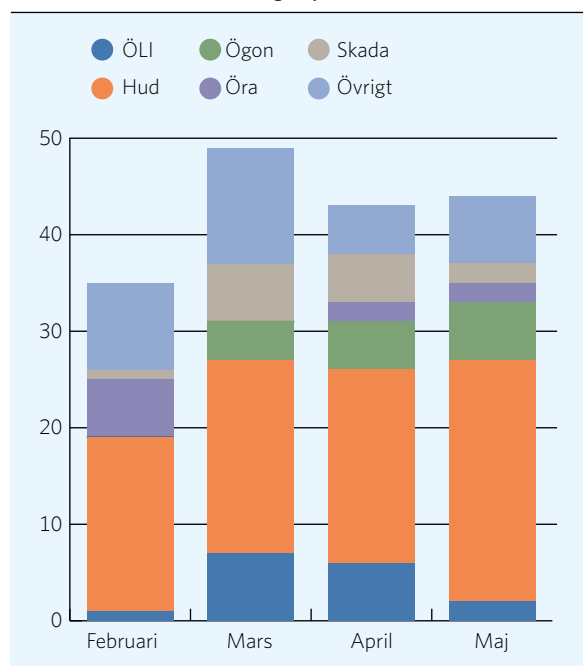
Bedömningsmottagning

Inom ramen för projektet bestämde vi oss för att utveckla en bedömningsmottagning. När distriktssköterskan i telefonrådgivningen på grund av språksvårigheter eller andra oklarheter inte kan bedöma om patienten behöver en läkartid, bokas patienten på en distriktssköterskeledd bedömningsmottagning. Distriktssköterskan kan då genom att träffa patienten lättare avgöra om patienten skall träffa en läkare eller ej. För att göra besöket ytterligare patientsäkert bokas vid behov en tolk. Denna handläggning kan liknas vid en typ av triagering. Möjlighet finns att i direkt samband med bedömningsbesöket boka tid till läkare.

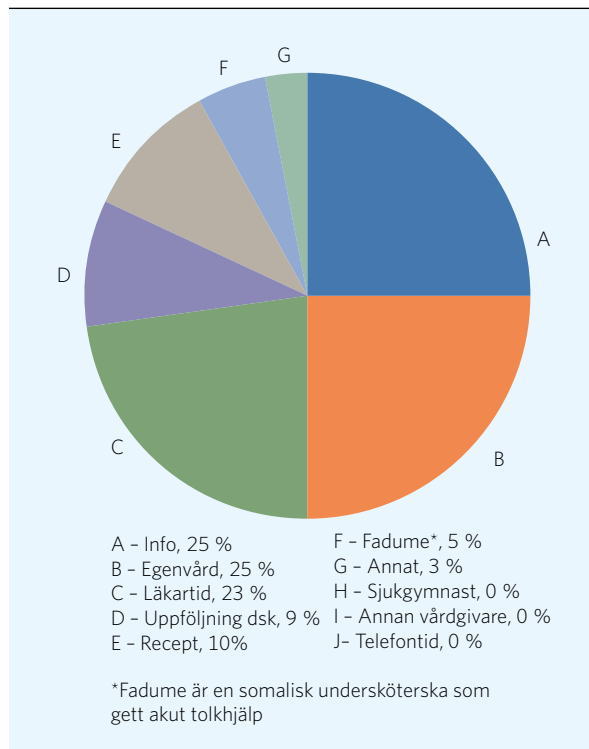
Mätningar: Hur många patienter – vilka problem – omhändertagandet? Vi beslutade att göra en mätning av hur många patienter som bokades på bedömningsmottagningen inledningsvis under 4 månader. I ett formulär kryssade distriktssköterskan i vad patienterna sökte för och vad besöket ledde till, se figur 11 och 12. Ett annat syfte med mätningen var att undersöka om ”rätt patienter” var uppsatta på mottagningen.

Mätningen visade att mer än 75 procent av patienterna kunde slutbehandlas av distriktssköterskan vanligtvis genom behandling, receptförskrivning, egenvård eller ett senare läkarbesök.

FIGUR 11. Antal besök och kategori per månad



FIGUR 12 Åtgärder vid bedömningsmottagningen



23 procent av patienterna fick omedelbart en tid på den parallella läkarmottagningen.

Det som patienterna mest sökte för var hudproblem.

Antal timmar per vecka: Vi satte som mål att ha planerad bedömningsmottagning måndag till och med torsdag, 1,5 timme på eftermiddagen. Parallellt var en läkare inplanerad för eventuella läkarbesök.

För att se om vi uppnått målet mättes antalet mottagningstimmar under februari t.o.m. maj månad. Resultatet visade att vi fått ställa in 10-15 procent av tiderna för bedömningsmottagningen, vilket främst berodde på resursbrist hos distriktssköterskorna. Även under hösten, september och oktober, gjordes en mätning. Vid denna period fick 55-60 procent av bedömningsmottagningen ställas in.

Trygghet för sjuksköterskor: Från början upplevde projektgruppen att det fanns ett visst motstånd i distriktssköterskegruppen till att arbeta med bedömningsmottagningen. Därför ville vi veta hur trygga de kände sig med den sortens mottagning och om de upplevde sig ha rätt kompetens. Vi tog fram en enkel enkät med några frågor som samtliga distriktssköterskor fick svara på där de fick gradera från 1 till 5. Denna delades ut när vi hade arbetat med bedömningsmottagningen under 4 månader. I denna fanns även en öppen fråga som handlade om det fanns något område som de önskade kompetensutveckling i. Det visade sig att samtliga svar låg

mellan 4 och 5, vilket visar att man känner sig trygg i rollen. Som en följd av önskemål om kompetensutveckling kommer alla distriktssjuksköterskor att gå en utbildning i hudsjukdomar som landstinget erbjuder.

Patientnöjdhet: Vi ville även undersöka om patienterna var nöjda med sitt bedömningsbesök. Därför utarbetades en enkät som skulle lämnas ut i samband med besöket. De besvarade enkäterna lades i en låda vid receptionen. Vi har ingen exakt siffra på antalet utlämnade enkäter. Vi har fått in sammanlagt 32 svar. Av dessa var 29 svar med alternativ 5 dvs. mycket nöjd. Tre har svarat med alternativ 4. En person har svarat med alternativ 1, dvs. inte alls nöjd. Enkäteten översattes även till arabiska och somaliska.

Resultat: Vi anser att patientsäkerheten stärkts för en patientgrupp som inte behärskar svenska språket till fullo. Vi bedömer också att patienterna behandlades på rätt vårdnivå och genom bedömningsmottagningen kunde vi spara läkartider åt andra mer behövande patienter.

Utifrån de svar vi fått in, har patienterna varit mycket nöjda, oavsett om det blev sjuksköterske- och/eller läkarbesök. Tyvärr gick det inte att hålla bedömningsmottagningen öppen hela tiden, då vi hade resursbrist av distriktssköterskor.

Mål 2 – Förbättrad hälsovård för nyanlända genom uppföljningssamtal

Förbättrad hälsovård för nyanlända - uppföljningssamtal

När projektet "Vård på lika villkor" startade i mars 2012 var projektgruppens fokus riktat på den grupp somalier som skulle komma för *familjeåterförening* till Växjö. Myndigheterna räknade med att ca 400 personer, främst barn, skulle komma. På vårdcentralen diskuterade vi hur vi skulle samarbeta med andra aktörer, t ex kommunen, slutenvårdskliniker (framför allt infektions- och barnkliniker) och folkhälsovården. Det fanns även planer på att bygga upp en gemensam flyktingmottagning i landstinget där alla inledande hälsosamtal skulle genomföras. Eftersom det dröjde innan anknytningsfallen kom till Växjö lades det projektet ned. Det bestämdes att de inledande hälsoundersökningarna skulle göras på de vårdcentraler där personerna valde att lista sig eller den vårdcentral de bodde närmast.

För vår del tänkte vi se över hur vi kunde förbättra processen med inledande hälsosamtal. Vi satte därför upp följande mål:

- › Att erbjuda alla ett uppföljningssamtal efter inledande hälsoundersökning, i syfte att skapa tillit och trygghet i kontakten med svensk sjukvård.
- › Att 80 procent ska ha haft uppföljningssamtal inom två månader efter det att hälsoundersökningen var gjord.

Först senhösten 2012 kom ett stort antal personer för familjeåterförening till Växjö. Det kom ett 80-tal personer på en gång under senhösten 2012 och under januari – juni 2013 ytterligare cirka 180 personer. Antalet registrerade hälsoundersökningar utförda 2012 var 98 st och under 2013 var det 257 (siffrorna är något osäkra). Vi hade därför svårt att genomföra vårt grunduppdrag. På grund av den höga arbetsbelastningen kunde ansvarig distriktsköterska bara fokusera på inledande hälsoundersökning och vaccinationer. Vi tog in extrapersonal, både sjuksköterskor och en läkare. Tråkigt nog blev det trots detta omöjligt att erbjuda tider för uppföljningssamtal.

Det positiva som skedde i och med detta var att vi inledde ett samarbete med Växjö kommuns motagningsorganisation för samma grupp som kallas ”Landningsbanan”. Vi arbetar där tillsammans med skolsjuksköterskan på ”Landningsbanan”, både vad gäller hälsoundersökningar och uppföljning.

För att motivera personer att komma till en inledande hälsoundersökning, tog vi initiativ till att omarbete inbjudan/kallelsen. Den skrevs om till en enklare, mer lättförståelig svenska, och flerspråkig personal på vårdcentralen översatte den till olika språk, se exempel längre fram i rapporten. Det har också fått till följd att det har gjorts en översyn av rutiner och mallar för hälsoundersökning inom hela landstinget.

Mål 3 – Ökad kulturkompetens i personalgruppen

Utbildning av personalen

Olika utbildningar och föreläsningar har förekommit för att öka kulturkompetensen hos medarbetarna på vårdcentralen. Under en halvdag hösten 2012 informerade vi om projektet ”Vård på lika villkor”, dess syfte och målsättning. Dessutom föreläste vår handledare Malin Skreding Hallgren om ”Jämlik vård – att möta utan att mota”. Ett huvudtema var ”Lyssna utan fördomar”. Malin har även hållit i en utvecklingsdag om bemötande. Hon föreläste i ämnet ”Human dynamics” som kan användas som en förklaringsmodell för att förstå att våra olikheter som individer och hur det påverkar bemötandet.

Samtidigt presenterades och diskuterades den Bemötandeguide som är framtagen för primärvården i Kronoberg. Syftet var att lägga basen för en gemensam värdegrund på vårdcentralen vad det gäller bemötandefrågor.

Vi har även haft en föreläsning om mångkulturella möten i vården, med fokus på bemötande och sexuell hälsa.

Deltagandet i projektet har gett oss en möjlighet att satsa på kompetensutveckling vad gäller mångfald och bemötande och anser att det lett till en ökad förståelse och medvetenhet i arbetsgruppen.

Bättre rutiner kring tolkanvändning

Alla våra patienter har rätt att göra sig förstådda och att bli förstådda. Språket får inte bli ett hinder för att få rätt behandling. Professionell tolk ökar kvaliteten och patientsäkerheten i vården. Det minskar även risken för missförstånd. Vi har därför tagit fram tolkrutiner som bl.a. anger huvudprinciperna för hur och i vilka situationer tolk ska användas. I rutinerna framgår bl.a. att telefontolk bör användas, att vi inte ska använda anhörigtolk och att minderåriga barn inte ska vara tolk åt sina föräldrar. Önskemål om kvinnlig tolk ska om möjligt tillgodoses vid vissa undersökningar. Vid gynekologiska besvär ska detta vara en regel.

Mål 4 – Frigöra läkartider genom förändrade rutiner kring receptföreskrivning

Genomgång av receptunderlag

En annan process som vi valt att analysera var hur receptförnyelser hanteras. Det finns många olika sätt detta görs, men det vanligaste på vårdcentral är att patienten fyller i ett formulär som sedan läggs i en brevlåda vid receptionen. Därefter delas ”lapparna” ut till läkare, som bedömer om recept kan skrivas. I denna process kan det uppstå oklarheter som innebär merarbete för läkaren. Vi i projektgruppen ville göra ett test som innebar att receptönskemålen gallrades och kontrollerades av distriktssköterskorna för att bedöma om det fanns en rimlighet i patientens önskemål om receptförnyelse innan dessa lämnades till läkaren. Syftet med detta var att frigöra mer läkartid i en pressad situation med läkarbrist och därmed ge ökad tillgänglighet.

Vi gjorde en mätning för att få en bild av antalet receptönskemål och hanteringen av dessa. En mall utarbetades och i den fylldes i hur receptunderlagen hanterades. Det innebar att en distriktssköterska vid samma tidpunkt varje dag skulle gå igenom dygnets inkomna underlag. Efter genomgång lämnades

FIGUR 13. Recepthantering



merparten av underlagen till läkarna för receptförnyelse, se figur 13.

Sammanlagt bedömdes 574 underlag under perioden. Mätningen genomfördes under mars och april 2013. 58 patienter kontaktades av distriktsköterska för kompletterande frågor och 18 patienter fick en läkartid. Under semesterperioden 2013 bedömdes inte underlagen av distriktsköterska då det inte fanns tillräckligt med tid för detta.

Utvärdering av testet gjordes under hösten 2013. På ett APT diskuterades för- och nackdelar med recepthanteringen. Det som medarbetarna kom fram till var att det nya arbetssättet innebar ett dubbelarbete. Sjuksköterskorna utförde ett merarbete, utan att det blev någon tidsvinst avseende läkartid. Vi beslöt att återgå till det gamla arbetssättet, med tillägget att läkarna får lämna över ärenden till distriktsköterskorna där det behövs en extra kontakt med patienten.

Reflektion och lärdomar

Det har varit intressant och utvecklande att vara med i projektet inte minst för projektgruppen. Projektet har inneburit ett "lärande" med bra föreläsningar inom området "Vård på lika villkor". Vi har deltagit i givande diskussioner både i teamet och med andra deltagare. Vi har fått mycket bra handledning både vid uppstarten och när vi kört fast.

Projektet har också bidragit till ett nätverksbygge med andra vårdcentraler med samma problematik. Det har varit lärorikt för hela personalgruppen.

Förankring i arbetsgruppen och delaktighet i projektet är grundläggande för att förändringsarbetet ska lyckas. Det hade varit önskvärt med mer tid både för planering innan vi gick med i projektet och för återkoppling till medarbetarna. Vi hade även behövt vara fler personer i arbetsgruppen och vi hade från början planerat att BVC samt flyktinghälsövård skulle vara en stor del av vårt "projekt". Av flera olika skäl blev det inte så. Även om vi var få i gruppen kunde vi ha delegerat uppgifter till flera.

Vid starten av projektet var vår vision att kunna mäta ganska mycket i vår verksamhet med hjälp av bl.a. PDSA-hjul, och det har vi gjort. Svårigheten är att från början vara tydlig med vad man vill mäta, och framförallt bryta ner det i små, små enheter. Vi har fått mycket god handledning, under hela resan, där vi ständigt blivit påmind om att det inte får vara för stora åtaganden.

Då det gäller till exempel vår mätning på Bedömningsmottagningen, kom vi på lite sent att vi ville göra en enkät där vi frågade patienter avseende patientnöjdhet. Vi sammanfattade en enkel enkät. Vi har fått in ett antal svar, men vi har inte räknat hur många som delats ut. Detta är några av de lärdomar vi fått. Vår förhoppning är att kunna fortsätta att mäta, dra slutsatser, gå vidare och se vad som kan


göras bättre. Vi har fått verktygen, och kan nu använda dessa på ett mer effektivt sätt och samtidigt få med oss våra medarbetare i vårt fortsatta arbete.

En fundering vi haft under hela projektet är att avgöra om de insatser vi gjort verkligen har lett till en mer jämlik vård. Hur kan det mätas? Det lämnar vi över till projektledningen att svara på.

Med tanke på att det i alla lägen inte blev som vi tänkt avslutar vi med detta citat:

”En inställd spelning är en spelning det också”

Ulf Lundell



KALLELSE

2014-02-20 19 121212-1212

Välkommen till vårdcentralen Dalbo torsdagen den 20 februari 2014 klockan 08:00

Som nyanländ i Sverige är du välkommen till en hälsoundersökning.

Syftet med hälsoundersökningen är att erbjuda dig en genomgång av din hälsa. Tolk på ditt språk beställs till besöket. I hälsoundersökningen ingår samtal och provtagning. Hälsoundersökningen är ett erbjudande och gratis för dig. Resultatet av hälsoundersökningen påverkar inte din möjlighet att få stanna i Sverige. Migrationsverket får inte ta del av resultatet av hälsoundersökningen. Kontakta oss så fort som möjligt om du inte kan komma denna tid. Vi kan då boka in en annan tid om du vill.

Ta med till besöket:

- en giltig identitetshandling
- LMA-kort (om du har ett LMA-kort)

Denna kallelse gäller som färdbiljett på bussen. Det betyder att du får åka gratis buss till hälsoundersökningen om du visar upp kallelsen för busschauffören.

Med vänlig hälsning
Vårdcentralen Dalbo

Ku soo dhawow vårdcentralen Dalbo torsdagen den 20 februari 2014 saacada 08:00

Adigoo ah qof Iswidhan ku cusub ku soo dhawow baadhitaan caafimaad.

Ujeedada baadhitaanka caafimaad waa in lagugu casuumo hubinta caafimaadkaaga. Turjumaan luqaddaada ku hadlaya ayaa balansan kartaa xilliga booqashadaada. Baadhitaanka caafimaad waxaa ku jira wada hadal iyo baadhitaan. Baadhitaanka caafimaad waa wax lagugu casuumey waana bilaash. Natijada baadhitaanka caafimaad wax saameyn ah kuma laha fursaddaada in aad joogto Iswidhan. Laanta Socdaalka ma heli karto natijada baadhitaanka caafimaad. Nala soo xidhiidh sida ugu dhakhsaha badan haddii aad iman karin xilligan. Markaa waxaanu sameyn karnaa balan kale oo ah xilliga aad Booqashada u soo qaado:

- Kaadh aqoonsi oo shaqaynaya
- Kaadhka LMA (haddii aad heysatid kaadh LMA)

U yeedhidan waxay u shaqaynaysaa sida tigidhka baska. Taa maacnaheedu waa in aad bilaash ku raaci karto baska ku soo socodka baadhitaanka caafimaad haddii aad u yeedhidan tustid wadaha baska.

Salaan saaxiibtinimo leh
Vårdcentralen Dalbo

Asyl

Postadress 352 37 Växjö **Besöksadress** Brittsommarvägen 2 B **Telefon** 0470-58 80 00 vx Växjö
0372-58 50 00 vx Ljungby
E-post vc-dalbo@ltkronoberg.se

Vårdcentralen Drottninghög och Familjehuset Oliven, Helsingborg, Region Skåne

Sammanfattning

Vår utmaning ligger i att kunna ge en fullgod hälso- och sjukvård trots att flertalet av våra listade inte behärskar svenska språket, eller känner till det svenska hälso- och sjukvårdssystemet fullt ut. Vi tror att en öppenhet för allas behov och en hög tillgänglighet för besök och hälsoaktiviteter, är viktiga nycklar i detta. Samtidigt måste vi öka vår egen medvetenhet om våra värderingar och öka våra kunskaper, så att vi i vår verksamhet undviker att diskriminera och behandla olikt.

Vi menar att vi måste agera främjande och medverka till att påverka andra faktorer, som till exempel kan handla om ekonomi, språk, boende etc. i patienternas liv, för att bestående kunna öka jämlikheten i hälsa. För detta krävs samverkan med andra aktörer, som i första hand inte traditionellt agerar inom vårt ansvarsområde, annars uppnår vi inte konkreta och hållbara resultat. Detta är ett måste, och det åligger oss enligt hälso- och sjukvårdslagen.

Därför samverkar vi med alla aktörer i vår omgivning samt med de aktörer som på olika sätt har kontakt med våra patienter. Vi optimerar tillgängligheten utifrån de behov vår målgrupp har, vi utvecklar vårt sätt att kommunicera för att nå fram bättre i dialogen och vi mäter fortlöpande hur detta uppfattas

Vi brinner för allas lika värde



Teamet, överst från vänster i bild: Helena Anselin, distriktsköterska, Greger Linander, verksamhetschef, Isabell Westman, sjuksköterska/teamledare, Pernilla Gindahl, distriktssköterska, Shanta Christell, kurator/KBT-terapeut och Maria Braun-Olsson, distriktssköterska.

Kontaktuppgifter:

Vårdcentralen Drottninghög och
Familjehuset Oliven
Blåkullagatan 11c, 254 57 Helsingborg,
042-406 02 20/042-406 02 36
www.vardcentralendrottninghog.se

och om våra patienter blir nöjdare utifrån dessa insatser.

Inom projektet har vi fått inspiration och nya kunskaper för att gå vidare och driva denna utveckling. Vi har fått tid till förfogande att, under handledning, arbeta fram idéer och konkreta aktiviteter som vi omgående omsatt i verksamhetsutveckling.

På vår vård-och familjecentral har vi fortlöpande informerat kollegorna om projektets mål och aktiviteter, samt riktat en stor del av vår verksamhetsutveckling under perioden mot dessa mål. Vi har även använt verksamhetsutvecklingsdagar bl a till att engagera alla i arbetet med våra många kulturer bland listade och patienter. Där har vi också fokuserat på allas lika värde utifrån diskrimineringsgrunderna. Detta sammantaget kommer tydligt att påverka våra verksamhetsmål framöver.

Bakgrund

Vårdcentralen Drottninghög, inklusive Familjehuset Oliven, är en väletablerad verksamhet i utkanten av Helsingborg. Den startades för drygt 25 år sedan och har en stark historisk förankring i området. Vårdcentralen har drygt 8 400 listade personer som välkomnas till de olika mottagningarna.

Befolkningen i området kommer från många olika länder. Enligt officiell statistik i Helsingborg (www.helsingborg.se) har 73 procent av invånarna utländsk bakgrund. På våra mottagningar har vi beräknat att siffran idag ligger på 80-85 procent (enligt BVC-journal). De flesta nyanlända kommer idag från arabländerna, främst från Irak.

En utmaning är att nå ut till alla människor i området med hälsobudskap och egenvårdsråd. Detta efterfrågas inte, och det saknas tradition och kunskap. Vi har även en stor utmaning i att många saknar förkunskaper om hur den svenska hälso-och sjukvården fungerar.

Ett problem som också allt fler vårdenheter upplever, men som kanske är ännu mer uttalat i ett socialt utsatt område, är svårigheten att anställa allmänspecialister. Vi löser den akuta situationen med hyrläkare och byter läkare ofta, vilket gör situationen extra svår för våra patienter som ofta har komplexa "hälsosituationer".

Vi antar också, att våra listade inte använder sig av valmöjligheten i vårdvalet i lika stor utsträckning som andra grupper. Detta beroende på språkliga, kulturella och kunskapsmässiga hinder, som gör det svårare att sätta sig in i, förstå och agera i ett system där man kan välja olika saker.

Syfte med deltagandet

Vi vill identifiera utmaningarna när det gäller ojämlikhet och lära oss mer om olika kulturer, och hur vi ska arbeta med dessa, så att vi kan utveckla och anpassa vår verksamhet efter detta.

Med jämlik hälsa och vård menar vi att tillgången till, och resultatet av, vår verksamhet ska komma alla våra patienter till del på lika villkor, oavsett kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, ålder, religion, etnisk tillhörighet, funktionsnedsättning, socioekonomi och sexuell läggning.

Mål

Mål 1: Öka tillgängligheten för de grupper som inte nås av hälso-och sjukvården idag, och är särskilt utsatta för ohälsa

Mål 2: Förbättra kommunikationskompetensen

Mål 3: Förbättra tillgängligheten till hälsofrämjande insatser

Mål 4: Förbättra patientnöjdheten

Aktiviteter och resultat

Mål 1 – Öka tillgängligheten för de grupper som inte nås av hälso-och sjukvården idag, och är särskilt utsatta för ohälsa

Analysera av- och omlistningar

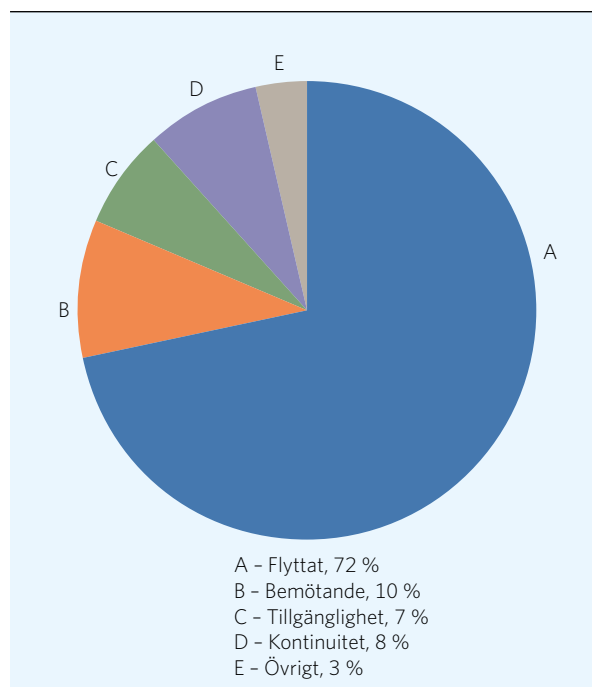
Syfte: Vi vill identifiera anledningar till omlistning, för att spåra eventuella mönster kring diskriminering och ojämlik vård. Vi vill också förstå vad vi behöver arbeta vidare med för att öka tillgängligheten och för att stärka de faktorer som gör att folk stannar kvar, så att vi därmed bättre kan påverka deras hälsosituation.

Lärdomar: Vi antog först att bristande kontinuitet var huvudskäl till omlistning från vårdcentralen. Omflyttningen är dock stor i området och är det klart dominerande skälet till omlistning, se figur 1. Detta är svårt att påverka för oss i vår verksamhet.

Det är de närmast belägna vårdcentralerna som listar över mest. För att motverka detta strävar vi efter att förbättra bemötande, kontinuitet och tillgänglighet för att framöver kunna erbjuda en ännu bättre hälso- och sjukvårdsverksamhet, samt ha kvar våra listade i en längre relation så att vi även kan påverka deras hälsa positivt.

På BVC är kontinuiteten god sedan flera år. Glädjande nog visade det sig att även bemötande och tillgänglighet var till vår fördel, avlistning sker på grund av flytt även hos BVC.

FIGUR 14. Omlistningsorsak. Fortløpande telefonuppringning till de som listat om sig till annan vårdcentral



Vi har dock uppmärksammat att vissa nyfödda barn som listats initialt hos oss, aldrig aktualiseras här eftersom de väljer annan, och oftast privat, BVC.

Starta snabbmottagning för att öppna upp för enkla besök

Många patienter har svårt att ringa pga språket, och då är det bättre att de kommer ner till vårdcentralen och får prata med en sjuksköterska. I oktober 2012 startade vi därför en triage- och snabbmottagning där sjuksköterska och läkare arbetar tätt tillsammans, vilket i sin tur frigör resurser till andra mottagningar och andra patientgrupper.

Patienten ringer eller söker direkt på triage, där sjuksköterska först bedömer patienten, och sedan blir det eventuellt ett läkarbesök. Läkartiden på snabbmottagningen är för patienten max 15 minuter (till vanliga jouren är denna tid 30 minuter) och bokas upp efter tydliga kriterier.

Syfte: att öka tillgängligheten generellt, att öka antalet tider för enkla besök och att frigöra fler tider för återbesök, årsbesök etc.

Snabbmottagningen har ökat något över tid, från ca 5-7 patienter per halvdag till ca 10 patienter per halvdag (13 tider är avsatta per dag i tidboken).

Ingen skillnad sågs mellan måndag och torsdag initialt, men efterhand har det blivit mer på måndagar, 10 patienter per halvdag och torsdagar 7,6 patienter per halvdag

Till triagemottagningen (sjuksköterska) kom under januari till mars 2012, 1 303 patienter för att få hjälp. Under samma period 2013 kom 2 151 patienter = en ökning med nästan 40 procent! Då hade snabbmottagningen startat och totalt antal patienter som omhändertogs av snabbmottagningsläkaren var under dessa tre månader 404 stycken.

Lärdomar: Tillgängligheten har ökat genom ett nytt schema där vi frigjort många nya mottagnings-tider, se tabell 1 Triage- och snabbmottagningen uppskattas och används flitigt av patienterna, vilket kan tolkas som att vi nått målet med en ökad tillgänglighet (även konstaterat via Nationell Patientenkät 2013).

Ändå väcks frågan om det är rätt vårdnivå för dessa patienter? Efterfrågan finns, så i någon mening finns det ett behov, men en stor del av råden på denna mottagning handlar om egenvård – finns det då ett reellt medicinskt behov eller medikaliserar vi ”för mycket”? Och vem ska egentligen definiera behovet?

TABELL 1. Tillgängliga mottagningstider per vecka, efter införande av snabbmottagning 2012-10-01 (enbart läkartider, beräknat på 5 läkare = ordinarie bemanning)

Typ av tid	Före 121001	Efter 121001	Ändring %	Kommentar
”Jour” - en läkare/dag	55	60	+ 8 %	1 läkare/dag
Röda tider (akuta - bokas samma dag)	80	60	- 25 %	
Snabbmottagning * (< 15 min)	Fanns ej	80		Bokas enligt beslutat PM
Summa akuta tider	125	200	+ 37 %	
Gula tider (planerade)	60	75	+ 20 %	
Läkarens egna - gröna	Fanns ej	10		
Telefontider	80	60	- 25 %	
Summa övrigt	140	145	+ 3,5 %	
Summa totalt	265	345	+ 23 %	

* Snabbmottagningen (kort läkarbesök < 15 minuter)/ mätt med stickprov måndag och torsdag, samt sjuksköterskornas triage.

Mål 2 – Förbättra kommunikationskompetensen i hälso- och sjukvården

Samtalsmodell med ”kvittenskort” och muntlig ”kvittens”

Ett problem är att vi på vårdcentralen inte lyckas formulera oss så att patienterna inte kunnat ta till sig vad som sagts vid besöket och att man kanske då inte heller fått hjälp med sitt problem. För att minska risken för detta utvecklades en samtalsmodell där ett förtryckt kort används. Där bekräftas skriftligen det viktigaste som bestämts vid besöket. På BVC passar inte det förtryckta kortet utan här används muntlig kvittens istället. Samtidigt vill vi under detta även mäta om införandet av samtalsmodellen kan påverka patienternas nöjdhet.

Vad var det vi bestämde

Kom ihåg för din hälsa.

Primärvården Skåne
En del av Region Skåne

Datum för besök: _____

Jag söker för: _____

Remiss: Nej Ja till: _____
Du blir kallad via brev.

Prover idag: Nej Ja

Provsvar meddelas via _____

Prover senare: Nej Ja Antal veckor: _____

Ändring av medicin: Nej Ja Se medicinslista.

Planerad åtgärd: Nej Ja

Telefonkontakt: Nej Ja Datum: _____

Övrigt: _____

Beställ ny tid om: _____ veckor.

Du har träffat (namn och stämpel): _____

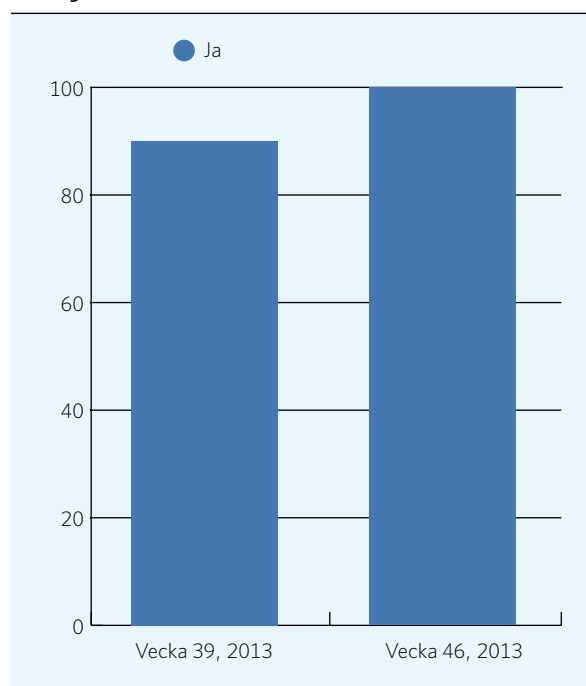
Patienters och anhörigas svårigheter med svenska språket påverkar möjligheten både att förmedla vad man behöver hjälp med, men gör det också svårare att efteråt värdera nöjdheten hos patienten. Det nationella och regionala verktyget, Nationell Patientenkät, ger ofta en så låg svarsfrekvens att den inte kan anses representativ för våra patienter, därför behövs andra verktyg, mera anpassade till våra patienters möjligheter att kunna ta del och svara.

Mätning: En enkel enkät utformades för att mäta förståelse och nöjdhet hos patienten gällande besöket. Mätningen pågick under 2 veckor i september och under två veckor under november 2013. Därmed startades samtalsmodellen med hjälp av kortet ”Vad var det vi bestämde?”

BVC mätte förståelsen under två veckor, följt av fyra veckor muntlig kvittens, som i sin tur sedan följdes upp med ytterligare två veckors mätning av förståelse.

Lärdomar: Den lokala enkäten på vårdcentralen var svår att få in efter besöket. Att utvärdera en eventuell förändring på detta sätt är därför svårt,

FIGUR 15. Var besöket hos läkaren bra?

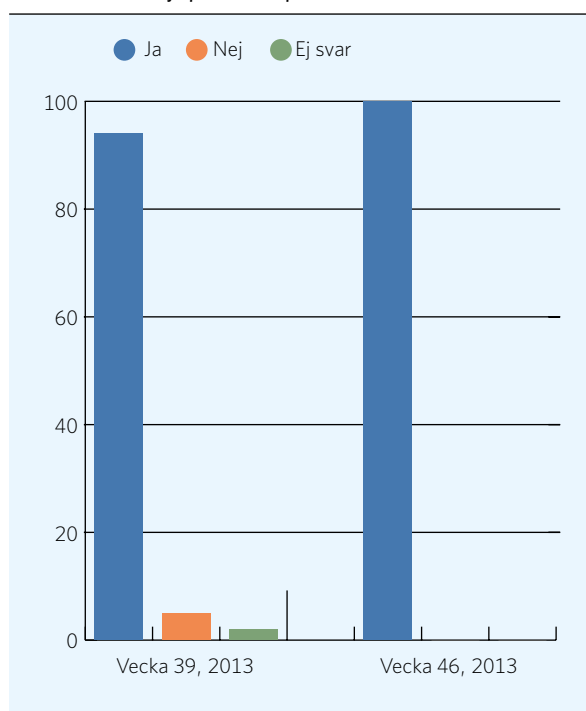


men vi ville ändå se om vi kunde se någon skillnad, se figur 15, 16 och 17 En skillnad som inte i sig behövde bero på korten utan att medarbetarna förändrade sitt sätt att arbeta i patientmötet.

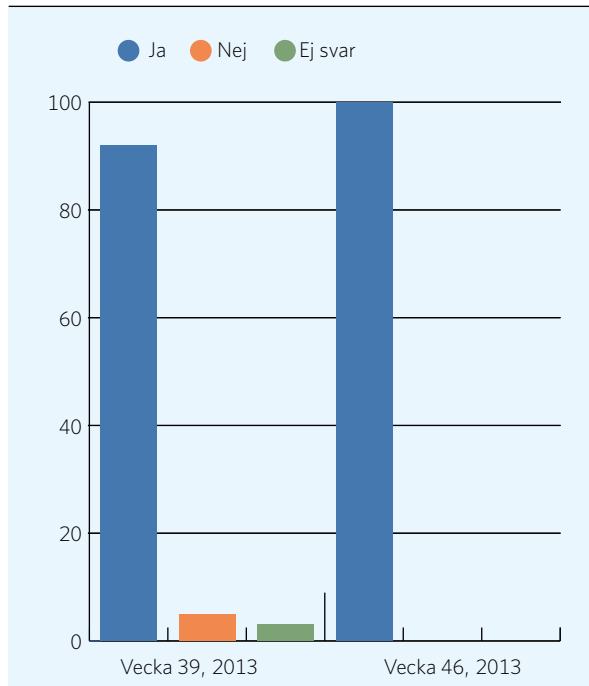
På BVC tyckte vi att kvittensen i samtalet gjorde skillnad, förståelsen ökade och då är mycket vunnet.

På vårdcentralen var det fler nöjda patienter vid andra mätningen, vilket i sig är bra, men vår tanke kvarstår kring att nöjdheten med besöket mera

FIGUR 16. Fick du hjälp med ditt problem?



FIGUR 17. Förstod du vad ni bestämde?



präglas av att medarbetarna numera tänker sig extra noga för innan man avslutar besöket, än att "kvittenskortet" i sig själv skapat den här effekten.

Väntrumsenkäter kan, av olika skäl, eventuellt visa en för hög andel positiva svar.

Mål 3 – Förbättra tillgängligheten till hälsofrämjande insatser

Vi ville via en enkät kartlägga vad invånarna har för uppfattning om hälsa och sjukdom, samt se hur deras kunskap om det svenska hälso- och sjukvårdssystemet ser ut.

Mätning: Enkäten är gjord första gången 2011 och följs upp i december/januari 2013/2014. Enkäten innehåller 17 frågor, varav 10 handlar om hälsa och sjukdom och 7 om hälso- och sjukvårdens organisation och kontaktvägar.

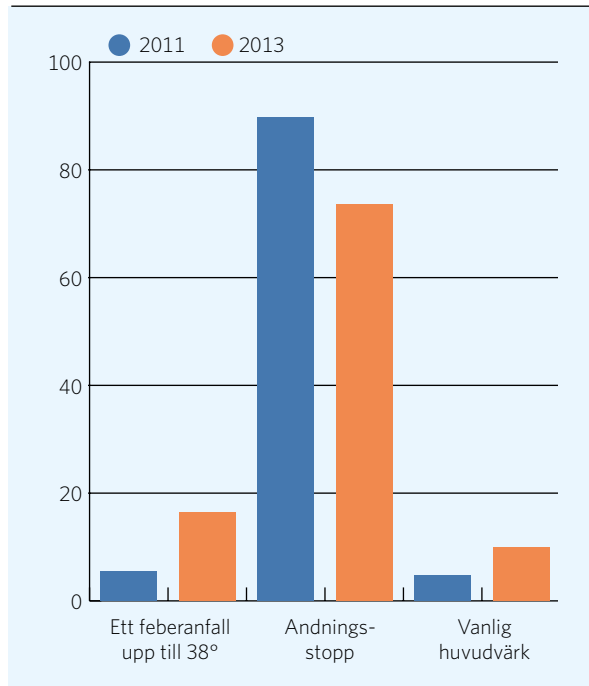
2011 delades 273 enkäter ut, 2013 delades 110 enkäter ut (p.g.a. kortare tid).

Resultat: De flesta svaren är lika mellan 2011 och 2013. När det gäller frågorna om hälsa och sjukdom avviker svaren på frågan vad som är "akut" där andningsstopp minskat med 16 procent till förmån för att huvudvärk och feber upp till 38 grader, se figur 5. Ett annat exempel är att fler tror att antibiotika ska användas vid virusinfektion, 50 procent jämfört med 44 procent 2011, se figur 19.

En ökad kunskap ses på frågorna om livsstilen kan leda till diabetes, 64,5 procent mot 50,5 procent, se figur 20, och på frågan om man själv kan påverka stressen, 68,2 procent mot 49,5 procent.

På de viktiga frågorna om vad telefonnumret 112

FIGUR 18. Vad är akut?



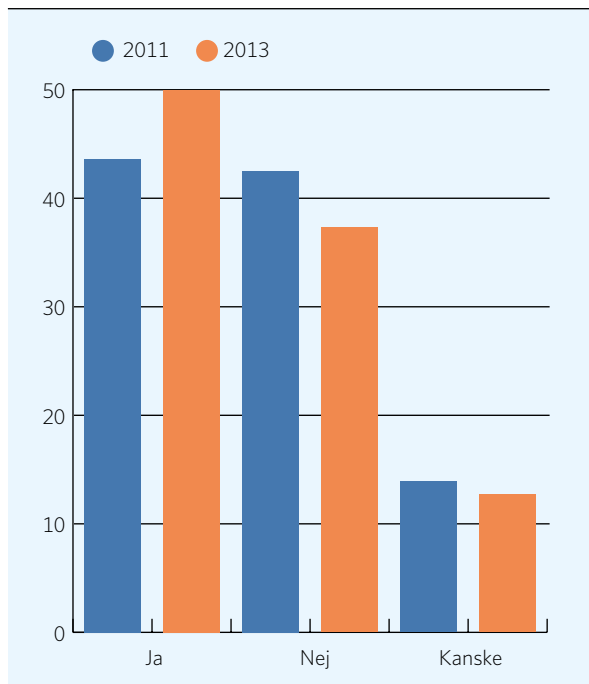
är och när man ska ringa dit, ligger svaren nära 100 procent vid båda tillfällena vilket är bra!

Öka vår förståelse för var nyinvandrade barnfamiljer skaffar information om hälsa

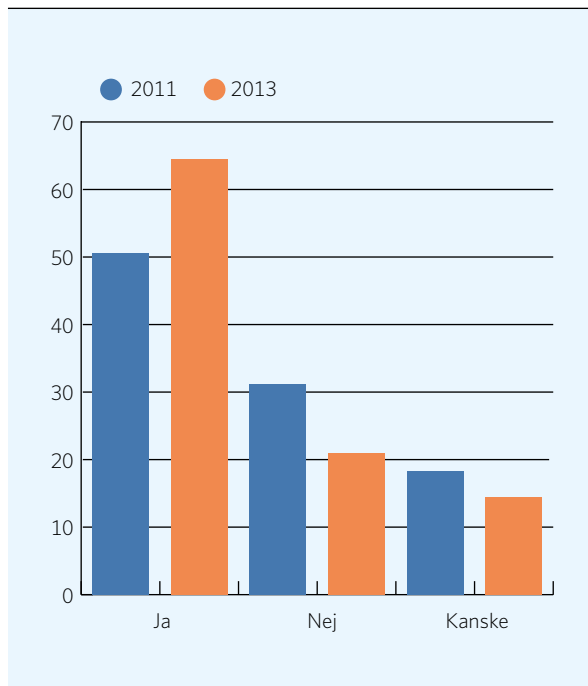
Vi antar att många av våra nyinvandrade patienter främst använder sig av information från sitt hemland när det gäller hälsa, sjukdom och vård.

Genom att få en större förståelse för var man söker information, kan vi anpassa oss i vad vi förmedlar

FIGUR 19. Bör vi använda antibiotika vid virusinfektion?



FIGUR 20. Kan din livsstil leda till diabetes?



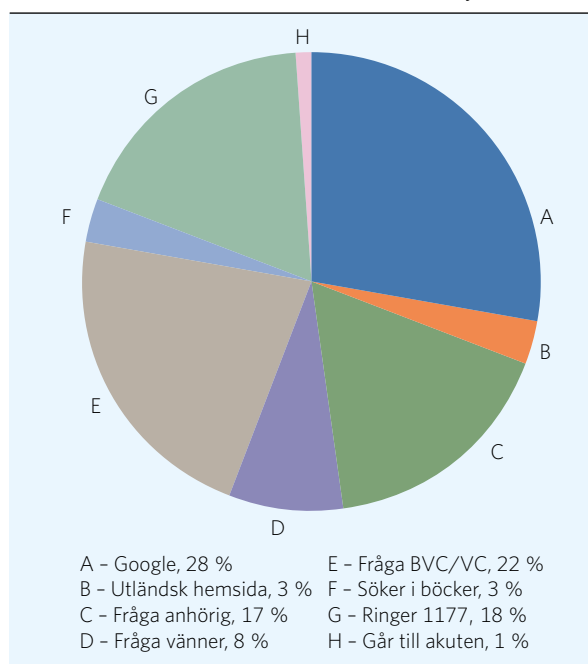
samt förstå varför man agerar på ett visst sätt gällande hälso- och sjukvården.

BVC-sköterskorna kommer kontinuerligt att efterfråga var familjerna söker sin information.

Mätning: Ta reda på genom en muntligt fråga och dokumentera detta. Sammanställs hösten 2013.

Lärdomar: De flesta söker rådgivning via internet där flera hemsidor finns på olika språk, se figur 21. Råden från hemlandets informationssida överens-

FIGUR 21 Var söker man information om hälso- och sjukvård?



stämmer kanske inte med svensk praxis, vilket kan göra att föräldrarna ifrågasätter vår information. Glädjande nog ser vi ändå ett starkt förtroende för vår verksamhet. Däremot upplever vi att familjer ofta söker hjälp på akutmottagningen, vilket vi inte kan se i vår mätning. Vi måste fortsätta informera om vårt sjukvårdssystem så att familjerna vänder sig till rätt vårdnivå, alltså vårdcentral i större utsträckning.

Projekt "Fokus Hälsa"

Projektet "Fokus Hälsa" är ett samarbete med Helsingborgs stad med syfte att förbättra invånarnas hälsa. Aktiviteterna ska vara lättillgängliga och enkla att delta i t ex studiecirklar, promenader, zumba, basal kroppskänedom.

En svårighet är att nå ut till alla människor i området, och här får vi helt enkelt söka upp målgruppen där de finns, och detta hjälper olika kommunala verksamheter till med, bl a IdeA (lokala biblioteket med ett brett fokus på kultur och stadsutveckling), som har bättre lokalkänedom. Vi har haft tält ute i bostadsområdet med information, blodtrycks- och blodsockermätning, hälsodialoger, Drottninghögsdagar mm. En delaktivitet, som vi tagit initiativ till, är promenader med distriktssköterskorna, som vi nu provat ca ett halvår.

Delaktivitet 1: Distriktssköterskorna och sjukgymnasterna har sedan maj 2013 avsatt en timme i veckan för promenader i närområdet. Alla har varit välkomna. Informationen kring detta har skett via anslag på vårdcentralen, i den lokala mataffären och biblioteket. Antalet personer som valt att gå med har varierat mellan 1-5 stycken. Under sommarmånaderna då promenaderna gjordes ihop med IdeA på biblioteket, var antalet deltagare större.

Lärdomar: Det är svårt att få personer att gå med ut, trots att tiden anpassades till förmiddagar då de flesta skulle kunna delta. Anledningen till att antalet deltagare var större när promenaderna gjordes ihop med biblioteket kan man bara spekulera i, men en fundering kan vara att det är enklare och lättare att ansluta till hälsopromenader med biblioteket/IdeA och att det mera upplevs som vårdinriktat och krävande när initiativet kommer från vårdcentralen.

Delaktivitet 2: En diabetessköterska och en distriktssköterska har i samarbete med IdeA påbörjat gruppträffar med två grupper arabiska kvinnor. Dessa möten sker på vårdcentralen, en gång i månaden under några timmar. Inledningsvis utan någon planerad agenda och ämnen som diskuteras och tas upp rör sig om enklare egenvårdsråd till mer sjukdomsspecifik information.



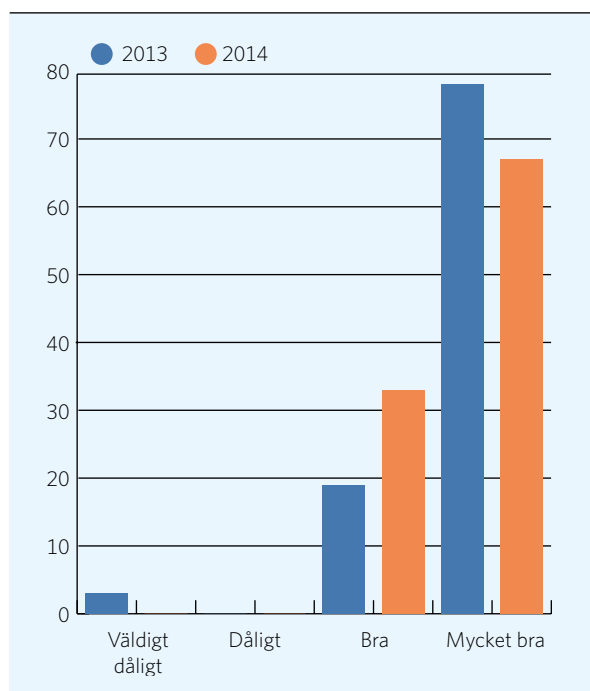
Resultat: Har vi ännu inte kunnat mäta, men en förhoppning är att de som deltar får en ökad kunskap om olika hälsoproblem och genom detta känner en trygghet i att kunna hantera besvären om de själva eller en anhörig drabbas.

Mål 4 – Förbättra patientnöjdheten

Sammantaget tror vi att en ökad förståelse, en ökad anpassning av det vi hjälper patienterna med, en ökad tillgänglighet, att vi har breda kontakter med andra lokala aktörer, samt vårt tydliga hälsofokus, kommer att leda till att våra listade och patienter blir mera nöjda.

BVC har under cirka två års tid haft möjlighet att ha en flerspråkig tolk på plats i väntrummet. Detta bidrar till stor del till våra utlandsfödda föräldrars trygghet vilket leder till ökad nöjdhet.

FIGUR 22. Hur har ditt besök varit?



Mätning: Enkel väntrumsenkät delas ut vår och höst 2013, på vårdcentral, familjecentral och distriktssköterskemottagning, se figur 22.

Idéer att fortsätta med

- ✧ Bygga vidare på ett försök med väntrumstolk för att möta ej förberedda språkbehov. Första erfarenheterna är mycket goda.
- ✧ Projektet Fokus Hälsa ska utvecklas bl a med fler kvinnogrupper. Intresset är stort och detta kan vara en god och viktig ”hälsoväg” in i familjerna.
- ✧ Finsam, ett projekt tillsammans med Försäkringskassa, Arbetsförmedling och Utvecklingsnämnd, där vi under 3+3 år ska arbeta med hela livssituationen för de patienter som har kontakt med två eller flera av nämnda aktörer.
- ✧ HUB, ett projekt för de mest utsatta barn-och ungdomarna, där vi möter deras familjer för att se hur vi kan bidra ur ett helhetsperspektiv.
- ✧ En HBTQ-certifiering. Från 2014 har region Skåne avsatt medel i Hälsovalet för att stötta detta!
- ✧ Vidare utveckla samarbetet med SFI för att tidigt nå nyinvandrade personer med information om hälsa, sjukdomar samt hälso-och sjukvårdens information.
- ✧ Fortsätta samarbetet med den specialiserade smärtkliniken för att utveckla en modell för smärtbehandling i en grupp med annan kulturell bakgrund och svårigheter med svenska språket.
- ✧ Bilda ett patientråd för dialog och utbyte av kunskap och erfarenhet.
- ✧ Fortsätta analys av läkemedelsbudgeten, där vi tror att kultur, kunskap och ekonomi kan göra att alla recept inte hämtas ut.

Reflektion och lärdomar

Efter ca 18 månaders projektperiod är det svårt att säkert säga om vi nått projektets egentliga mål, en mera jämlik hälsa. Hälsans fördelning tar lång tid att påverka, och skulle vi lyckas så är det antagligen svårt att härleda ursprunget till detta projekt.

Vad vi däremot redan kan se, är att våra patienter har tillgång till fler sjuksköterske- och läkartider, att patienterna är mera nöjda med vår verksamhet (jämför lokal enkät med Nationell Patientenkät) och att listningen sakta ökar till vårdcentralen, vilket skulle kunna vara ett tecken på ett aktivt val till en mera hälsoinriktad verksamhet.

Vi kan därför också fundera på om vår vård blivit mera jämlik under projektperioden, eftersom vi ökat tillgängligheten, utvecklat en mera tydlig samsammodell och nått ut med vissa hälsoaktiviteter i

närområdet. Våra egna kunskaper och värderingar har under perioden också utvecklats, vilket också borde bidra till att vi bemöter och behandlar mera medvetet jämlikt.

Deltagandet i SKL-projektet har kanske inte gjort att vi agerat annorlunda än vi skulle gjort utan SKL-projektet, men vi har arbetat mera koncentrerat och under en kortare tid kommit igång med en hel del aktiviteter. Vi har också fått extern feedback och inspiration från projektledning och nätverk vilket alltid är viktigt när man ska utveckla verksamheten. Den utsedda handledaren har envist och positivt peppat oss att mäta och mäta, vilket först kändes onödigt och lite som energislöseri, men efterhand har vi insett att mätandet, även i dess enklaste form, gör att vi dels vet i vilken riktning vi rör oss och dels, vilket är mycket viktigt i dylika team-processer, att det är mycket enklare att berätta för andra vad som håller på att hända inom projektet.

Det bör betonas att vi hela tiden strävat efter att hålla oss till den vardagliga utveckling vi ändå skulle ha gjort, även om det nu gått lite snabbare med SKL:s stöd. Vi har därför inte skapat särskilda aktiviteter som kunde gett snabba effekter, för vi vet då också att det blir mycket svårare att fortsätta och implementera när projekttiden är över. Vi arbetar hellre lite långsammare på sikt, än att vi gör kortvariga insatser som sannolikt har ingen eller endast en begränsad effekt.

Vi är glada och tacksamma för att vi fått arbeta just så, och för att projektledning och handledare haft tålamod med oss i detta!

Ett varmt tack till SKL och våra stödjare i projektet, Hanna Wallin, Therese Löfqvist och Malin Skreding Hallgren.

Vårdcentralen Nävertorp, Katrineholm, Landstinget Sörmland

Sammanfattning

I vårt deltagande i Lärandeprojektet Vård på lika villkor har vi valt att lägga fokus på ett förbättringsarbete riktat till våra patienter med somalisk bakgrund.

Vi vill nå alla våra listade patienter och möta deras individuella behov av primär hälso- och sjukvård, även om man som patient inte kan förstå eller göra sig förstådd på det svenska språket eller inte känner sig trygg i det svenska hälso- och sjukvårdssystemet.

Vår ambition och vilja är att skapa förutsättningar för det goda mötet med varje enskild individ som besöker oss på vårdcentralen.

Möjligheten att delta i lärandeprojektet Vård på lika villkor har gett oss stöd och inspiration i vårt förbättringsarbete. Vi har insett vikten av att bli mer medvetna om våra egna värderingar och att förbättra våra kunskaper om andra kulturer och beteenden.

En stor framgångsfaktor är att vi har anställt en somalisktalande läkare som under projektet bland annat varit med och förstärkt och förbättrat vår öppna mottagning. Hans förmåga att bygga förtroende med den somaliska gruppen och verka som en länk till det svenska samhället har visat sig vara väldigt värdefullt. Vi ser ett stort värde i att han kan

Resultatet blir styrka och kraft



Teamet, från vänster i bild: Alas Abdi Abdikarin, läkare, Kerstin Hertz, medicinsk sekreterare, Elisabeth Rönnblom, distriktssköterska och Helena Gustafsson, verksamhetschef.

Kontaktuppgifter:

Elisabeth Rönnblom, distriktssköterska,
elisabeth.ronnblom@dll.se

Alas Abdi Abdikarin, läkare,
AbdiAlasMohamed.Abdikarin@dll.se

Kerstin Hertz, medicinsk sekreterare,
Kerstin.Hertz@dll.se

Helena Gustafsson, verksamhetschef,
Helena.Gustafsson@dll.se

bidra till ökad förståelse och trygghet för både patienter och personal.

På barnvårdscentralen hade vi tidigare svårt att få föräldrar med somalisk bakgrund att komma till de föräldragrupper som har erbjudits. Under projektet har vi testat en ny modell som riktat sig just till dessa föräldrar. Skriftlig och muntlig kallelse på det egna språket och tolk på plats är exempel på framgångsfaktorer i arbetet.

De så viktiga hälsosamtalen som erbjuds alla nyanlända har tidigare varit ett bekymmer på grund av att så många har uteblivit. Nu har vi tillsammans med ADLON projektet utvecklat och testat en ny kallelse som har resulterat i att betydligt fler kommer till inbokad tid för Hälsosamtal. Vi har också kopplat den somalisktalande läkaren till verksamheten vilket har underlättat flödet betydligt.

Under projektets gång har vi sett vikten av och velat stärka samarbetet både internt på vårdcentralen och externt med andra aktörer i samhället. Bland annat har vi deltagit i undervisningen på SFI, svenskundervisning för nyanlända. En läkare och en distriktssköterska från vårdcentralen har varit ute i klasserna och där samtalat om hälsa, sjukvård och egenvård. Redan nu vet vi att det arbetet kommer att utvecklas för att gälla samtliga kommuner/vårdcentraler i Sörmland.

Bakgrund

Vårdcentralen Nävertorp är en av tre vårdcentraler i Katrineholm. Två av dessa vårdcentraler är landstingsdrivna varav Nävertorp är den ena.

Katrineholms kommun har drygt 32 000 invånare och ca 7 700 av dessa är listade vid Vårdcentralen Nävertorp. Som en del av det så kallade miljonprogrammet byggdes området kring vårdcentralen ut kraftigt under 60-talet. Sedan många år bor här ett stort antal invånare med utländsk bakgrund och under de senaste åren har merparten av de nyanlända kommit från Somalia. Den somaliska gruppen kommer sannolikt att fortsatt öka då det väntas en stor anhöriginvandring till dessa familjer.

Vårdcentralen Nävertorps CNI index är 1,23 och andelen av våra listade patienter som är utlandsfödda från öst- och sydeuropa (ej EU), Afrika, Asien och Sydamerika är 13 procent. Motsvarande andel i hela Katrineholm är 10 procent.

På vårdcentralen vill vi nå alla våra listade patienter och möta deras individuella behov av primär hälso- och sjukvård. Vi vill också få till ett bra teamarbete i hela arbetsgruppen med gemensamma värderingar kring vård på lika villkor. Till vardags

förekommer det att personalen upplever viss frustration i mötet med patienter som inte behärskar det svenska språket och som inte heller känner till det svenska hälso- och sjukvårdssystemet. Vi inser att de kommunikationsproblem och den frustration som kan uppstå till viss del också har berott på våra egna värderingar och kunskaper om andra kulturer och beteenden. Vi känner att vi inte har haft tillräckligt med kompetens eller kunskap om en grupp som flera av oss tidigare upplevde inte är som vi eller gör som vi.

Dessa patienter kommer ofta oanmälda till vårdcentralen och språkbarriärer gör att vi som vårdgivare kan ha svårt att veta eller ta reda på vilka besvär eller symtom patienten söker vård för. Det kan också vara svårt att i mötet förklara och få accept för att andra professioner än läkaren kan göra bedömningar och behandlingar på vårdcentralen, då förväntningarna ofta är att få träffa en läkare när man söker vård. Många av de frågor som dessa patienter ställer gällande sin hälsa är kopplade till egenvård, varför vi såg ett stort behov av att i förebyggande syfte nå ut till dessa grupper med information om just hälsa och egenvård. Vi såg också att det skulle vara av stort värde att nå denna grupp för information och dialog kring hur den svenska hälso- och sjukvården är uppbyggd och fungerar. Eftersom hälsa även påverkas av faktorer som bl.a. ekonomi, utbildning, sysselsättning och boende såg vi ett stort behov av och en vilja att utveckla och förbättra vårt arbetssätt samt identifiera samarbetsytor såväl internt inom vården som externt mot andra samhällsfunktioner.

Eftersom befolkningen i området sedan många år har bestått av en blandning av människor från många olika länder har vårdcentralen länge haft ambitionen och arbetat med att förbättra tillgängligheten för dessa patienter.

Vi har sedan tidigare byggt upp en öppen sjuksköterskebaserad mottagning dit patienter, som inte har möjlighet eller kan ringa till vårdcentralen, i stället kan komma utan förbokning. Denna mottagning finns tillgänglig för alla våra patienter som av någon anledning väljer att inte ringa till vårdcentralen. Vi kan dock se en överrepresentation av de patienter som inte behärskar det svenska språket och av naturliga skäl därför har svårt att ringa. Dessa patienter anmäler sig i receptionen och bokas direkt till den öppna mottagningen som är öppen alla vardagar kl 08.00-17.00. Här gör sjuksköterskan en medicinsk bedömning och triagering till den vårdnivå som patienten bedöms ha behov av.

För oss kändes det självklart att bygga vidare på denna mottagningsmodell och möjliggöra förbättringar utifrån denna genom utvecklingsarbetet i projektet.

Ett annat område som vi kände att vi ville jobba med var barnvårdcentralen (BVC). Den invanda familjekontakten vid BVC upplevs ofta trygg och står för kontinuitet. Det visar sig inte minst genom att många föräldrar med utländsk bakgrund vänder sig dit för frågor kring hela familjen och den egna hälsan. Det vi främst ville satsa på var deltagandet i föräldragrupperna.

Enligt barnhälsovårdsprogrammet ska alla nyblivna föräldrar erbjudas föräldrautbildning. Vi har haft svårt att lyckas med att få, framför allt de somaliska föräldrarna, att komma till befintliga grupper.

Eftersom vi ser att föräldragrupperna är ett bra komplement till det ordinarie BVC-programmet och ett bra sätt att komma närmare och lära känna familjerna ville vi hitta en form för att kunna nå de somaliska familjerna också. Utbildningen innehåller bland annat instruktion och praktisk övning i spädbarnsmassage, information och diskussion gällande kost, lek och rörelse, barnolycksfall, frågeställningar kring föräldrarollen, hälsa och sjukdomar, vaccinationer, barns motoriska utveckling och samhällsfrågor. Tanken är att skapa utrymme för att lyfta frågor och diskutera sådant som föräldrarna själva tycker är viktigt.

Syfte med deltagandet i lärandeprojektet

Syftet med deltagandet i lärandeprojektet är att utveckla ett kommunikativt arbetssätt som främjar vård på lika villkor.

Vårdcentralen Nävertorp ska vara lättillgänglig för alla, varje individ ska få ett professionellt bemötande och erbjudas god vård.

Mål

Mål 1: Skapa trygga kontaktvägar till Vårdcentralen

Mål 2: Förbättra hälsofrämjande insatser till utsatta grupper.

Mål 3: Skapa en arbetsmodell med fokus på dialog och förståelse gällande hälso- och sjukvård samt egenvård.

Mål 4: Förbättra kulturkompetensen i personalgruppen för att trygga ett gott bemötande.

Aktiviteter och resultat

Mål 1: Skapa trygga kontaktvägar till Vårdcentralen

Mål 3: Skapa en arbetsmodell med fokus på dialog och förståelse gällande hälso- och sjukvård samt egenvård

Mål 4: Förbättra kulturkompetensen i personalgruppen för att trygga ett gott bemötande

Här har vi jobbat mot mål 1, 2 och 3 tillsammans.

Utveckla bedömningsmottagningen med somalisktalande läkare

Sedan många år har vi en öppen sköterskebaserad mottagning dit patienter kan komma för medicinsk bedömning och rådgivning, motsvarande telefonrådgivningen. Som en förstärkning till bedömningsmottagningen, har vi under projekttiden utökat den med en läkare som talar somaliska.

Under en 10-dagars mätperiod kom 190 patienter till den öppna bedömningsmottagningen. 76 av dessa, det vill säga 40 procent hade somalisk bakgrund. Av dessa 76 bokades 22 st, det vill säga 29 procent av de patienter med somalisk bakgrund, in till läkaren på bedömningsmottagningen för en tid samma dag. 12 st, det vill säga 16 procent fick en planerad tid en annan dag till bedömningsmottagningen.

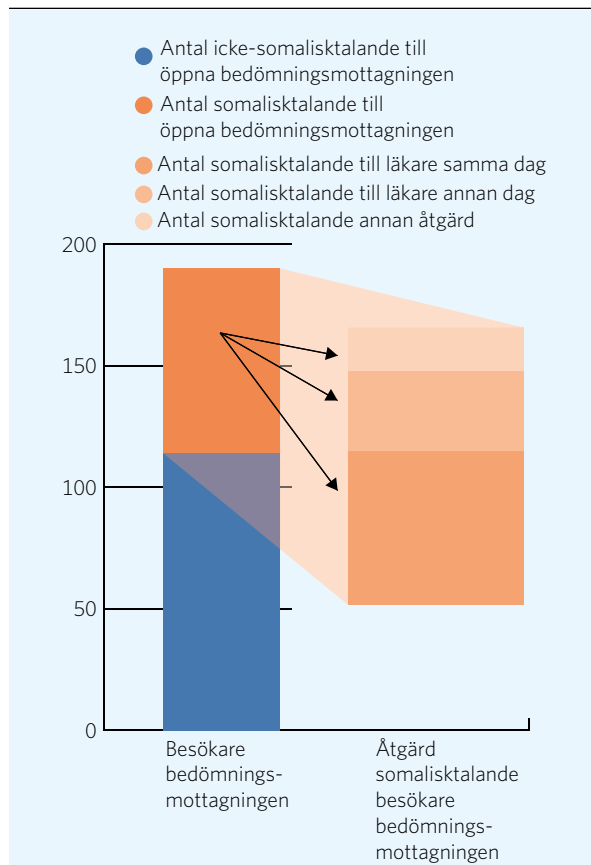
Resterande patienter bokades till annan läkare/distriktssköterska/paramedicinare eller fick egenvårdsråd.

Arbetsmetoden är fortfarande under utveckling. Redan tidigt i processen visade det sig att det vid besöket hos den somalisktalande läkaren behövdes ges utrymme för fler delar än den medicinska bedömningen. Det behövde skapas ett patientmöte som gjorde skillnad, d.v.s. ökade patientens tillit och trygghet till oss på vårdcentralen/ i sjukvården.

RUTIN FÖR BEDÖMNINGSMOTTAGNINGEN

1. Patienten anmäler sig i receptionen och blir inbokad till bedömningsmottagningen för bedömning av sjuksköterska/distriktssköterska.
2. Patienten triageras till rätt vårdnivå.
3. Om patienten bedöms ha behov av läkartid på bedömningsmottagningen bokas det till vår somalisktalande läkare samma dag eller längre fram, beroende på det medicinska tillståndet (alla patienter oavsett nationalitet).

FIGUR 23. Besökare och åtgärd bedömningsmottagning



Många har traumatiska upplevelser med sig från hemlandet, som för en del bland annat innebär att de kan känna sig misstänksamma till olika myndigheter, inklusive sjukvården.

För att få god följsamhet till medicinsk behandling och eller medicinska råd, tror vi att nyckelorden är ett respektfullt bemötande och en samtals-ton som skapar förtroende och tillit.

Många av de somalisktalande patienterna som vi möter på vårdcentralen har låg utbildningsnivå och liten kunskap om det nya samhälle de kommit till. Utöver den medicinska kontaktorsaken är det vanligt förekommande att patienterna är tyngda av traumatiska upplevelser och oro för t.ex. kvarvarande familjemedlemmar i hemlandet, arbetslöshet och den privata ekonomin.

Vår läkare som kan somaliska har utöver medicinsk bedömning, undervisat om kroppens funktioner, informerat om hur livsstilen påverkar hälsan, informerat om den svenska hälso- och sjukvården, var, när och hur man söker vården samt informerat om de olika yrkeskategorier som finns vid en vårdcentral.

Mätning har skett vid Bedömningsmottagningen, nämligen hur och till vilken vårdgivare patienten är triagerad.

Djupintervjuer är genomförda dels med vår somalisktalande läkare, dels med sjuksköterskor/distriktssköterskor, biomedicinska analytiker och medicinska sekreterare, hur de upplevt arbetet med/effekterna av att ha en somalisktalande läkare som en i teamet vid bedömningsmottagningen.

Vad har vi fått för resultat? Vår somalisktalande läkare har efterhand fått allt mer att göra och fungerar ofta som brobyggare mellan patienter och personal. En ny kontakt- och kommunikationsväg har blivit möjlig genom att läkaren också kan ha telefonkontakt med patienterna. Det förekommer flera gånger i veckan att han av övrig personal ombeds ringa patienten i deras ställe för att t.ex. beskriva och förtydliga en behandlingsåtgärd. Han har också kunnat uppdatera patientens olika kontaktuppgifter vilket är viktigt eftersom det inte är ovanligt att man flyttar runt till vänner och bekanta då det är svårt att få egen bostad. Telefonkontakt har tidigare inte förekommit i någon hög grad vilket nu har möjliggjorts.

Vår slutsats är att den utökade bedömningsmottagningen med somalisktalande läkare har en viktig funktion att fylla, att vi nått dem som vi avsåg och att patienterna fått en tryggare och mer patientsäker kontaktväg. Vi ser ett stort värde i att bredda språk- och kulturkompetensen i personalgruppen och skulle gärna se att vi hade möjlighet att anställa t.ex. en somalisktalande sjuksköterska eller kanske undersköterska för att avlasta och frigöra mer läkartid till bedömningsmottagningen.

Personalens erfarenheter visar att många av medarbetarna uttrycker att de blivit avlastade då de kan be den somalisktalande läkaren om hjälp kring egna patienter med somaliskt ursprung. Stressen att inte riktigt förstå patienterna har för många av medarbetarna lättat, då de vet att de kan be läkaren förklara.

Ingen regelrätt mätning har skett, men jämfört med innan projektet är upplevelsen att färre somaliska patienter återkommer för att de upplever att de inte fått hjälp.

Sammanfattning av djupintervju med personal: 5 personer intervjuades. Bland de intervjuade var 3 distriktssköterska/sjuksköterska, en biomedicinsk analytiker samt en medicinsk sekreterare.

Uppdraget var att framföra egna och, då det var möjligt, yrkesgruppens gemensamma uppfattning om hur det fungerat under den testperioden som de haft en somalisktalande läkare anställd vid vårdcentralen.

En gemensam uppfattning är att funktionen är helt nödvändig och att den aktuelle läkaren med sin

omvårdnadskompetens och med sitt lösningsinriktade arbetssätt inneburit förbättring för berörda patientgrupp och också för hela personalgruppen.

Någon av sköterskorna uttryckte ”Han betyder så mycket för att underlätta vårt arbete att slutar han så slutar jag”. ”Hans medverkan gör skillnad varje dag”.

En sköterska berättar om erfarenheter kring en diabetespatient där hon inte alls kunde nå fram till patienten med sitt budskap. Den somalisktalande läkaren anslöt till samtalet och kunde beskriva allvaret i sjukdomen, medicinska konsekvenser, hur medicinen skulle tas och varför och hur läkare och diabetessköterska samverkar för patientens bästa. Därefter har det inte varit några problem med följsamhet till behandling och patienten har betydligt bättre värden och upplevd hälsa nu.

Sköterskorna menade att varje patientmöte där språkbarriären förr var ett hinder blivit så mycket enklare och mer patientsäkert.

Långt ifrån alla somaliska patienter behöver boka till den somalisktalande läkaren, men han kan rycka in och med språkets hjälp reda ut vad problemet är. Ofta tar sköterskan sedan över konsultationen igen och gör bedömning/åtgärd. Metoden innebär att alla patienter får vård på lika villkor. Det är framförallt när patienten har akuta symtom, som tillskottet med somalisktalande läkare gjort allra största skillnaden tycker några av sköterskorna. ”Här sparar vi ett led, hanteringen blir snabbare och säkrare”, menar sköterskorna. För patienterna är det naturligtvis oerhört värdefullt, menar flera.

De allra flesta somalisktalande patienterna kommer med symtom/besvär, som är vanliga i primärvården. Det som tillkommer och som kräver en ökad insats är att många behöver intyg till arbetsförmedlingen om deras arbetsförmåga är nedsatt mer än 25 procent. Kanske vi inte hade så många besök, om inte det kravet fanns menar någon.

”Vi har minst lika många somalisktalande patienter nu, ja det är egentligen ännu fler som kommer till vår öppna mottagning”, säger en av sköterskorna. ”Vi har ju en stor anhöriginvandring i Katrineholm sedan något år.”

”Skillnaden mot tidigare är att jag känner mig mer trygg i min handläggning för jag bättre vet hur jag ska hantera situationen och att jag kan få hjälp av doktor Alas, vid behov. Men jag upplever att han har oerhört mycket att göra. Jag stör honom inte i onödan, men hans närvaro här underlättar verkligen.”

”När Alas hade semester märkte vi verkligen hur många uppgifter och tillfällen han hade här på vårdcentralen”, säger flera.

Genom att patienterna som kommer till bedömningsmottagningen triageras på samma sätt som alla övriga patienter som söker vård vid vårdcentralen vill vi påstå att alla behandlas lika utifrån medicinskt behov. Det innebär att det inte finns några ”gräddfiler” för någon patientgrupp. Genom att finansieringen för den somalisktalande läkaren skett med utvecklingsmedel och därigenom möjliggjort en utökning av läkarresurs har det skapat högre tillgänglighet för såväl somalisktalande patienter som för övriga.

Patienterna uttrycker ofta muntligt sin tacksamhet över att det finns en somalisktalande läkare.

Reflektioner och hur vi tänker om framtiden: Inicialt fanns viss skepsis i personalgruppen om huruvida arbetsmetoden var den rätta.

Många dagar har det varit tufft att vara den enda somalisktalande personalen vid vårdcentralen, eftersom gruppen somalier är så pass stor. Efterhand har den somalisktalande läkarens kunskap nyttjats av allt fler medarbetare. Detta framförallt för att han kan språket och att han är en naturlig auktoritet i sitt sätt att möta somalierna. Det kan finnas risk för att arbetsbördan blir för stor och vissa delar av arbetet skulle behövas fördelas och avgränsas till exempel genom att anställa en somalisktalande sjuksköterska eller en undersköterska.

Mål 1 – Skapa trygga kontaktvägar till Vårdcentralen

Kallelse till hälsosamtal på olika språk

Primärvården har i uppdrag att utföra hälsosamtal för asylsökande och nyanlända. Vårdcentralen Nävertorp har under projektiden även deltagit i Adlon-projektet som bland annat arbetar med att förbättra kallelsorna med syfte att öka deltagandet till Hälsosamtalen.

1. Kallelsorna till Hälsosamtalen har översatts till de vanligast utländska språken somaliska, arabiska, engelska, dari, romani.
2. Vi har utformat ett informationsblad med illustrativa bilder gällande provtagning som har översatts till somaliska. Detta informationsblad skickas tillsammans med kallelse till hälsosamtal, för att patienterna ska veta vad som sker vid en provtagning.

3. Det administrativa arbetet med kallelserna har standardiserats och övertagits av de medicinska sekreterarna.

Resultatet: Kallelserna som är översatta till det egna språket verkar ha lett till att fler har förstått syftet med hälsosamtalet, fler har hörsammat kallelsen och kommit till Hälsosamtal, se figur 24. Jämfört med tidigare har vi haft betydligt färre uteblivna besök. Patienterna har även tagit kontakt för ombokning av tiden om den inte passat, detta förekom inte tidigare. Det administrativa arbetet som tidigare gjordes av sjuksköterska utförs numera av medicinska sekreterare. Det har gett utrymme för fler hälsosamtal. Lärdomar från detta är att det är viktigt att nå ut med information på det egna språket och att innehållet i informationen är tydlig och formuleras så att den lätt kan förstås av alla.

Mål 2 – Förbättra hälsofrämjande insatser till utsatta grupper

Modell för hälsofrämjande insatser

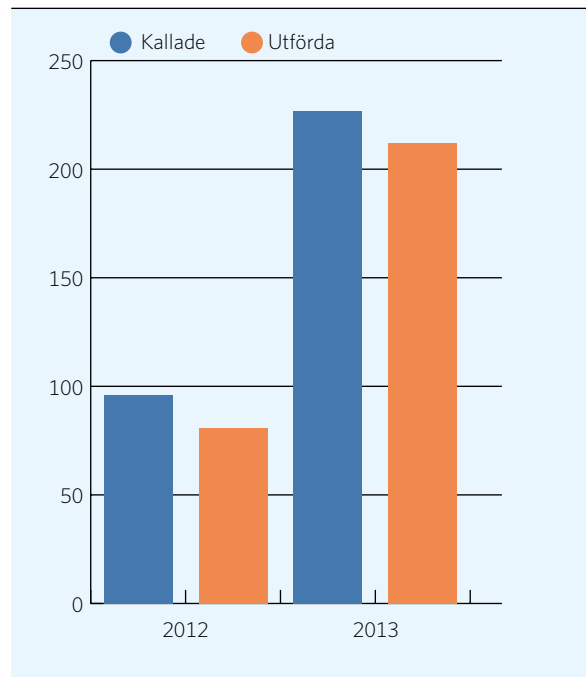
När vi gick in i projektet hade vi som ambition att skapa en modell/rutin för hälsofrämjande insatser och översätta den enkät "Frågor om din hälsa" som vi sedan tidigare använder i verksamheten. Vi har dock valt att kliva av det spåret och i stället fokusera på att utveckla ett arbetssätt där vi i dialog med våra patienter kan samtala om hälsa. I mötet med våra patienter har vi förstått att vi når fram så mycket bättre genom samtalet i stället för att använda oss av skriftlig information.

Föräldrautbildning för somaliska mammor med tolk

Vi har testat att ha föräldrautbildning för somaliska mammor med information och diskussion om egenvård, kost, olycksfall mm. Mammorna fick information om föräldrautbildningen vid inbokat tolkbesök på barnavårdscentralen, dessutom fick de en skriftlig kallelse på somaliska. Tolk har funnits med vid varje utbildningstillfälle. Vi har haft 2 olika grupper med 4 tillfällen för varje grupp.

Innehållet utgick ifrån det ordinarie programmet för föräldrautbildningen men anpassades utifrån gruppens behov. Föräldrarollen, kost och motion, barnsäkerhet, lek och rörelse, vanliga sjukdomar som förkylning, feber, magsjuka och hudåkommor, utgjorde viktiga delar av programmet. Extra viktig att ta med tyckte vi, var informationen om skillnaden mellan virus- och bakteriella infektioner kopplat till antibiotikabehandling.

FIGUR 24. Antal kallade och genomförda hälsosamtal 2012 och 2013



Varje gruppstillfälle var 2 timmar långt. Totalt har 12 mammor deltagit.

Det gjordes djupintervjuer med 4 somaliska mammor efter avslutat program. Intervjuerna gjordes av vår projektledare med hjälp av telefontolk.

Mammorna hade bott mellan 1,5 – 3 år i Sverige, den största tiden i Katrineholm. De hade 2-3 barn men hade inte deltagit i föräldrautbildning tidigare. Alla talade lite svenska, men ville lära sig mera.

Mammorna uppskattade att de fått möjlighet att delta och tyckte att de lärt sig många nya saker och tyckte att det varit väldigt roligt att få möjligheten att lära sig nytt och mera, även om de hade barn tidigare. De var alla nöjda med utbildningen och berättade gärna för sina somaliska väninnor vad de lärt sig.

Deras vanligaste sätt att skaffa information och råd skedde annars genom kontakt med mer erfarna familjemedlemmar. Ingen hade tillgång till Internet.

Samtliga intervjuade uttryckte sin önskan att det skulle finnas tillgång till somalisktalande sjuksköterska för telefonrådgivning. Det är extra svårt när någon blir sjuk mitt i natten, att veta vart man ska vända sig, menade de.

Stockholms läns landsting har tillgång till sjukvårdsrådgivning på somaliska via 1177, det har tyvärr inte landstinget Sörmland ännu.

Samtliga kunde återge sådant som var nytt för dem från utbildningstillfällena. Någon angav barnsäkerhet, sjukdomar och smittvägar. Det var bra att

få veta hur man gör om barnet får feber. Alla kommenterade informationen om kost och näring och tyckte att det var stor skillnad mot den somaliska matkulturen.

En av mammorna sa att ”Tänk att jag som har ett barn tidigare och trodde att jag visste allt, har fått lära mig så mycket nytt. Nu kan jag enklare mata barnet, jag vet vad och hur mycket jag kan ge. Barnet verkar bli mätt och är nöjd. Mitt yngsta barn föddes många veckor för tidigt. I mitt hemland hade barnet dött. Jag har fått mycket bra stöd på BVC.”

Två mammor uppgav att det blev väldigt mycket information vid varje tillfälle och ibland lite svårt att hänga med. Det hade varit bättre att få ses ytterligare något tillfälle, tyckte de.

Recept på barnmat på somaliska skulle vara jättebra tyckte någon.

Samtliga kunde tänka sig att ställa upp som kontaktperson (likt Doulafunktionen) vid kommande föräldrautbildningar, bara de skulle få veta vad som förväntades av dem, och när de lärt sig lite mera svenska. En mamma uttryckte att hon mycket gärna önskade att få medverka till att hjälpa andra mammor att få det stöd, som hon själv hade fått.

Alla kände till att man kunde söka vårdcentralen om barnet eller annan familjemedlem blev sjuk eller om man behövde råd. Två visste att det finns en barnmottagning vid sjukhuset.

En mamma berättade att hon hade kontaktat 112, när barnet hade hög feber och hade skrikit i flera timmar. Då skickades en ambulans. Barnet fördes till akuten vid Kullbergsska sjukhuset. Barnet bedömdes ha öroninflammation och skickades hem med febernedsättande och råd att avvakta. Vid det tillfället hade det känts bra att få tala med en somalisktalande sjuksköterska för att få råd, tyckte mamman.

Ett par av mammorna hade knutit kontakt för att promenera tillsammans och med barnen.

Personalen vid barnavårdscentralen berättar att det har varit väldigt värdefullt med dessa utbildningar och kan konstatera att ”vi får möjlighet att lära av kvinnorna och kunna ställa frågor till dem likväl som de till oss. ”Kvinnorna svarar gärna på frågor och berättar frikostigt om sig själva och sina liv.” Det vi lärt oss av dem om den somaliska kulturen har vi stor användning för i möten med nya mammor” – säger en av BVC sköterskorna.

Reflektioner och hur vi tänker om framtiden: Vi upplever ofta svårigheter/stora problem med att få tolk till föräldragruppen trots mycket lång framförhållning. Det är viktigt att tolkförmedlingen kan ga-

rantera leverans av tolk på plats (inte telefontolk) när sådan bokas.

Vi har tagit till oss mammornas synpunkter och föräldragrupper för somaliska mammor kommer att fortgå i ordinarie verksamhet och utvärderas kontinuerligt.

Det finns en stark önskan från oss att få möjlighet att starta en familjecentral i vårt område. En familjecentral bedriver en verksamhet som är hälsofrämjande, tidigt förebyggande och stödjande samt riktar sig till föräldrar och barn. En familjecentral bör innehålla mödrahälsovård, barnhälsovård, öppen förskola och socialtjänst med inriktning mot förebyggande arbete.

Forskning visar att vänner och socialt nätverk är väsentligt för barns hälsa. Att barns hälsa hänger samman med hur familjen och då speciellt mamman mår vet man också. Genom familjecentralerna byggs en struktur för att stärka kända friskfaktorer för de yngre barnen.

Den främsta vinsten med en familjecentral och med samverkan mellan många yrkeskategorier kring barn och barnfamiljer är att den ökar förmågan att upptäcka och tillgodose behov bland barnfamiljer i ett upptagningsområde. Samverkan innebär också att man får bättre förutsättningar att skräddarsy lösningar för ett specifikt behov.

Mål 3 – Skapa en arbetsmodell med fokus på dialog och förståelse gällande hälso- och sjukvård samt egenvård

Informationsträffar på SFI

Vid tre tillfällen under våren 2013 har vår somalisktalande läkare tillsammans med en distriktsköterska från barnavårdscentralen varit deltagit vid SFI-undervisning och informerat om hur svensk sjukvård fungerar och pratat om egenvård. Under lektionerna informerades och diskuterades:

- ✦ Skillnaden mellan vårdcentral och sjukhus, när söker man vård på vårdcentralen och när ska man vända sig till sjukhusets akutmottagning.
- ✦ Vilka yrkeskategorier som finns på vårdcentralen och varför man inte alltid behöver gå till läkaren.
- ✦ Telefonrådgivningen, hur Tele-Q systemet fungerar och om vår bedömningsmottagning.
- ✦ Egenvårdsråd vid förkylning, hosta, diarréer, magsjuka, feber. Egenvårdsprodukter från apoteket beskrevs och demonstrerades.
- ✦ Information om skillnaden mellan bakterier och virus kopplat till antibiotikaanvändning.

Vid varje tillfälle gavs utrymme för frågor och diskussion.

Informationstillfällena har väckt stort intresse och många frågor vilket bidragit till ömsesidigt lärande. Efterfrågan på fler informationsträffar är stor, både från SFI-klasserna och från de projekt som bedrivs för nyanlända i både kommunens och Arbetsförmedlingens regi. En erfarenhet vi tar med oss är att det är ett bra sätt att nå många, men det är viktigt att inte grupperna är för stora.

För att utvärdera informationsträffarna har vi lämnat ut en enkät, en så kallad Smile-enkät till 62 av 90 deltagare. (Att inte alla fick enkäten berodde på att vi inte hade utformat enkäten till den första gruppen.)

100 procent svarade, 60 st svarade mycket positivt och 2 st var inte helt nöjda.

Mål 4 – Förbättra kulturkompetensen i personalgruppen för att trygga ett gott bemötande

1. Vi projektgruppen hade vid ett par av seminarie-tillfällena förmånen att lyssna på föreläsningar av Rebecka Popenoe som är fil dr i Socialantropologi och lektor vid Karolinska Institutet. Hennes träffsäkra och målande beskrivningar av andra kulturer är väldigt lärorika. För att öka den kulturella kompetensen och förståelsen i hela personalgruppen på vårdcentralen bjöds hon in till en av våra planeringsdagar. Det upplevdes både positivt och lärorikt av samtliga.
2. Rehabiliteringsteamet på vårdcentralen har vid en länsgemensam planeringsdag för TRIS-teamen i Sörmland (tidig rehabilitering i samverkan) lyssnat på Yassin Ekdahl. Han är psykolog med somalisk bakgrund och jobbar på Röda Korsets behandlingscenter för krigsskadade och torterade (RKC) i Malmö. I sitt behandlingsarbete med traumatiserade flyktingar använder han sin kunskap om den somaliska oralkulturen, sånger och poesi som uttrycker känslor som t ex beskriver ångest och depression. Yassin ger en unik inblick i en kultur och tradition som skiljer sig från vår. Rehabiliteringsteamet som består av en rehabkoordinator, sjukgymnast, arbetsterapeut, kurator och läkare samverkar tillsammans med representanter från socialtjänsten, arbetsförmedlingen och försäkringskassan i TRIS. Varannan vecka träffas TRIS-teamet för gemensam kartläggning och planering gällande rehabilitering i individärenden. TRIS-arbetet

har funnits länge men att jobba med de som står utan sjukpenning är relativt nytt. Vi har utökat den gemensamma teamtiden vid de ordinarie TRIS-mötena för att ge utrymme för detta.

3. Förstärkning i personalgruppen med en somalisktalande läkare.

Reflektioner och hur vi tänker om framtiden: Vår somalisktalande läkare bygger förtroende med den somaliska gruppen och fungerar på många sätt som en länk till det svenska samhället. Vi ser ett stort värde i att han finns här på vårdcentralen och att han kan bidra till ökad förståelse mellan patient och personal.

Möjligheten att hela personalgruppen har fått träffa och lyssna på externa föreläsare har varit väldigt värdefull och har kompletterat den information som vi fått av vår somalisktalande läkare. Det vidgar perspektiven och ger möjlighet och utrymme till reflektion och diskussion.

Det är av stort värde att vi sedan tidigare har ett väl uppbyggt samarbete med socialtjänsten, arbetsförmedlingen och försäkringskassan gällande rehabiliteringsfrågor. Samarbetet har ytterligare förstärkts igenom alla kontakter kring lärandeprojektet.

Det är viktigt att vi ökar våra kunskaper om olika kulturer och att vi ökar vår medvetenhet kring hur vi själva agerar så att vi undviker att diskriminera och behandla ojämnt.

Vi ska kunna känna oss trygga i att det arbete vi gör för våra patienter ska komma alla till del på lika villkor, oavsett kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, ålder, religion, etnisk tillhörighet, funktionsnedsättning, socioekonomi och sexuell läggning.

Reflektion och lärdomar

- ✦ Förmånen att delta i projektet och få ta del av all kunskap och erfarenhet som delgivits oss vid de lärandeseminarier som anordnats.
- ✦ De föreläsningar som vi har fått lyssna till utifrån de enskilda individernas egna erfarenheter i samhället och i vården har berört på så många plan och belyst vikten av lyhördhet och inkännande.
- ✦ Vikten av att skapa tillit och trygghet i mötet med individen. Tryggheten att veta att man som patient blir lyssnad på.
- ✦ Viljan och önskan att alla i personalgruppen skulle få ta del av de gripande och intressanta berättelser vi delgivits under lärandeseminarier.

- Att det är värdefullt och nödvändigt att ha en kulturell blandning i personalgruppen.
- Att hitta andra mötesplatser utanför vårdcentralen (SFD).
- Värde av att lyssna in våra patienters egna upplevelser i vården.
- Ökad kulturkompetens - kunskap ger trygghet och trygghet ger gott bemötande och ökad förståelse.
- Ökad kunskap och god dialog ger tryggare patienter.

Vårdcentral Orsa, Landstinget Dalarna och Orsa Kommun

Sammanfattning

Hösten 2009 uppmärksammades på vårdcentralen i Orsa att fler personer än tidigare i åldersgruppen 15-19 år sökte kontakt för hjälp med symtom på psykisk ohälsa. Parallellt med detta visade en nationell enkät om psykisk hälsa i årskurs 6 och 9 att Orsas niondeklassare rapporterade hög ohälsa. Resultatet av undersökningen blev en ögonöppnare för både landsting och kommun. Bilden av att många unga mår dåligt blev tydlig. För att förändra detta och för att få stöd i förändringsarbetet valde vårdcentralen Orsa att delta i lärandeprojektet Vård på lika villkor tillsammans med kommunen.

Syftet med deltagande i projektet är att skapa en sammanhållen kedja med tydliggjorda ansvarsområden, rutiner och arbetssätt mellan landsting och kommun, för att därigenom förbättra vårdcentralens och kommunens tjänster för barn och unga som upplever psykisk ohälsa. Därtill att förebygga förekomsten av ohälsa samt minimera effekterna av ohälsa hos barn och ungdomar.

Målet är att individer ska få rätt insats, i rätt tid av rätt personer samt uppleva att de får en förbättrad livssituation, möts av respekt och att samhällets insatser sker i samverkan utifrån ett helhetstänk. För att driva på utvecklingen av samarbetet mellan

Här finns vilja och engagemang

Teamet: Eva Dahlin, specialistsjuksköterska för barn och ungdom, Vårdcentral Orsa, Helena Berglund, samtalsterapeut, Vårdcentral Orsa, Carina Widén, specialpedagog Elevhälsan, Orsa kommun, Inger Skoglund Hassis, folkhälsoplanerare, Orsa kommun, Johan Heimer, socialrådgivare, Orsa kommun, Maria Lasell, tf. enhetschef individ- och familjeomsorgen, Orsa kommun och Stefan Olsson, samordnare projekt Orsa åter i topp, Orsa kommun.

Tidigare deltagare: Anita Norman, psykolog, Vårdcentral Orsa, Annika Lusth, verksamhetschef, Vårdcentral Orsa, Anna Björk, skolchef, Orsa kommun, Emma Lundberg, kurator Elevhälsan, Orsa kommun, Harry Lönnebacke, enhetschef individ- och familjeomsorgen, Orsa kommun, Kent Henriksén, skolchef, Orsa kommun och Marita Zakrisson, utvecklingsledare skolan, Orsa kommun.

Kontaktuppgifter:

Anita Nääs, Verksamhetschef Vårdcentral Orsa
anita.naas@ltdalarna.se

Eva Dahlin, Vårdcentral Orsa,
eva.dahlin@ltdalarna.se

Stefan Olsson, Orsa kommun,
stefan.olsson@orsa.se

kommun och landsting betonas vikten av att ledningen med både politiker och tjänstemän är aktivt involverade.

En rad aktiviteter har genomförts i syfte att öka kunskapen om landstingets och kommunens verksamheter, professionernas kompetens, evidensbaserat arbete samt att följa upp individens livssituation.

Under hela projekttiden har samsyn, styrning och struktur varit viktiga ledord. Arbetsgruppen har konstaterat att chefers medverkan har en central betydelse för att samverka mellan olika verksamheter ska fungera.

Ofta har barn och unga ”tappats bort” i arbetsgruppens arbete i projektet och fokus har i stället legat på samverkan mellan verksamheter. Diskussioner och förändringar har ibland landat på en för ”organisatorisk” nivå i stället för något som barn och unga märker av. Förhoppningen är att detta grundarbete i förlängningen kommer att gynna barn och unga i Orsa och att det på sikt blir en förändring i deras mående. Det har under projektets gång inte varit lätt att mäta om målen har uppfyllts och det är först i slutet av projekttiden mätningar görs. Det kommer att bli intressant att framöver se om arbetet med projektet på sikt har gett resultat.

En fråga som arbetsgruppen har ställt sig vid slutet av projekttiden är om landsting och kommun tagit på sig en alltför stor uppgift i och med projektet. Arbetsgruppen tror ändå att en viktig grund har lagts för fortsatt samverkan mellan landsting och kommun samt mellan olika verksamheter inom kommunen. Upplevelsen är också att personal som möter barn och unga i sin yrkesutövning i större utsträckning strävar efter få ett helhetsperspektiv kring individen och ser vinsten av att olika professioner samverkar.

Bakgrund

I Orsa finns 2013 ca 6 800 invånare, av dessa är ca 21 procent under 19 år vilket är nära rikets genomsnitt på 23 procent. Drygt 1 300 personer är i åldern 0-18 år. Ca 20 procent av invånarna har eftergymnasial utbildning, vilket är lägre än genomsnittet i riket på 31 procent. Arbetslösheten är något högre i Orsa än

i riket och det är en något större andel som får ekonomiskt bistånd jämfört med genomsnittet i Dalarna. Andelen utrikesfödda är ca 7 procent vilket inte är högt i jämförelse med riket som har i genomsnitt 16 procent.

I jämförelse med övriga länet har Orsa en högre andel som; lämnar grundskolan utan gymnasiebehörighet, barn och unga 12-19 år med alkohol- eller narkotikarelaterade diagnoser, barn och unga 0-19 år med psykiatrisk diagnos, unga 16-24 år i eget hushåll med ekonomiskt bistånd samt unga 17-24 år som befinner sig i ett utanförskap.³

Hösten 2009 genomfördes en nationell enkätundersökning i årskurs 6 och 9 för att kartlägga ungdomars hälsa. Vid sammanställning av resultatet uppvisade ungdomarna i årskurs 9 i Orsa en klart negativt avvikande bild av psykisk ohälsa⁴ jämfört med övriga länet. Orsa kommun gav därför i uppdrag till Dalarnas forskningsråd att genomföra en djupare kartläggning med syfte att analysera och få en bredare bild av problemet, samt genomlysade riskfaktorer och områden som genererade resultatet. En del av uppdraget var att ge underlag till en lokal handlingsplan. Dalarnas forskningsråd presenterade sin kartläggning i februari 2012 och de förbättringsområden som identifierades var:

- › skola
- › föräldrastöd
- › samverkan
- › ledarskap
- › attityder
- › barn och ungas delaktighet

Parallellt med kommunens kartläggning uppmärksammade sjuksköterskorna, telefonrådgivning samt behandlare vid samtalsmottagningen på vårdcentralen att fler personer än tidigare i åldrarna 20-39 år sökte vård. Samma åldersgrupp gjorde under denna period tio eller fler läkarbesök per år per individ vilket är en hög siffra. Kontaktsakerna var främst upplevd oro, nedstämdhet, sömnsvårigheter samt oklar smärtproblematik. Samtliga mottagningar vid vårdcentralen kunde även se att åldersgruppen 15-19 år, som tidigare inte hade sökt vård i någon hög omfattning, närmade sig antalet läkar-

Not 3

Socialstyrelsen har i sin rapport ”Olika villkor” (2010) sammanställt statistik som är hämtad från olika källor och indelad i två grupper; ofärdsindikatorer och riskfaktorer. I Orsa finns brister vad gäller ofärdsindikatorerna i jämförelse med övriga länet.

Not 4

”Med psykisk ohälsa hos barn och unga avses psykiska symtom som påverkar barnets eller den unges känslomässiga välbefinnande och/eller hindrar optimal utveckling och delaktighet i vardagsaktiviteter. Symtomen kan komma till uttryck exempelvis i form av oro och nedstämdhet eller som psykosomatiska symtom som huvudvärk och magont. Det är symtom som barnet eller den unge själv upplever besvärande men inte alltid vill eller kan förmedla till omgivningen. Psykisk ohälsa kan också visa sig i utagerande beteende med påtaglig inverkan på barnets eller den unges uppväxtsituation men utan att individen själv behöver uppleva ohälsa” (<http://www.kunskapsguiden.se/Psykiatri/Teman/Barnpsykiskaohalsa/Sidor/default.aspx>).

besök för åldersgruppen 20-39 år gällande samma kontaktorsaker.

De två projekten:

Vård på lika villkor och Orsa åter i topp

Vårdcentral Orsa ansökte om deltagande i projektet Vård på lika villkor utifrån en konstaterad ökad trend i sökmönstret för åldrarna 15-19 år med en stadig ökning av upplevd oro, sömnsvårigheter och oklar smärtproblematik.

Då Dalarnas forskningsråd presenterat sin rapport beslutade kommunstyrelsen att upprätta en handlingsplan som fick namnet Orsa åter i topp och bestod av fyra delar:

1. Förbättrad samverkan internt i kommunen samt externt med landstinget, föreningar och andra aktörer som på olika sätt riktar sig till barn och ungdomar.
2. Utveckla föräldrastödsutbildningar.
3. Skolans framtida utveckling.
4. Sju landmärken för hälsa och hållbar utveckling.

Med anledning av dessa båda projekts liknande syften kom samordnare för Orsa åter i topp att ingå i arbetsgruppen för Vård på lika villkor.

Syfte med arbetet i lärandeprojekt Vård på lika villkor

- › Skapa en sammanhållen kedja mellan landsting och kommun där varje huvudmans ansvarsområde tydliggörs med nya rutiner och arbetssätt för att därigenom förbättra vårdcentralens och kommunens tjänster för barn och unga som upplever psykisk ohälsa.
- › Förebygga förekomsten av ohälsa samt minimera effekterna av ohälsa hos barn och ungdomar.

Värdegrund

Arbetsgruppen tog i början av arbetet fram följande värdegrund:

Vi ska ha respekt för de ungdomar som kommer till oss; det är inte vår kompetens som ska styra våra insatser utan de behov som individen har. Vår åsikt och tanke om behandling är inte alltid den rätta; vården ska ske i samverkan med patient.

De etiska principerna arbetsgruppen har utgått från är att göra gott, inte skada, utgå från att alla människor har lika värde, respektera människors självbestämmande och främja rättvisa och göra största möjliga nytta med givna resurser.

Mål

I projektet Vård på lika villkor formuleras fyra målområden. Arbetsgruppen har valt att konkretisera dem enligt följande.

Resultatmål

Att barnet/ungdomen/familjen:

- › Upplever att de möts av samhällets instanser i samverkan och utifrån ett helhetstänkande där individens hela situation vägs in.
- › Upplever sig bemött med respekt för sin integritet och självbestämmande samt känner sig delaktig genom hela insatsprocessen.
- › Får rätt insats, i rätt tid och på rätt vårdnivå.
- › Upplever en förbättrad livssituation.

Processmål

För att nå resultatmålen krävs att professionen:

1. Har kunskaper om varandras arbetsområden inom både landsting och kommun.
2. Samverkar utifrån ett helhetstänk där hela individens situation vägs in.
3. Bemöter individen med respekt för dess integritet och självbestämmande samt bjuder in individen i hela insatsprocessen.
4. Har en hög kompetens när de möter barnet/ungdomen/familjen.
5. Arbetar utifrån evidensbaserad praktik.
6. Ger rätt insats, i rätt tid och på rätt vårdnivå.
7. Följer upp individens livssituation för att utvärdera insatserna.

Kartläggning

Initialt gjorde arbetsgruppen, med stöd av handledare Jeanette Bäfverfeldt från Kunskapscentrum för jämlik vård i Västra Götalandsregionen, en kompletterande beskrivning av tidigare genomförd kartläggning. Syftet var att genom analys konkretisera de områden som arbetsgruppen ansåg vara mest bidragande till den höga förekomsten av psykisk ohälsa hos barn och unga i Orsa. Den kompletterande beskrivningen pekade på bl.a. följande:

- › Bristande samverkan mellan landstingets och kommunens olika verksamheter.
- › Spretighet, gemensam helhetsbild saknas.
- › Otydlig ansvarsfördelning/rutiner.
- › Otydliga ramar i ledningsfrågor, vad- och hurfrågor blandas.

Arbetsgruppen gjorde även intervjuer med sex ungdomar och sex vuxna. De blev alla slumpmässigt utvalda d.v.s. de som träffades på och som ville svara deltog. Föräldrarna, vars ungdomar deltog, lämnade sitt medgivande. I intervjuerna efterfrågades en beskrivning av ungdomars mående och upplevelse av stöd i stora drag. Vid intervjuerna fördes anteckningar som sedan godkändes av de intervjuade.

De frågor som ställdes till de vuxna var:

1. Hur tycker du att problemet ser ut; mår ungdomar i Orsa dåligt?
2. Vilken hjälp tror du finns att få?
3. Vilken hjälp tror du behövs?

De frågor som ställdes till ungdomar var:

1. Vad har du för bekymmer? Vad tror du att dina kompisar har för bekymmer?
2. Vilken hjälp/stöd får du idag? Vilken hjälp/stöd får dina kompisar?
3. Vilken hjälp/stöd skulle du vilja ha? Vilken hjälp/stöd skulle dina kompisar vilja ha?

Sammanfattningsvis kan sägas att de personer som intervjuades gav en tydligare bild av situationen i Orsa. Alla tillfrågade, såväl ungdomar som vuxna, namngav minst tre verksamheter dit de kunde vända sig för att få stöd och hjälp vid psykisk ohälsa. De vanligaste svaren var; Elevhälsan, Barn- och ungdomspsykiatri, Socialtjänsten, Vårdcentralen och Ungdomens hus. Gemensamt för de intervjuade var att alla ville se ett samhälle där fler bryr sig om varandras mående.

Exempel på citat från intervjuerna:

”Det är svårt att vara ungdom men det är minst lika svårt att vara förälder.” (Vuxen)

”För hög alkoholkonsumtion bland föräldrar och ungdomar.” (Ungdom)

”Jag gör någonting bra av min rastlöshet just nu, det gör inte alla.” (Ungdom)

”Unga i Orsa mår inte sämre än unga i andra kommuner. Det är svårt att vara ung.” (Vuxen)

”Det finns forum där ungdomar blir lyssnade på, men sedan sker ändå ingen förändring.” (Ungdom)

”Felet med världen är att de dumma är så tvärsäkra på allting och de kloka så fulla av tvivel.” (Ungdom som citerar filosofen Bertrand Russel)

Samverkan

De båda projekten Vård på lika villkor och Orsa åter i topp har som delsyfte att förbättra samverkan mellan kommun och landsting för barn och unga som har eller riskerar att få psykisk ohälsa. Samverkan kan finnas på tre nivåer:⁵

1. Informationsutbyte – Verksamheter känner till varandras arbete, metoder, resultat m.m.
2. Samhandling – Planering och genomförande av aktiviteter tillsammans.
3. Samproduktion – Gemensam finansiering och organisation.

Den samverkan som Vård på lika villkor handlar om är informationsutbyte och samhandling. För att få en fördjupad förståelse för vilka förutsättningar och hinder som kan finnas för samverkan mellan olika verksamheter har arbetsgruppen studerat några teorier som finns kring detta.

Aktiviteter

Samverkansdag 20 maj 2013

Processmål:

Ha kunskaper om varandras arbetsområden inom både landsting och kommun.

Arbetsgruppen och projektledning från SKL anordnade tillsammans en gemensam dag för alla verksamheter inom vårdcentral och kommun kring samverkan om barn och unga 0-18 år. Även politiker från landsting och kommun deltog under del av dagen. Syftet var att synliggöra organisation, regelverk och uppdrag för de olika verksamheterna. Alla verksamheter fick presentera sig och sitt uppdrag samt de olika beslutsnivåer som styr besluts- och ansvarsordning inom kommunen och landstinget. Deltagarna delades därefter in i tvärgrupper så att man fick möta personer från olika verksamheter. I grupperna fördes diskussioner om hur samverkan ser ut och vad som skulle behöva förbättras. Grupperna fick redovisa konkreta förslag på hur samverkan skulle kunna se ut och organiseras. Flera av dessa förslag finns beskrivna i denna rapport som aktiviteter och som kommande aktiviteter.

Not 5
Danermark B, Germundsson P, Englund U. Samverkan för barns psykiska hälsa.

Det gjordes också en kartläggning på hur deltagarna tycker samverkan fungerar. Kartläggningen gjordes genom att var och en på en blankett med pilar fick markera med vilka verksamheter deltagarna tyckte det fanns en bra samverkan och där det kunde förbättras. Dessa ”kartor” sammanställdes sedan till en färgkodad översiktsbild där det syns var samverkan anses fungerar bra och där den behöver förbättras. Camilla Berglund, ambassadör inom projektet Hjärnkoll där personer med självupplevd psykisk sjukdom eller hälsa berättar om sina erfarenheter av detta, var gäst under dagen. Hon berättade om hur det var för henne när hon sökte stöd och hjälp av kommunen och landstinget. En mycket levande och givande föreläsning som berörde många.

Vid slutet av dagen gjorde deltagarna en utvärdering. Den visade att dagen upplevdes mycket positiv och som en start för bättre samverkan. Det enda negativa som kom fram var att mer diskussionstid hade behövts.

Ungdomar i brukarråd

Under projekttiden har ungdomar från styrelsen vid Ungdomens hus bjudits in till vårdcentralens brukarråd för att representera ungdomar i Orsa. På det sättet får de på ett direkt sätt göra sina röster hörda och kan lyfta behov de ser.

SIP-dag 6 september 2013

Processmål:

- Har kunskaper om varandras arbetsområden inom både landsting och kommun.
- Samverkar utifrån ett helhetstänk där hela individens situation vägs in.
- Ger rätt insats, i rätt tid och på rätt vårdnivå.
- Följer upp individens livssituation för att utvärdera insatserna.

Sedan den 1 januari 2010 är kommuner och landsting enligt lag skyldiga att ha överenskommelser om samarbete när det gäller personer med psykiska funktionsnedsättningar samt att upprätta en samordnad individuell plan, SIP, när den enskilde har behov av insatser från både socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Region Dalarna⁶ bjöds av arbetsgruppen in till Orsa den 6 september 2013 för att informera olika yrkesgrupper som möter barn och unga inom kommunen och landstinget om SIP. Region Dalarna informerade om syftet med SIP, hur

den kan användas och om landstingets och kommunens skyldighet att medverka till att en SIP upprättas. Målet med dagen var att förbättra samarbetet mellan de olika yrkesgrupperna, att öka kunskapen om varandras arbetsuppgifter och att bli bättre på att ge rätt insats i rätt tid. SIP handlar även om att individen ska vara delaktig i den planering som görs och uppleva en vinst av att insatserna samordnas.

Vid slutet av dagen fick deltagarna utvärdera dagen genom att svara på tre frågor: 1. Det här var bra. 2. Det här kunde varit bättre. 3. Det här tar jag med mig. Några av synpunkterna som framkom var att det var bra att användandet av SIP förtydligades, det var bra att träffas och prata med olika aktörer, samverkan är viktigt, yrkesverksamma behöver påminna varandra om SIP, det är viktigt att samordna insatser för den enskilde samt vikten av att patienten/klienten är i fokus. Det framkom även att den avsatta tiden för SIP-dagen inte riktigt räckte till och att mer diskussion om de hinder som varit sedan 2010 hade behövts för att kunna dra lärdomar av dem.

Som uppföljning av dagen skickades minnesanteckningar, sammanställning av utvärderingar samt en film om SIP som SKL har gjort ut till alla som deltog. I utskicket ombads verksamheterna att rapportera om hur många SIP som har upprättats före respektive efter SIP-dagen. Frågorna ställdes för att få en indikation på om någon förändring skett. Med utgångspunkt från de svar som inkommit går det inte att skönja någon förändring. Uppfattningen i arbetsgruppen är dock att efter SIP-dagen kommer SIP oftare på tal för att anordna insatser kring enskilda individer. Fortsatt arbete med SIP kommer att ske och implementeringen kommer att fortgå inom de olika verksamheterna samt vid kommande samverkansdag, se avsnitt kommande aktiviteter.

Bokning av tid till läkare, psykolog och samtalssterapeut

Processmål:

- Ger rätt insats, i rätt tid och på rätt vårdnivå.

Då barn och unga, eller deras föräldrar, ringer vårdcentralens telefonrådgivning angående psykisk ohälsa bokar sjuksköterskorna i telefonrådgivningen tid direkt till läkare i stället för till distriktsköterska. Det är läkare som tar ställning till den

Not 6

Region Dalarnas uppgift är att ansvara för, samordna och effektivisera det regionala utvecklingsarbetet i Dalarna. I det ligger att ta tillvara länets möjligheter och främja den regionala utvecklingen inom en rad olika områden som är betydelsefulla för tillväxt och sysselsättning i regionen.

somatiska statusen och som kan utesluta somatiska åkommor som kan ligga bakom hälsotillståndet. Det är även läkare om skickar remiss, ordinerar blodprover samt tar ställning till medicinering. Att få komma direkt till läkare spar tid för den enskilde.

Barn, unga och deras föräldrar kan själva ringa till psykolog och samtalsterapeut vid samtalsmottagningen för barn och unga, Vårdcentral Orsa, i stället för att ringa via telefonrådgivningen.

Överenskommelse om specialpedagog på vårdcentralen

Processmål:

- › Har kunskaper om varandras arbetsområden inom både landsting och kommun.
- › Samverkar utifrån ett helhetstänk där individens hela situation vägs in.
- › Ger rätt insats, i rätt tid och på rätt vårdnivå.
- › Följer upp individens livssituation för att utvärdera insatserna.

Med fokus på att upptäcka barn i behov av särskilt stöd i tidig ålder har ett samarbetsavtal mellan landsting och kommun slutits under projekt-tiden. Samarbetet mellan Barnvårdscentralen och specialpedagog från Elevhälsan har utökats för att ha en samlad kompetens om barn och främja tidig upptäckt. Insatser för barn med särskilda behov kan därmed sättas in tidigare vilket i förlängningen förbättrar förutsättningarna till god hälsa för projektets målgrupp. Det är en stor vinst att utredning och eventuella hjälpmedel erbjuds i god tid så att barnet, föräldrar och pedagoger är väl rustade inför skolstart. I dagsläget utgår specialpedagog från Vårdcentral Orsa tre dagar per vecka.

Akuttider hos psykolog och samtalsterapeut

Processmål:

- › Bemöter individen med respekt för dess integritet och självbestämmande samt bjuder in individen i hela insatsprocessen.
- › Ger rätt insats, i rätt tid och på rätt vårdnivå.

På vårdcentral Orsa finns både psykolog och samtalsterapeut som arbetar mot både barn, unga och vuxna. Planer finns på att införa rutinen att barn och unga som har behov av samtalskontakt ska prioriteras före andra. Regering har beslutat om förstärkt vårdgaranti som innebär att barn och unga inte ska behöva vänta vid psykisk ohälsa.

Förlängd läkartid

Processmål:

- › Ger rätt insats, i rätt tid och på rätt vårdnivå.

För varje person som kontaktar vårdcentralen görs en bedömning av sjuksköterska. När personer som sjuksköterska bedömer har en psykisk ohälsa och behov av förlängd läkartid, avsätts 45 minuter istället för de ordinarie 20. Detta för att läkaren ska ha mer tid till att göra en bättre och mer samlad helhetsbedömning kring vilket behov av hjälp patienten har. Det kan även handla om att läkaren behöver skriva intyg eller dokument till samverkanspersoner och kallelser till nätverksmöte.

Information till barn och unga

Processmål:

- › Samverkar utifrån ett helhetstänk där hela individens situation vägs in.
- › Ger rätt insats, i rätt tid och på rätt vårdnivå.

Vid samtal med Elevhälsan angående information till ungdomar kom idén om ett utvikbart visitkort fram. Det är praktiskt att bara stoppa ner i en ficka eller fodral till telefon och samtidigt rymmer det mer information än på ett visitkort. Här finns telefonnummer till professioner och internetadresser till viktiga hemsidor, exempelvis ungdomsmottagning, samtalsmottagning på Vårdcentral Orsa, socialtjänsten och skolkurator. Ungdomar på Ungdomens hus har tittat på ett utkast för att komma med synpunkter på innehållet. I och med detta fick de tillfrågade även ny kunskap om hjälpen som finns i kommun och lansting, så via den processen hade spridningen av informationen redan satt igång.

Infokortet skall när det är klart spridas till ungdomar genom exempelvis skolor, Ungdomens hus, Elevhälsan, ungdomsmottagningen, vårdcentralen, socialtjänsten och biblioteket.

Informationsmöten

Processmål:

- › Har kunskaper om varandras arbetsområden inom både landsting och kommun.
- › Samverkar utifrån ett helhetstänk där hela individens situation vägs in.
- › Ger rätt insats, i rätt tid och på rätt vårdnivå.

Individ- och familjeomsorgen bjöd den 24 oktober in Barn- och utbildningsförvaltningen, primärvården, barn- och ungdomspsykiatri, habiliteringen, polisen, sjukvårdspersonal inom akuten och ambulanssjukvården till en informationsträff om verksamheten. Syftet var att öka kunskapen om arbetet som bedrivs inom individ- och familjeomsorgen samt verka för en bättre samverkan.

Eftersom det bara var ett tiotal som kom till informationsträffen kommer, som ett nästa steg, en inbjudan skickas till samtliga rektorer i Orsa kommun för ytterligare en träff.

Föräldrautbildning i samverkan

Processmål:

- Har kunskaper om varandras arbetsområden inom både landsting och kommun.
- Samverkar utifrån ett helhetstänk där hela individens situation vägs in.
- Bemöter individen med respekt för dess integritet och självbestämmande samt bjuder in individen i hela insatsprocessen.
- Har en hög kompetens när professionen möter barnet/ungdomen/familjen.
- Arbetar utifrån evidensbaserad praktik.

Ett arbete med föräldrastödsutbildning startade i kommunen (Barn- och utbildningsförvaltningen och Socialförvaltningen) i november 2011 genom att utbilda ett antal samtalsledare i föräldrastödsprogrammen Komet och Connect. Landstinget har genom Mödravårdscentral och Barnavårdscentral tillsammans med kommunens Familjerådgivning sina föräldrastödsprogram Prep och ICDP.

Kommunen gör nu en satsning på att förstärka och utveckla föräldrastödet. I samarbetet mellan Vård på lika villkor och Orsa åter i topp kommer gemensamma träffar att anordnas för de samtalsledare som finns inom landsting och kommun, ett slags nätverk. Det finns olika typer av föräldrastödsprogram beroende på barnets ålder. Det är viktigt att de olika verksamheterna och de personer som är samtalsledare också har kunskap om varandra, så att det blir en röd tråd under barnets uppväxt. Förutom informations- och erfarenhetsutbyte finns förhoppningar att kunna utveckla samverkan kring gemensam fortbildning och utveckling av kurserna, samt rekrytering och utbildning av samtalsledare. En annan sak som tagits upp i samverkan är möjligheten för Mödravårdscentral och Barnavårdscentral att använda kommunens lokaler för sina utbildningar.

Föräldrastödsutbildningarna ska vara generella och erbjudas samtliga föräldrar i kommunen. I utbildningar som hålls av mödra- och barnhälsovård deltar så gott som samtliga föräldrar. För utbildningar som vänder sig till föräldrar med äldre barn behöver kommunens informations- och rekryteringsarbete förbättras. Förhoppningen är också att kunna erbjuda mer riktade utbildningar till de föräldrar som har specifika behov samt för tonårsföräldrar.

Det finns också en samverkan mellan Orsa kommun och de närliggande kommunerna, Mora, Älvdalen och Malung-Sälen. Denna samverkan skulle kunna utvecklas till att även gälla mödra- och barnhälsovård. Även landstingets barn- och ungdomspsykiatri och habilitering är på gång med riktade föräldrastödsutbildningar.

Samverkansmöten

Processmål:

- Har kunskaper om varandras arbetsområden inom både landsting och kommun.
- Samverkar utifrån ett helhetstänk där hela individens situation vägs in.

Möte med syfte att öka samverkan har ägt rum mellan individ- och familjeomsorgen och bvc/mvc, individ- och familjeomsorgen och Elevhälsan och mellan individ- och familjeomsorgen och ungdomsamordnarna. Dessa möten är tänkta att återkomma regelbundet för att verksamheterna ska utbyta information om vad som är aktuellt bland ungdomar i Orsa och för att verksamheterna tillsammans ska kunna möta barn och ungdomars behov av stöd på bästa möjliga sätt.

Även socialrådgivare, kuratorer samt personal från Ungdomens hus har träffats vid ett flertal tillfällen under höstterminen 2013 på initiativ av Ungdomens hus. Detta i syfte att öka samverkan och att delge varandra om vad man ser i sitt arbete kopplat till ungdomsfrågor.

Möte har ägt rum mellan ungdomssamordnarna, skolchef, fritidschef, kulturchef, fastighetschef, enhetschef för individ- och familjeomsorgen och projektansvarig för Orsa åter i topp för att prata om hur Ungdomens hus nya lokaler kan nyttjas av olika verksamheter i kommunen.

Möte har även ägt rum mellan terapeut och psykolog vid vårdcentralens samtalsmottagning och kuratorerna samt specialpedagog vid Elevhälsan i samma syfte som ovan.

Arbetsgruppen kan konstatera att möten med ungdomar dessvärre inte har ägt rum i någon stor utsträckning och det kommer framöver att läggas mer tid till detta, se avsnittet kommande aktiviteter.

Mätningar

För att med hjälp av statistik kunna följa upp hur barn och unga söker stöd har några olika mätningar ägt rum. Mätningarna avser perioden september till december 2013 och kommer att göras årligen för att följa utvecklingen.

Vid samtalsmottagningen på Vårdcentral Orsa har samtalsterapeut och psykolog under perioden haft elva samtal med ungdomar i åldern 13-19 år.

Individ- och familjeomsorgen på socialförvaltningen har under perioden fått tre ansökningar om stöd gällande ungdomar i åldern 13-20 år. Alla ansökningar gjordes av vårdnadshavare.

Inom Barn- och utbildningsförvaltningen har skolkurator vid högstadieskolan under perioden haft 85 samtal med ungdomar i åldern 13-17 år.

Vid ungdomsmottagningen har kurator under perioden haft 35 samtal med ungdomar i åldern 13-19 år.

Dessa mätningar kommer att bli utgångspunkt för att kunna följa upp statistiken årligen. Även de nationella mått som finns för psykisk ohälsa hos barn och ungdomar kommer att användas för att följa dess utveckling. Frågor som blir intressanta att reflektera över är bland andra:

- › Om det blir någon förändring efter att barn och unga fått information genom visitkortsinformationen (se avsnitt kommande aktiviteter).
- › Om yrkesverksamma i större utsträckning än tidigare samverkar i form av att upprätta SIP.
- › Om den hjälp som erbjuds inom kommunen och landstinget utnyttjas.
- › Om mer information behöver spridas.

Kommande aktiviteter

Fokusgrupper

Processmål:

- › Ger rätt insats, i rätt tid och på rätt vårdnivå.

Två fokusgrupper för intervjuer med ungdomar kommer att hållas 5 februari på Ungdomens hus. En grupp kommer att bestå av sex till åtta tjejer, en annan av sex till åtta killar. Intervjuerna kommer att genomföras av medarbetare från Kunskapscentrum för jämlik vård i Västra Götalandsregionen. De kommer till Orsa för att genomföra intervjuer för att få

svar på frågorna som ställs, se nedan. Resultatet från intervjuerna ska sedan presenteras i samband med ytterligare en gemensam träff för yrkesgrupper inom landsting och kommun som möter barn och unga.

Planerade frågor i fokusgrupperna är:

- › Om man mår dåligt som ungdom, vad behöver man för stöd och hjälp då?
- › Om man behöver prata med någon, vem kan man vända sig till då?
- › Hur ofta finns det möjlighet att tala med kurator, samtalsterapeut eller psykolog om man skulle behöva det?
- › Vilket stöd och vilken hjälp saknas för er eller era kamrater idag?
- › Hur kan Orsa kommun och vårdcentral Orsa bli bättre på att möta upp till det man som ungdom behöver när man mår dåligt?
- › Vad ska Orsa kommun och vårdcentral Orsa göra för att kunna hjälpa ungdomar som mår dåligt?
- › Om du vaknar i morgon och Orsa är den bästa kommunen för ungdomar att växa upp i, hur märker du det?
- › Vad kan man som ungdom i Orsa göra om man vill påverka och förändra något till det bättre?

Resultatet från intervjuerna i fokusgrupperna kommer att presenteras som en inledning och inspiration vid en samverkansdag som kommer att hållas under våren 2014. Tanken är att ungdomar själva ska medverka under dagen eller att ungdomarnas svar på frågorna i intervjuerna ska presenteras på annat sätt.

Lokala överenskommelser

Processmål:

- › Har kunskaper om varandras arbetsområden inom både landsting och kommun.
- › Samverkar utifrån ett helhetstänk där hela individens situation vägs in.
- › Bemöter individen med respekt för dess integritet och självbestämmande samt bjuder in individen i hela insatsprocessen.
- › Har en hög kompetens när professionen möter barnet/ungdomen/familjen.
- › Arbetar utifrån evidensbaserad praktik.
- › Ger rätt insats, i rätt tid och på rätt vårdnivå.
- › Följer upp individens livssituation för att utvärdera insatserna.

Vid samverkansdagen under våren 2014 ska den regionala överenskommelsen som är underskriven

av samtliga kommuner i länet brytas ner till lokala överenskommelser. Den regionala överenskommelsen handlar om övergripande samverkan gällande barn och unga som har eller riskerar psykisk ohälsa. För att överenskommelsen ska kunna tillämpas i Orsa behöver den konkretiseras och förtydligas utifrån de verksamheter och rutiner som finns inom landsting och kommun. Till den dagen inbjuds yrkesgrupper inom kommun och landsting som möter barn och unga. Genom den lokala överenskommelsen kommer det att tydliggöras vem som har ansvar för vad när det gäller barn och unga i Orsa. Arbete kommer att ske i smågrupper och representanter för barn och unga kommer att inbjudas att delta i arbetet.

Spridning av information om projektet

I projektets inledning beslutade deltagarna i arbetsgruppen att var och en skulle informera om arbetet i projektet till sina respektive verksamheter. Några i arbetsgruppen fick även i uppgift att fortlöpande informera verksamhetsledning samt politiker.

Projektets resultat, mål och genomförande ska spridas hos landsting och kommun. Arbetsgruppen ska verka för att respektive verksamhetschef inom vårdcentral, socialförvaltning och barn- och utbildningsförvaltning har samverkan som en grundpelare i sina styrdokument och övergripande mål. Resultatet av projektet och slutrapporten kommer att presenteras på samverkansdagen våren 2014 samt för politiker och tjänstemän kontinuerligt i POLSAM. Arbetsgruppen vill vara pådrivande i alla sammanhang där samverkan kan förbättra situationen för barn och ungdomar. Arbetsgruppen vill hitta former för att säkra att projektets arbete och resultat fortlever efter projektets slut.

Årshjul

Processmål:

- › Samverkar utifrån ett helhetstänk där hela individens situation vägs in.

Arbetsgruppen föreslår att det utarbetas ett gemensamt årshjul för vissa händelser och evenemang som exempelvis Valborg, Orsayran, skolavslutningar m.m. för att gemensamt säkra upp att vuxna finns tillgängliga för ungdomar när behovet bedöms vara stort. Önskemål från verksamheterna i kommun och landsting finns om att återuppta arbete i BUS-grupp (samverkan kring barn och unga) för att olika professioner tillsammans ska planera vilka insatser som behövs.

Reflektion och resultat

Under hela projekttiden har samsyn, styrning och struktur varit viktiga ledord. Arbetsgruppen har konstaterat att chefers medverkan har en central betydelse för att samverkan mellan olika verksamheter ska fungera. Det är med andra ord svårt att skapa en förankring i verksamheterna utan att chefer är med och driver det arbetet framåt. Deltagandet i projektet Vård på lika villkor har inte alltid flutit på som önskat. De tre verksamhetscheferna inom vårdcentralen, barn- och utbildningsförvaltningen och socialförvaltningen har under projekttiden avslutat sina anställningar och nya har tillträtt. Vissa perioder har chefer varit med i arbetsgruppen och under andra perioder har arbetsgruppen saknat ledning. Det har därmed varit svårt att veta vilket mandat arbetsgruppen haft eftersom ledning saknats. Även övriga deltagare i arbetsgruppen har flera gånger ersatts av nya genom byte av arbete och arbetsgruppen har därmed tappat fart. Mycket tid har gått åt till att introducera och informera nya i arbetsgruppen om projektet. Det har utifrån detta varit svårt att få till en kontinuitet och effektivitet i arbetet. Nya idéer har kommit och det har varit svårt att hålla kvar den ”röda tråden”.

Målet i projektet för SKL är att öka jämlikhet i vården och i skriften Gör jämlikt – gör skillnad från 2013 anges investeringar i flickors och pojkars utveckling som en av de viktigaste vägarna till minskade skillnader i hälsa och social hållbarhet. Där anges även förmågan till samverkan som en framgångsfaktor. Kunskapen om detta har väglett och stärkt arbetsgruppen i dess arbete. Delaktighet lyfts i samma rapport som en annan viktig faktor. Deltagarna i arbetsgruppen har insett betydelsen av delaktighet från berörda grupper men vid granskning av oss själva inser vi att inslaget av delaktighet kunde varit större. Ofta har barn och unga ”tappats bort” i arbetsgruppens arbete och fokus har i stället legat på verksamheters delaktighet och samverkan mellan verksamheter.

Arbetsgruppen har ordnat flera dagar för personer som arbetar med barn och unga i syfte att öka kunskapen om varandra samt resonera om hur vi tillsammans kan möta barn och ungas behov. Diskussioner och förslag på förändringar har ibland landat på en för ”organisatorisk” nivå i stället för något som barn och unga märker något av. Förhoppningen är att detta grundarbete i förlängningen kommer att gynna barn och unga i Orsa och att det på sikt blir en förändring i barn och ungas mående.

Arbetsgruppen kan konstatera att arbetet under projekttiden inte har fokuserat på någon speciell målgrupp för att göra vården mer jämlik. Fokus har legat på att hela gruppen unga med psykisk ohälsa ska få en förbättring i måendet och få mer och bättre hjälp av landsting och kommun.

Det har under projektets gång inte varit lätt att hitta saker att mäta och det är först i slutet av projekttiden mätningar görs. Det kommer att bli intressant att framöver kunna se om arbetet med projektet har gett resultat på sikt. Det skulle vara mycket intressant att om ett eller två år göra en motsvarande kartläggning som Dalarnas forskningsråd gjorde 2012 för att se om det blivit någon skillnad för barn och unga i Orsa.

En fråga som arbetsgruppen har ställt sig vid slutet av projekttiden är om landsting och kommun tagit på sig en alltför stor uppgift i och med projektet. Kanske skulle större begränsningar ha gjorts för att få ett bättre resultat. Det kan vara svårt nog att få

till en förändring inom de egna verksamheterna och projektet har inneburit en förhoppning om en övergripande förändring inom både landsting och kommun. Arbetsgruppen tror ändå att en viktig grund har lagts för fortsatt samverkan mellan landsting och kommun samt mellan olika verksamheter inom kommunen. Upplevelsen är också att personal som möter barn och unga i sin yrkesutövning i större utsträckning strävar efter att få ett helhetsperspektiv kring individen och ser vinsten av att olika professioner samverkar. Personer som arbetar med barn och ungdomar har till viss del fått en bättre närhet till varandras olika verksamheter. Trots att projektets målgrupp varit ungdomar i åldern 13-19 år har arbetet gett ringar på vattnet för samverkan som kan gynna även yngre barn. Oavsett vilken organisation vi tillhör strävar vi efter att korta vägarna till vård- och stödinsatser för barn och unga. Vi får inte glömma att de är vår framtid.

Vårdcentralen Åsidan, Nyköping, Landstinget Sörmland

Sammanfattning

Att delta i lärandeprojektet har varit utvecklande och lärorikt för teamet och för hela verksamheten. Det har inneburit ny kunskap som gett attitydförändring. Vi har gjort en spännande resa tillsammans, inte minst kring våra värderingars betydelse för vårt bemötande och agerande i patientmötet.

De problem som vi upplevde då somaliska patienter kom som uppdyk och ville ha en tid till läkare samt att de ofta hade många familjemedlemmar med sig, har vi nu löst på ett bra sätt. Ökad kulturell kompetens som inneburit bättre förståelse, gav nyckeln till ett mer patientsäkert och tryggt omhändertagande.

En viktig lärdom är att om de somaliska patienterna ska kunna påverka sin hälsa och hur de söker vård, så behöver vi ge bättre möjlighet till information. Därför kommer vi att arbeta vidare för att SFI-undervisningen som vi testat och utvecklat under projekttiden, ska bli ett länsgemensamt åtagande för primärvården i alla kommunerna i Sörmland.

Våra genomförda hälsoträffar uppskattades av deltagarna men vi var initialt frustrerade då kvinnornas närvaro vid de bokade tillfällena var allt annat än regelbundna. Med nytt perspektiv

Vi har fått bättre kulturkompetens



Teamet, från vänster i bild: Madeleine Alderud, distriktsköterska BVC, Familjecentral, Anne-Marie Calmvik, verksamhetschef, Dick Jansson, verksamhetschef (del av projekttiden), Elisabeth Tholén, distriktsköterska, ansvar för Hälsosamtal för nyanlända och Anette Bernhardsson, distriktsköterska BVC, Familjecentral. Teammedlemmar ej med på bild: Anna Ström, sjukgymnast, (del av projekttiden), Anna Karlström, kurator, ungdomsmottagning (delar av projekttiden).

Kontaktuppgifter:

Anne-Marie.Calmvik@dll.se

Dick.Jansson@dll.se

och när vi funderat ”out of the box” vill vi nu försöka samverka med våra nära vårdcentraler för att utveckla modellen och då med rullande återkommande program.

Att vid sjukdom kunna få råd på sitt eget språk, tycker vi ska vara en rättighet och vi kommer att göra det vi kan för att påverka att det kan göras möjligt även i Sörmland. Det gör bedömningen mer patientsäker och patienten trygg, vilket är en grund för vård på lika villkor, anser vi.

Under lärandeprojektet har vi tagit del av mycket kunskap som vi vill dela med oss av. Inom vår egen primärvårdsdivision har vi möjlighet att delge erfarenheter. Tanken är att vi ska kunna medverka till övriga vårdcentralernas förbättringsarbeten. Redan nu har Vårdcentralen Åsidan och Vårdcentralen Ekensberg i Nyköping, börjat samverka mer uttalat.

Vi har också insett att vi har behov av fortbildning bland annat om PTSD-problematik då många av våra patienter bär på trauman svåra att hantera och som påverkar deras egen och familjernas hälsa.

Vår landstingsstyrelse och våra politiker har visat stort intresse för vårt arbete.

Vi vet nu att vi bara är i början av vår gemensamma resa!

Bakgrund

Vårdcentralen Åsidan som är belägen nära Nyköpings lasarett betjänar både landsbygd och tätort och har drygt 13 000 listade patienter. Inom upptagningsområdet finns två socioekonomiskt utsatta bostadsområden, Brandkärr och Oppeby.

I Brandkärrsområdet bor ca 4 000 individer varav 40 procent har utländsk härkomst (ingår även utlandsfödda föräldrar). Arbetslösheten är hög, knappt 56 procent har förvärvsarbete och ungefär 16 procent erhåller socialbidrag.

Den somaliskatalande gruppen är den största enskilda gruppen där, med ca 800 - 1 000 individer. Vid barnvårdscentralen (BVC) och Familjecentralen (FC) i Brandkärr finns minst 35 olika nationaliteter t.ex. från Somalia, Irak, Iran forna Jugoslavien och Albanien.

Vårdcentralen har upplevt att patienter från Somalia (många yngre kvinnor) söker vård mer än genomsnittet såväl för hälsorelaterade som medicinska problem. I mötet uppstår ofta svårigheter t.ex.:

- För personalen att förstå patientens problem och lotsa till rätt vårdnivå.
- I mötet med patienten, få gehör för lämnad information om egenvårdsråd, behandling etc.

- I mötet med patienten få gehör för vilka kontaktvägar och tider som kan erbjudas.

En faktor som också belyser hälsoproblemen är det s.k. ohälsotalet. Jämfört med riket är ohälsotalet för kvinnor större i Nyköping och då främst yngre kvinnor mellan 20 och 44 år, se tabell 2. Även avseende män har Nyköpings kommun ett högre ohälsotal jämfört med riket, men inte lika utpräglat. Ohälsotalet beräknas genom att summan av dagar med utbetald sjukpenning, arbetsskadesjukpenning, rehabiliteringspenning samt dagar med aktivitets- och sjukersättning divideras med befolkningen 16-64 år.

TABELL 2. Ohälsotal efter kön och ålder 2009

	Nyköping		Riket	
	kvinnor	män	kvinnor	män
20-24 år	14,7	11,7	10,5	10,5
25-34 år	21,1	12,3	16	11,6
35-44 år	33,7	18,5	28,4	17,2

Ohälsotalet varierar i kommunens olika stadsdelar. Det är högst i Brandkärr och Oppeby och båda tillhör vårdcentralens upptagningsområde.

Vårdcentralen har 48 anställda, och då är timvikarier medräknade. Vi har sedan länge haft många fasta läkare och kunnat erbjuda hög kontinuitet. Vi har distriktssköterskor/sjuksköterskor, undersköterskor, medicinska sekreterare, BVC-sköterskor, sjukgymnaster, arbetsterapeut, kuratorer och psykoterapeut. Det finns tillgång till dietist, och kostrådgivare. 75 procent av personalen har utbildning i MI, motiverande samtal.

Behovet hos våra patienter att få komma på besök har ökat och bland annat har vi anställt ytterligare en kurator och vi planerar att anställa ytterligare en läkare.

Syfte med deltagandet i lärandeprojektet

Vi hade sedan tidigare kommit igång med ett förbättringsarbete och öppnat en mottagning för besök hos distriktssköterska i bostadsområdet Brandkärr där också de flesta somalierna bor. Vi ville fortsätta att utveckla mottagningen och ha en mer strukturerad form för möten och besök utifrån patienternas behov.

Vårt problem var att många somaliskatalande kom till vårdcentralen oanmälda och ville träffa en läkare och ville ha en tid direkt. Personalen upplevde att det var svårt att förstå behoven och vi

kände att vi inte lyckades erbjuda en bra vård efter patientens behov. Vid en del tillfällen framkom klagomål från de somaliska patienterna, att de hade fått ett dåligt bemötande och att personalen inte verkade lyssna på vad problemet gällde. Vi såg ett behov att nå ut med kunskap om den egna kroppen, egenvård, och livsstilsfaktorerers inverkan på hälsan parallellt med information om hur svensk hälso- och sjukvård fungerar.

Ibland förekom kommentarer från mottagnings-sköterska när en somalisk patient kom som uppdyk ” jag bokade en tid till doktorn för jag visste inte vad jag skulle göra”.

Vi insåg att vi behövde bli bättre på att förstå patienterna för att kunna bedöma, sortera och prioritera dessa patienter, där språket ofta var den första och största barriären för ett bra möte.

Vi ville utveckla vår egen kulturella kompetens för att kunna kommunicera bättre.

Eftersom vi upplevt största bekymren med somalierna, valde vi att i projektet fokusera på förbättringsarbete just för den gruppen under tiden för Lärandeprojektet.

Mål

Mål 1: Öka kunskapen om hur hälso- och sjukvården fungerar lokalt, förbättrad egenvårdskunskap samt ökad kunskap om livsstilens betydelse för den egna hälsan.

Mål 2: Ökad tillgänglighet och ett bra omhändertagande för de som kommer utan att ha bokat besök.

Mål 3: Förbättrad kunskap och förståelse i vården om kulturell mångfald och förbättra bemötandet.

Aktiviteter och resultat

Mål 1 – Öka kunskapen om hur hälso- och sjukvården fungerar lokalt, förbättrad egenvårdskunskap samt ökad kunskap om livsstilens betydelse för den egna hälsan

Föräldrautbildning med tolk för somaliska mammor

BVC-sköterskorna upplevde att det fanns en grupp ensamstående somaliska mammor som inte kom när de fick kallelse till föräldrautbildning. Generellt har det varit svårt att nå föräldrar med annan språkbakgrund än den svenska till föräldrautbildning. Vi vet inte riktigt varför.

Nu inbjöds 9 mammor muntligen in till föräldrautbildning med tolk. Syftet var att mammorna förutom information från oss skulle skapa ett soci-

alt nätverk. Vi hade noterat att många av de ensamstående mammorna levde ganska isolerat med sina barn.

Vi planerade för 12 träffar som skulle genomföras tillsammans med övriga medarbetare vid Familjecentralen i Brandkärr och att vi skulle ha tolk närvarande vid alla träffar.

Den ordinarie föräldrautbildningen utgjorde grunden i det anpassade programmet. Vi gjorde vissa tillägg utifrån de behov vi gemensamt iakttagit i våra möten med mammorna. Teman som togs upp var bland annat: spädbarnsmassage, introduktion av mat, familjeliv, barnsäkerhet, bibliotek/tandvårdsinformation, egenvård, kost/rörelse, sångstund med svenska och somaliska sånger, kvinnohälsa. BVC-sköterskorna samarbetade med övrig personal från Familjecentralen vid träffarna.

Flera studiebesök genomfördes, t.ex. i livsmedelsbutiker för att titta på olika produkter och innehållsförteckningar m.m., till biblioteket som vissa dagar i månaden har sagostund på somaliska, promenad i närområdet för att peka ut förskolorna och lekparkerna.

Vi träffades vid sammanlagt 15 tillfällen under mitten av februari till slutet av maj 2013. Träffarna skedde en fast tid och veckodag i Familjecentralens lokaler. Vi startade med 6 mammor, flera som hade hört om föräldrautbildningen kom vid senare tillfällen och ville delta. Efter några veckor var det 9 deltagare. I början var det svårt för mammorna att komma på utsatt tid, men vartefter tiden gick fungerade det allt bättre. När tolken blev sjuk vid något tillfälle kunde vi improvisera bra, t.ex. med filmvisning om barnsäkerhet. Mammorna bildade raskt en egen telefonkedja för att nå varandra, dels då det uppstod förändring i programmet, men också för socialt umgänge. Det blev många aha-upplevelser kring kost och livsmedel. Tillsammans tillreddes smakportioner som sedan inspirerade till egna inköp och tillredning hemma. Det var stor uppslutning och de flesta kom varje gång. Intervjuer genomfördes efter kursen för att undersöka upplevelser och nöjdhet och om mammorna tyckte att de lärt sig något nytt.

Resultat:

- ✧ Vi vet hur vi ska nå somaliska mammor, nämligen när de är på kontrollbesök för sitt barn bjuds de in muntligt och informeras att tolk kommer att vara med på träffarna.
- ✧ Flera beskriver att de lärt sig mer om kostens betydelse för hälsan.

- Flera uttryckte att de har fått en ökad kunskap om föräldraskapet som helhet.
- Flera talade uppskattande och var väldigt tack-samma för att föräldrautbildning för somaliska-talande hade erbjudits.
- De såg stora vinster i att träffa andra somaliska mammor i grupp.
- De flesta kommer efter avslutad aktivitet i för-äldragruppen till den öppna förskolan i familje-centralens regi, och träffas för andra aktiviteter också, t.ex. promenader med barnen i vagn till butiken m.m.
- Många av mammorna beskrev entusiastiskt om hur de nu lagar nya mer hälsosamma rätter.
- Efter lektionen om kvinnohälsa bokade samtliga en tid för gynekologisk kontroll och cellprovtag-ning hos barnmorskan.
- Vi har fått en mycket bättre kontakt och kan nu också lättare lotsa vidare till andra yrkeskatego-rier på vårdcentralen vid behov, även till andra samhällsaktörer.
- Flera av mammorna skulle kunna tänka sig ställa upp som stödperson för nyblivna föräldrar i kom-mande föräldragrupper (likt Doulafunktionen).
- Det framkom inget som mammorna saknade, då de inte hade några förväntningar på föräldraut-bildningen innan.
- Vi tolkar svaren på enkäten som att mammorna fått en ökad kunskap om egenvård, hälso- och sjukvården samt vad levnadsvanor kan ha för betydelse för hälsan.

Reflektioner och så här tänker vi om framtiden:

- Det finns ett stort sug och intresse av att lära mer om barn och familjeliv bland de somaliska föräld-rarna vi mötte.
- Vi har lärt oss att det talade ordet är det primära. Skriftlig information är däremot svårare att ta till sig och förstå. Många uttrycker att de vill lära sig mer svenska och önskar få skriftlig information som komplement.
- Många uppskattar att kunna ringa 1177 och kunna förklara och få råd på sitt hemspråk, men vi har idag inget avtal i Sörmland för den tjäns-ten. Det har vi uppmärksammat vår ledning och politikerna på.
- Vi planerar redan för nästa omgång föräldraut-bildning för somaliska mammor/ föräldrar.

Hälsoskola på andra språk

Vi hade upplevt att många unga kvinnor sökte vård-centralen för olika typer av smärtor och skador och

att många av dem var överviktiga och levde stilla-sittande. Vi bedömde att flera fanns i riskzonen för att utveckla metabolt syndrom. Parallellt med att vi funderade över hur vi skulle nå målgruppen fick vi en förfrågan från Afarföreningen i Brandkärr. De bad om hjälp att starta en aktivitet för att förbättra hälsan för och tillsammans med kvinnor aktiva i föreningen. Afarföreningen är en ideell hjälporga-nisation som är religiöst och politiskt obunden. Den arbetar för integration i Sverige och för att sprida information om afarer och deltar i olika projekt i delstaten Afar i Etiopien. I Afarföreningar är alla välkomna att delta och där blandas många olika na-tionaliteter.

Under hösten 2012 planerade vi och genomförde fyra hälsoträffar/hälsoskola samt en uppföljnings-träff. 10 kvinnor anmälde sig. Teman för träffarna var: Introduktion och allmän info samt test av mät-värden och utdelning av stegräknare, kost och mo-tion, sexualitet och kvinnohälsa, egenvård. Mätvär-den som längd, vikt, BMI, blodtryck, blodsocker, fettmängd och midjemått mättes vid första tillfället. Vid fjärde träffen samt vid uppföljningsträffen mät-tes vikt, BMI, midjemått och fettmängd.

I konceptet med hälsoskola ingick ledarledd fy-sisk aktivitet. I samråd med Afarföreningen be-stämde vi att testa stavgång. Korpen blev våra medarrangörer och ansvarade för aktiviteten med stavgång och bokade separata tider med deltagarna. Vi på vårdcentralen köpte in och delade ut stegräk-nare för att inspirera till aktivitet. Afarföreningen bad om hjälp med att finansiera kostnaden för stav-gång och stegräknare. Ingen avgift togs ut av del-tagarna för stavgång, stegräknare eller hälsoskola utan medel beviljades från Primärvården Sörmland för stegräknare och för Korpens engagemang.

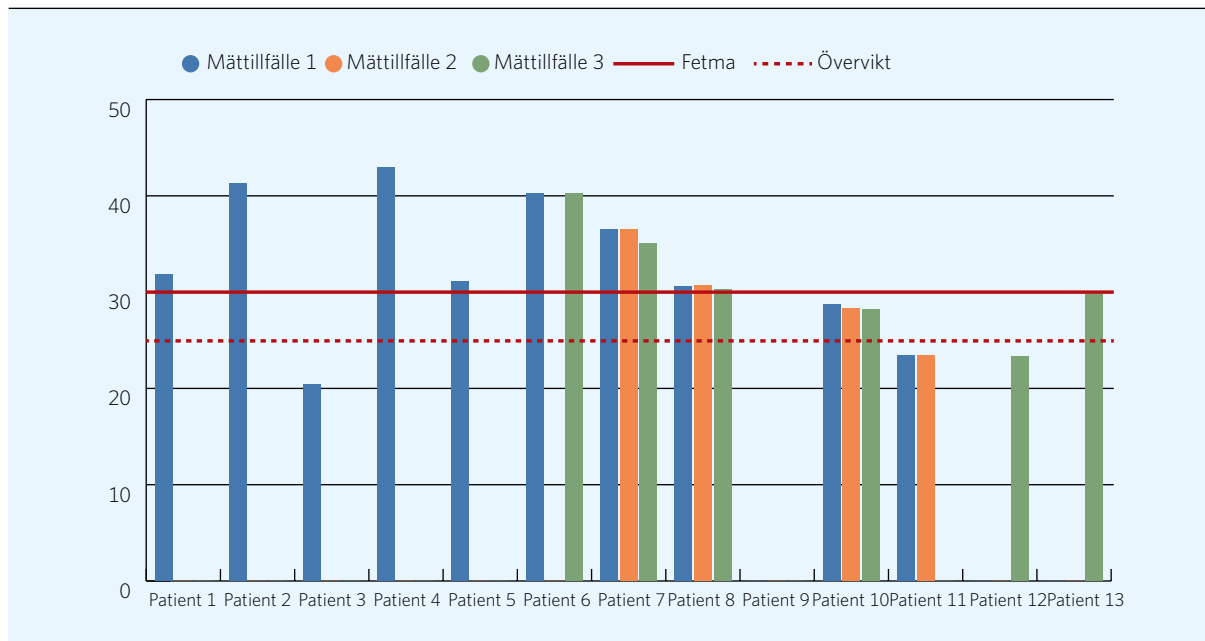
Några av de anmälda kvinnorna kom första till-fället till Hälsoskolan. Vid de andra tillfällena sak-nades några, men andra (ej anmälda) kom istället. Trots att kvinnorna själva önskat ha aktiviteten sen eftermiddag fanns flera hinder t.ex. träff med ar-betsförmedlingen, tvättstuga, ingen barnpassning m.m.

Hur mätte vi?

- Antal deltagare per tillfälle.
- Mätvärden vid 3 tillfällen, se nedan.
- Enkätutvärdering för deltagarna, som svarade på med tolkhjälp.

Vid första utvärderingen av mätvärden, såg vi att få hade minskat i vikt, midjemått, BMI m.m., se figur

FIGUR 25. Mätning av BMI vid Hälsoträffarna



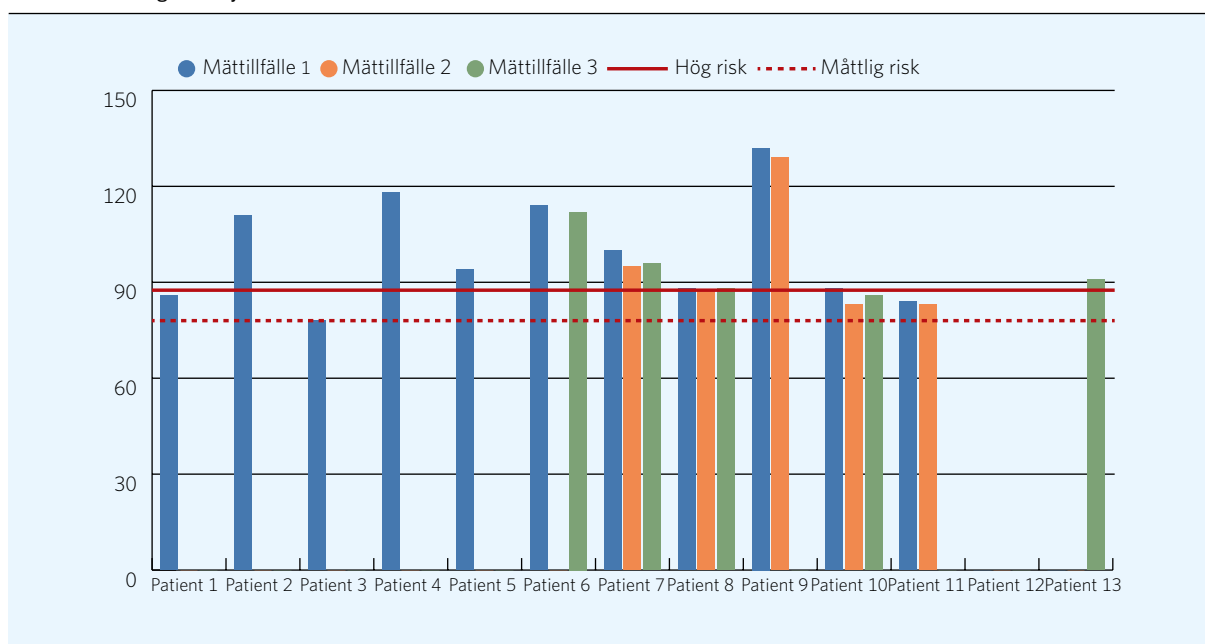
25, 26 och 27. Tiden mellan mätningarna var kort och det behövs längre tid för att förändra vanor och att få resultatförbättringar. Vid återträffen i april hade några av kvinnorna minskat i vikt sedan första viktmätningen och någon kvinna hade ökat i vikt. Flera av kvinnorna hade börjat tänka på kosten och vad de åt. De flesta beskrev att de hade minskat på sockerintaget och tagit trapporna istället för hissen. Stavgången hade inspirerat kvinnorna att ta promenader och upplevde att det var en bra motionsform.

Vi diskuterade att kvinnorna använde rikligt med olja när de lagade mat och hur måltiderna skiljde sig

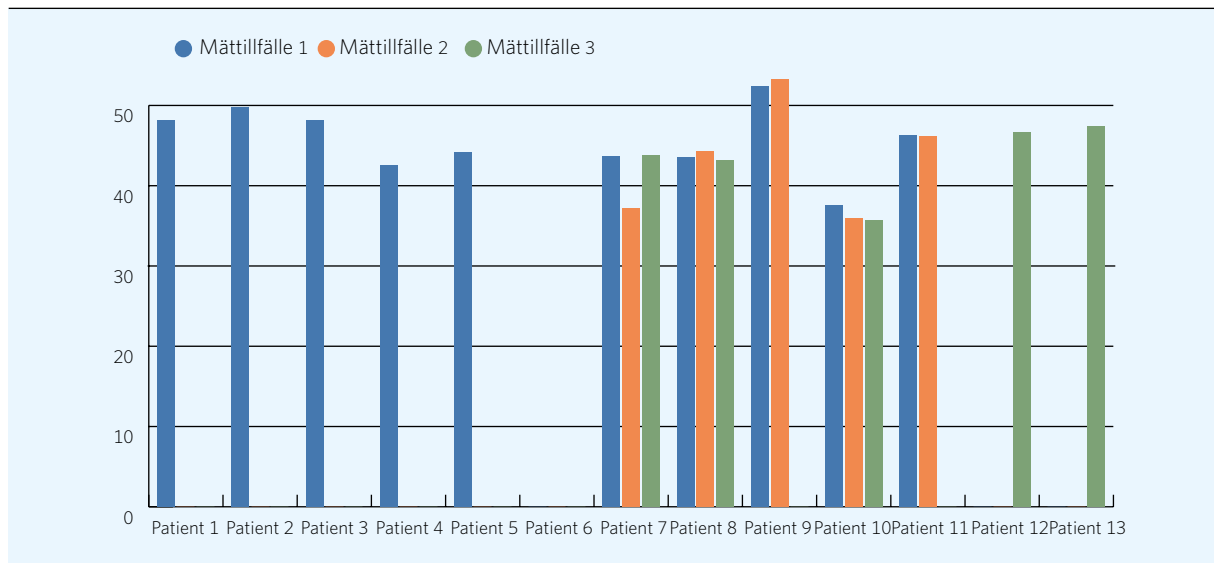
i Sverige kontra Somalia. På återträffen informerade kostansvarig på vårdcentralen Åsidan om kosten och hur en normal portion kunde se ut. Ett stort bord hade dukats upp med rotsaker och frukt. Rotsakerna visades råa, stekta och kokta och alla smakade. Många olika frukter och fruktsmoothies testades också. För många var både många grönsaker och frukter okända innan. Allt blev väldigt uppskattat och det blev mycket diskussion om olika tillagningssätt för rotsakerna och deras användningsområden.

Hälften av gruppen var efter hälsoskolan intresserade av Fysisk aktivitet på recept. Sjukgymnasten

FIGUR 26. Mätning av midjemått vid Hälsoträffarna



FIGUR 27. Mätning av fett vid Hälsoträffarna



i teamet har kallat dem för uppföljning och utskrivning av recepten. Två-tre kvinnor har fått recept men övriga väntar på att bli kallade. Dröjsmålet har berott på att sjukgymnasten slutat. Ansvaret för uppföljning tas nu över av en nyanställd sjukgymnast.

Det visade sig att några av stavgångstillfällena med Korpen hade ställts in och Korpen hade också ändrat på tiderna vid flera tillfällen, så det blev oklart för kvinnorna om det skulle bli en träff eller inte. Kvinnorna i gruppen upplevde det frustrerande eftersom de hade sett fram emot dessa motions-tillfällen. Ett flertal gånger tog de eget initiativ till stavgångspromenad, de bildade en telefonkedja och träffades för att promenera utan ledare. Vi nådde målet med vår testade aktivitet, att ge ökad kunskap om hälso- och sjukvården och egenvård, samt främja hälsan bland personerna som vi riktade vår insats till.

Reflektioner och så här tänker vi om framtiden: Vi kan se att dessa hälsoträffar/hälsoskola tillförde något bra för de som deltog och att vi med den här aktiviteten ökade förutsättningarna för kvinnorna att kunna påverka sina levnadsvanor och på så sätt främja hälsan.

Några hinder finns och som gör att vi i nuläget är osäkra på om, och i så fall hur, vi ska arbeta med hälsoskolor/hälsoträffar utifrån vår testade metod är t. ex. att:

- › Kvinnorna går på SFI och har svårt att komma ifrån dagtid. Kvällstid hade flera svårt att lämna sin familj p.g.a mat och tvätt.

- › Det var svårt att få en grupp med permanenta medlemmar; 8 kom till första träffen och till andra träffen kom 4 av den ursprungliga, men 3 nya tillkom.
- › Både ur ett arbetsmiljöperspektiv och för schemaläggning var det också svårt för personalen att förlägga aktiviteten kvällstid.

Men, vi har nu med lite perspektiv diskuterat att vi inte behöver sträva efter att alla deltagare måste delta varje gång utan att det kan vara berikande på flera sätt att nya deltagare kommer till träffarna. Egentligen har vi "lyckats bra", inser vi, eftersom ryktet spreds att träffarna var mycket givande. Vi kanske skulle kunna ha ett rullande program och rullande intag, likt modellen som t.ex. etablerade viktminskningsföretag använder. Vi har också funderat att om någon eller några vårdcentraler i kommunen i framtiden skulle samverka med oss. Då kanske förutsättningarna ökar att vi kan arbeta med liknande koncept?

De tre Sörmlandsteamerna som deltagit i Lärandeprojektet har diskuterat att medverkan vid SFI är ett mycket bra tillfälle att nå ut med information, många nås och det kan planeras vara en återkommande insats.

Vår erfarenhet under projektiden visar att vi där kan göra en bra insats för att nå många som redan har eller löper ökad risk för ohälsa. Där når vi nyanlända och kan ge information om hälso- och sjukvården och egenvård i tidigt skede.

Sörmlandsteamens verksamhetschefer och handledare har fått i uppdrag att presentera en länsgemensam modell som skulle kunna gälla i alla kommuner.

Information på fler språk

Vår ambition var att kunna tillhandahålla riktad information om vårdcentralen och egenvårdsråd på somaliska. Detta skulle följas upp genom att mäta antalet besök där egenvårdsråd delats ut och antalet besök där information om vårdcentralen delats ut.

Under projekttiden blev vi varse att ett flertal av de somalier som är bosatta inom vårt område och som vi ville nå med denna information är analfabeter och är därför inte vana att hantera skriftlig information. Den insikten fick vi dels genom de många patientmöten vi haft i våra olika gruppaktiviteter och dels genom samtal med Medborgarkontoret som finns inom området och andra nyvunna samverkanspartners som företräder somalierna. (T.ex. Afarföreningen, Zonta, samt de föreläsare vi lyssnat till.)

Därför satsade vi inte på denna aktivitet utan att istället alltid använda tolk vid planerade kontakter och kontakta somalisktalande muntligt.

Information på SFI

I början av projekttiden skapade vi tillfällen att möta flera av våra samverkanspartners kring nyanlända och invandrade grupper. Vid möten med Arbetsförmedlingen och kommunen framkom att när arbetsförmedlingen tog över etableringsansvaret för nyanlända från kommunerna, har vi tappat takten lite i vår samverkan kring hälso- och sjukvårdsfrågor. Eftersom det i SFI-undervisningen numera ingår 60 timmar obligatorisk närvaro för samhällsinformation, såg vi en möjlighet att genom vår medverkan, tidigt efter ankomsten kunna ge basal lokal information om hälso- och sjukvård, undervisning om levnadsvanornas inverkan på hälsan och om vanliga åkommor som kan behandlas med egenvårdsråd. Vi var öppna för deltagarnas behov och ville framförallt skapa goda kontakter och trygghet.

Information har nu getts vid två tillfällen till en nyanländ somalisk grupp på SFI. Det var 10 deltagare, både kvinnor och män, alla hade en låg utbildningsnivå. Vi hade tillgång till tolk på plats.

Vid två tillfällen á 1,5 timme informerade vi om svensk hälso- och sjukvård, att söka vård på rätt vårdnivå, vilka yrkesprofessioner man kan möta på en vårdcentral, levnadsvanornas betydelse för hälsan och egenvård. Efter varje tillfälle fanns en stund avsatt för frågor och många handlade om vägar in i sjukvården och hur gör jag vid olika sjukdomar.

Vi hade tagit fram ett bildspel för att konkret visa hur vårdcentralen ser ut både exteriört samt interiört med bilder på olika yrkeskategorier i aktion. Vi

hade också en bild på sjukhusets akutmottagning för att lättare kunna beskriva skillnaden mellan vårdnivåerna.

Vi delade ut Egenvårdsboken 1177, och informerade om hur man via webben kan söka information om hälso- och sjukvård på somaliska.

Personalen som deltog upplevde att de fick bra kontakt och att det var uppskattat att få möta företrädare för vården för att ställa direkta frågor. Lite problematiskt upplevdes att deltagarna inte kom vid utsatt tid. Det innebar att en del av tiden gick åt att upprepa informationen och eftersom vi hade begränsad tid så fick vi korta av viss information. Det var viktigt att vi fick frågestunden med gruppen. Vid ett bildspel om levnadsvanornas betydelse för hälsan märktes att informationen inte nådde fram. I bildspelet kom fram att ensamhet och stress ledde till ohälsa och det var helt okänt i denna grupp. Dessutom föreställde bilderna på motionsaktivitet blonda västerländska kvinnor i shorts och linne, vilket väckte en del reaktioner. Önskemål från gruppen fanns om fler tillfällen varav en specifikt om kvinnohälsan. En barnmorska från Familjecentralen deltog och utbildningen genomfördes i november tillsammans med sjuksköterska från vårdcentralen. Samtidigt gjordes en utvärdering. Vi gör en utvärdering med fastställda frågor efter tredje och avslutade träffen.

Reflektioner och så här tänker vi om framtiden: Trots att många ännu inte kan språket har det funnits önskemål om att vid SFI-undervisningen få broschyren Egenvårdsråd 1177. Lärarna vid SFI har uppskattat att få använda den i undervisningen, för att träna språkförståelse, parallellt med att lära sig mer om egenvård. Vi informerade om webbplatsen www.1177.se där man kan söka skriftlig information om många egenvårdsråd på somaliska. Men få har tillgång till internet i hemmet. Vid Medborgarkontoret finns däremot möjlighet att få hjälp att söka information.

Flera av våra patienter har uttryckt att de skulle uppskatta att kunna ringa 1177 och rådfråga om hälso- och sjukvård på sitt eget språk. Landstinget Sörmland har ännu inte den tjänsten. Ett pilotprojekt pågår i några landsting/regioner samt i en av Stockholms stadsdelar. Det planeras för att tjänsten ska bli nationell och bygger på ett trepartssamtal med tolk.

Vi upplever att det är oerhört bra att tidigt efter ankomsten till Sverige få möjlighet att ge nyanlända information, likt den vi genomfört under projekttiden. Vi tror på att prioritera SFI-undervisningen

och att det är det mest effektiva sättet att nå många och tidigt efter ankomsten till Sverige.

I gruppen som vi mötte under projekttiden kunde vi utifrån deltagarnas frågor och berättelser konstatera att många mådde ganska dåligt och troligen hade en ökad risk för en mer bestående ohälsa. Många hade t.ex. en synbart kraftig övervikt.

Få verkade förstå vad vi menar med sambandet mellan ”kropp och själ”. Vi har senare fått kunskap om att psykisk ohälsa inte är accepterad i den somaliska kulturen. Att vara psykiskt sjuk likställs där med att vara ”galen”, och då riskerar man att uteslutas ur den sociala gemenskapen.

Därför är också begreppet psykosomatiskt orsak till ohälsa okänt för de flesta av somalierna. Allt detta var en ny erfarenhet för personalgruppen och vi konstaterar att det troligen är en av orsakerna till att det tidigare uppstått problem i kommunikationen.

Via forskningen vet vi också att många somalier är predisponerade för diabetes, (ännu inte klarlagt varför).

Vi anser att nyanlända på ett mer strukturerat sätt än idag, behöver få relevant hälso- och sjukvårdsinformation för att bättre kunna påverka sin hälsa och vi ser att primärvården behöver få ett uttalat uppdrag.

Det pågår diskussion att kunna ge hälso- och sjukvårdsinformation som en del av den obligatoriska samhällsinformationen på SFI utöver ansvaret för Hälsosamtal för asylsökande eller nyanlända. Se ovan det uppdrag verksamhetscheferna och handledaren har fått.

Mål 2 – Ökad tillgänglighet och ett bra omhändertagande för de som kommer utan att ha bokat besök

Strukturerad bedömningsmottagning

Vårdcentralens personal upplevde att det var mer vanligt att individer ur den somaliska gruppen från bostadsområdet Brandkärr kom som uppdyk till vårdcentralen. Det uppstod ofta kommunikations-svårigheter på grund av språkbarriären. Många av patienterna var inte nöjda med bedömning av annan personalkategori än läkare. Det fanns en del klagomål på vårt bemötande och att vi inte lyssnade på patientens problem. Läkarna upplevde att de somaliska patienterna många gånger kunde fått bättre hjälp av andra yrkeskategorier initialt.

Alla som kom till vårdcentralen som uppdyk registrerades i receptionen under 8 månader och alla

fick träffa en mottagnings-sköterska för triagering samma dag. Besöken hos mottagnings-sköterskan journalfördes. De vanligaste besöksorsakerna var värk i ryggen, kroppen eller magen utöver symtom från övre luftvägar.

Speciella tider avsattes också till Bedömningsmottagning hos distriktssköterska. Tanken var att hon skulle kunna göra en djupare bedömning och då med tolk om behovet förelåg och alla bedömningar journalfördes. Samma distriktssköterska har ansvar för Brandkärrsmottagningen och besöken skulle kunna ske där eller på vårdcentralen utifrån patientens behov och önskemål.

Vi förde under 8 månader statistik på antalet uppdyk, d.v.s. ej föranmälda somaliska patienter som kom till mottagningen och som bokades till mottagnings-sköterskan samma dag, se figur 28.

Distriktssköterskan vid Bedömningsmottagningen förde logg initialt hur hon hanterade patienter som kom för djupare anamnes. Det visade sig bli endast ett fåtal patienter under mätperioden som kom till henne. Från början var det svårt för oss i teamet att se orsakerna. Vi trodde att det var svårt att få gehör för nytt arbetssätt i distriktssköterskegruppen eftersom tiderna till distriktssköterskan för djupare anamnestagning/bedömning inte hade utnyttjats. Tidigare hade det upplevts som ett stort problem för mottagningspersonalen att hantera dessa patienter.

Efterhand förstod vi att det istället hade skett en förändring i omhändertagandet när patienten kom som uppdyk. Orsaken tror vi i hög grad beror på ökad kunskap. Förändringen kom succesivt efter vår fortbildningsdag med kulturanthropolog. Vid arbetsplatsträffar talar vi oftare om värderingar och reflekterar tillsammans om det som upplevs svårt.

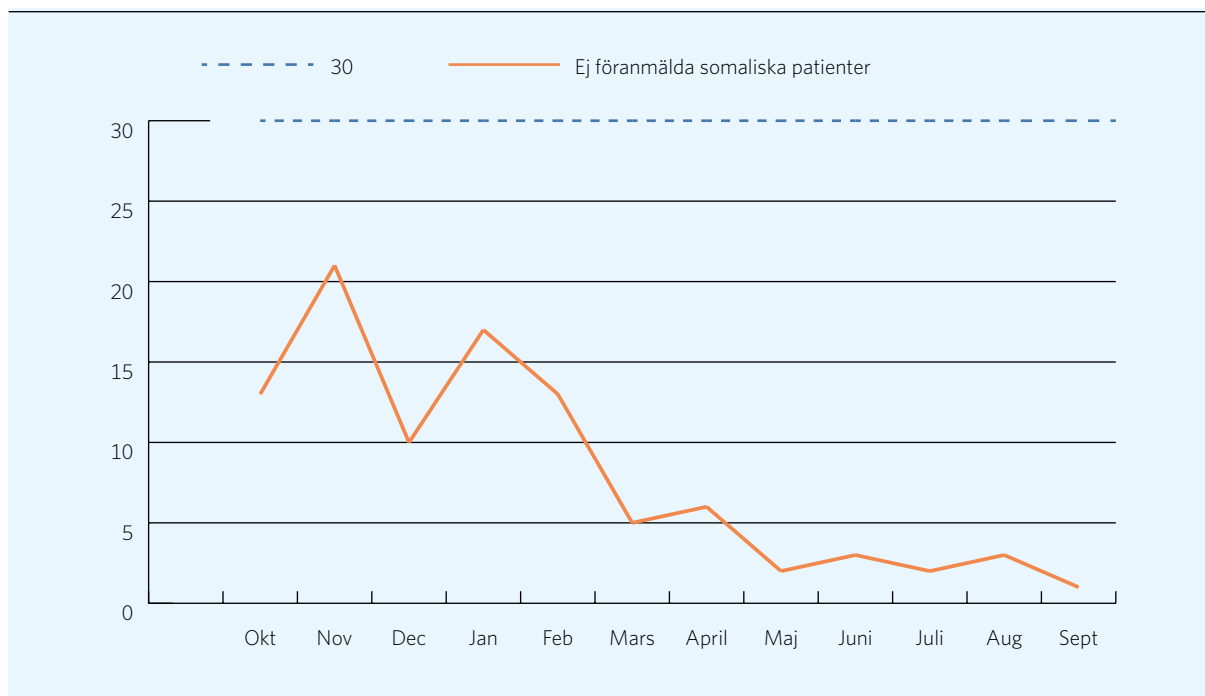
Mottagnings-sköterskorna hade blivit mer bekväma med att bemöta de somaliska patienterna och har inte längre problem med att triagera/bedöma. De ger nu råd och eller lotsar till rätt vårdnivå. Få patienter behöver sättas upp till Bedömningsmottagning.

Personalen har fått ökad kunskap om kulturell mångfald och har nu större förståelse – vid varje besök har vi tagit oss mer tid att lyssna in vad behovet är.

Reflektioner och så här tänker vi om framtiden: Det resultat vi beskriver är mer utifrån iakttagelser och bedömning än baserad på mätningar. Flera beskriver en allmänt förändrad attityd, som känns och märks påtagligt. Förändringen beskrivs t.ex. som att:

FIGUR 28. Antal ej föränmälda somaliska patienter, bokade till mottagningsköterska samma dag

Oktober 2012-september 2013 Vårdcentralen Åsidan - Receptionen



”Förr blev man som sjukgymnast förskräckt när det kom en somalisk patient, ofta med 4-5 personer till som sällskap. Vad och hur skulle man kunna göra för att hjälpa? Och vad vill alla som är med? Situationen kunde ibland kännas lite hotfull- för det var så svårt att kommunicera. Nu vet jag så mycket mera och kan mycket lättare förstå patientens situation”.

Vi har nu permanentat formen för Brandkärrsmottagningen. Distriktssköterskan kommer att ha mottagning i bostadsområdet en fast tid i veckan. Utöver Hälsosamtal finns det där utrymme för fördjupad bedömning och även möjlighet att kunna ta emot patienter som kommer utan att ha bokat tid. Brandkärrsmottagningen delar lokaler med Familjecentralen, vilket vi ser som ett stort mervärde.

Sedan tidigare finns Medborgarkontorets personal med i Familjecentralens verksamhet. Medborgarkontoret arbetar aktivt med integrationsfrågor i Brandkärr. Under projektiden har kontakterna och samverkan ökat och ett mer tydligt och direkt samarbete sker nu mellan Brandkärrsmottagningen, Familjecentralen, Vårdcentralen och Medborgarkontoret.

Vi har ökat förutsättningarna för ett bra omhändertagande och har nått målet att förbättra tillgängligheten och omhändertagandet för de som kommer utan att ha bokat en tid för besök.

Mål 3 – Förbättrad kunskap och förståelse i vården om kulturell mångfald och bättre bemötande

Utbilda personalen i kulturkompetens

Teamet har tagit del av intressanta föreläsningar och även inbjudit föreläsare till vårdcentralen. För att öka vår kompetens hade vi t ex en heldagsutbildning i ämnet ”Kulturell mångfald” med Rebecka Popenoe, fil dr i Socialantropologi och lektor på Karolinska Institutet. Alla yrkeskategorier på vårdcentralen deltog och en mycket erfaren medarbetare sa: ”Att jag inte fick veta detta för 10 år sedan – det hade jag behövt”.

Hösten 2013 inbjöds psykologen Yassin Ekdahl, som har somaliskt ursprung för att informera om det svåra att koppla ihop kropp och själ och smärta hos den somaliska gruppen.

Andra aktiviteter under projektiden

- ✦ Samordnare och integrationshandläggare vid Medborgarkontoret.
- ✦ Afarföreningens ordförande och en nära medarbetare.
- ✦ Flera ur teamet deltog i en läns-gemensam workshop om somalisk kultur som anordnades av Länsstyrelsen i Sörmland.
- ✦ Rebecka Popenoe (kulturanthropolog) fortbildade under en heldag hela personalgruppen, så gott som alla deltog.

- Somaliska kvinnor kom på studiebesök kvällstid på förfrågan/initiativ från Zontaföreningen i Nyköping.
- Yassin Ekdahl, psykolog med somaliskt ursprung, föreläste en halv dag, då drygt 50 procent hade möjlighet att delta. Även personal från den närliggande Vårdcentralen Ekensberg, bjöds in.
- Värderingsövningar har genomförts på arbetsplatsträffar. Vi har också i högre grad än tidigare diskuterat sådant som är svårt att hantera. På arbetsplatsträffar har vi också från teamet delat med oss från olika föreläsningar vi haft vid lärandeprojektets lärandeseminarier.
- Större delen av personalstyrkan har varit med på APT och fått information. Av 40 personer så har alla nåtts av någon form av kunskap om kulturella olikheter och likheter.

Vi märker en större lyhördhet och förståelse hos personalgruppen efter utbildning i kulturkompe-

tens. Vi har nått vårt mål och har nu en förbättrad kunskap och förståelse i vården om kulturell mångfald och upplever själva att vi har ett bättre bemötande.

Reflektion och lärdomar

Det har gett oss alla så mycket kompetens på olika plan och en ökad förståelse för människor från andra kulturer. Alla som deltagit i teamet är mycket intresserade och angelägna att få föra ut denna kunskap till kollegor och arbetskamrater, både via informella samtal och i mer formaliserade former.

Vi har sett att vi kan göra skillnad genom ett annat sätt att bemöta. Att ge vård på lika villkor innebär för oss att kunna se olikheter i vårdbehovet och att anpassa vårt agerande utifrån individens behov.

Lärandeprojektet Vård på lika villkor

Ett nationellt projekt för en mer jämlik första linjens vård

Vem är den ”normala” patienten? Finns det en sådan? För vem planerar och utför vi vården? Vilka är det som kanske har ett behov av vård men som inte kommer fram till vården? Finns det arbetssätt och metoder som kan göra vården mer jämlik? Till dessa frågor finns inga självklara svar och därför initierades Lärandeprojektet Vård på lika villkor genom en överenskommelse mellan SKL och staten.

I denna rapport redovisas arbetet i Lärandeprojektet Vård på lika villkor som påbörjades hösten 2011 och avslutas våren 2014. Syftet med projektet har varit att öka jämlikheten i första linjens vård inom resurssvaga områden genom att testa, utveckla och identifiera effektiva arbetssätt och metoder för en mer jämlik vård.

I detta förbättringsarbete har sju vårdverksamheter inom första linjens vård medverkat. Alla har i sitt teamarbete gemensamt arbetat med projektets målområden.

Det har skett förbättringar inom projektets alla fyra målområden. Genom en kombination av både värdegrundsarbete och mätningar har teamen hit-

PROJEKTETS MÅLOMRÅDEN

- › Förbättra tillgängligheten för de grupper som inte nås av vården idag och är särskilt utsatta för ohälsa.
- › Förbättra kommunikationskompetensen inom vården.
- › Förbättra tillgängligheten till hälsofrämjande och förebyggande insatser.
- › Förbättra patientnöjdheten.

tat nya metoder och arbetssätt för att nå de som inte nås idag men har behov av vård, utvecklat arbetssätt och metoder för en mångfaldig kommunikation och ett bättre bemötande samt fått möjligheten att normkritiskt granska traditionella arbetssätt. Resultaten visar att för att kunna anpassa vården behöver varje vårdverksamhet ta reda på hur när-områdets befolkning har det och vilka faktorer runt om patienterna som påverkar mottagligheten av vård och behandling.



Vård på lika villkor – ett lärandeprojekt

Arbetsätt och metoder för en mer jämlik första linjens vård

I denna rapport redovisas lärandeprojektet Vård på lika villkor, en överenskommelse mellan SKL och staten som genomförts 2011 - 2014. Syftet med projektet har varit att öka jämlikheten i första linjens vård genom att testa, utveckla och identifiera effektiva arbetsätt och metoder. I detta förbättringsarbete har sju vårdverksamheter medverkat.

Det har skett förbättringar inom projektets samtliga målområden. Genom en kombination av värdegrundsarbete och mätningar har deltagarna hittat nya metoder och arbetsätt för att nå de som inte nås av vården idag, för att kommunicera så att alla förstår och ge ett bättre bemötande. De har även fått möjligheten att normkritiskt granska traditionella arbetsätt.