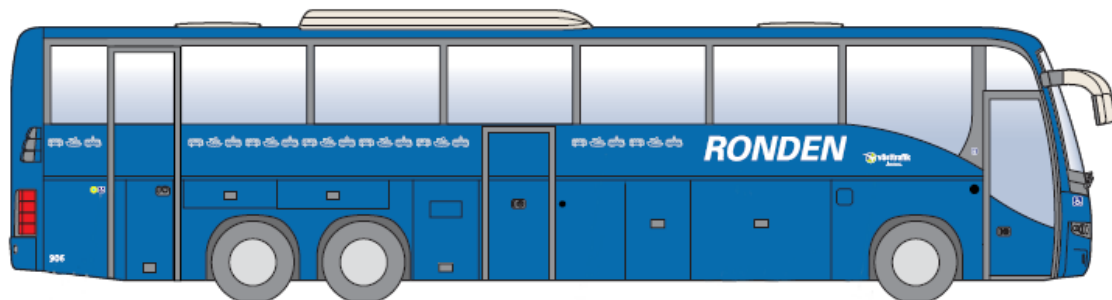




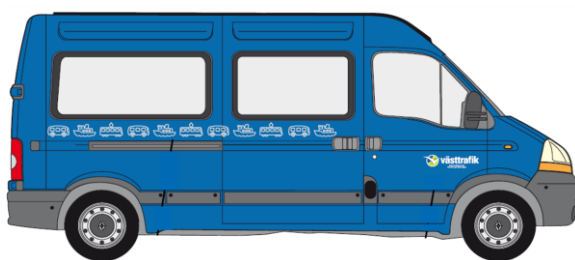
GÖTEBORGS UNIVERSITET
HANDELSHÖGSKOLAN

Sjukvården tur och retur

- *effektivisering av Västra Götalandsregionens sjukresor genom ökad samordning*



©Copyright Västrafik



©Copyright Västrafik

Seminariearbete på kandidatnivå i
logistik

Handelshögskolan vid Göteborgs universitet
vårterminen 2012

Författare:

Eric Lindblad

Mattias Isaksson

Födelseårtal:

1990

1989

Handledare: Jerry Olsson

Förord

Ett stort intresse för logistik och persontransporter, hos båda författarna, har utgjort ledstjärnan för den här kandidatuppsatsen. Vi ville hitta ett område att arbeta med som inte var alltför omskrivet sedan tidigare. Efter att vi genomfört ett intensivt tankearbete och förkastat flera olika idéer fick vi till slut upp ögonen för anropsstyrd trafik. Den sortens trafik tycker vi är en intressant nisch och ett bra komplement till den allmänna linjebundna kollektivtrafiken. Trogligtvis kommer anropsstyrd att öka i omfattning framöver. Inom det här fältet dök sjukresor upp. Vid närmare efterforskning upptäcktes att få studier kring sjukresor fanns men att utvecklingspotentialen verkade stor. Det var en utmaning vi inte kunde motstå att ta oss an. Vi är således mycket stolta över att helt själva ha kommit fram till att skriva om ämnet sjukresor, utan påverkan eller styrning från externt håll. Det har varit en intressant och utvecklande resa i sig att skriva uppsatsen och vi tar med oss många lärdomar från detta arbete. Det hoppas vi att även du som läsare skall göra!

Det är vår förhoppning att resultaten i uppsatsen intresserar och att de kan bidra till att utveckla sjukreselinjer och öka beläggningen på dessa. Ett samordnat och effektiviserat sjukresande är bra för skattebetalarna, landstingen och sjukresenärerna; ja för samhällsekonomin i stort.

Kandidatuppsatsen har skrivits under den sjätte och sista terminen på Handelshögskolans logistikprogram och det har på många sätt varit väldigt intressant att arbeta med den. Uppsatsens inriktning kännetecknas av en kulturgeografisk prägel. Till vår hjälp har ett stort antal personer stöttat oss, vilka vi här vill tacka särskilt. Lars Wollter och Jonas Johansson på Västtrafik har bidragit med sakkunnande i ämnet sjukresor och bistått med platsbokning på sjukreselinjerna samt gett oss värdefulla data. Lena Martinsson på Västra Götalandsregionen har hjälpt oss att förstå det regelverk som finns för sjukresor i regionen samt gett oss en sammanställning på sjukresornas kostnader de senaste sju åren.

Vi vill också varmt tacka all personal på Jumbolans AB som tagit väl hand om oss under våra resor med Ronden samt varit oss behjälpliga med datainsamling. Deras nyfikenhet och välvilliga inställning kring vårt projekt har varit inspirerande att få ta del av. Ett stort tack vill vi också rikta till Henric Fuchs och Emilia Rapp på Landstinget i Västernorrland. De bjöd in till ett väldigt intressant möte om sjukresor och delade med sig de erfarenheter de samlat på sig efter arbetet med en sjukreseutredning för Västernorrlands läns landsting. Därtill vill vi även tacka Jennie Fassé på Samres beställningscentral i Falköping, då hon på ett trevligt och informativt sätt visade oss hur de arbetar med att boka sjukresor.

Vårt största tack förtjänar vår eminenta handledare Jerry Olsson. Med säker hand har han guidat oss på de krokiga vägar som kallas forskningsprocessen. Hans stöd och goda råd har varit oundgängliga för oss och en stor trygghet under arbetets gång. Med bestämdhet, envishet och tydlighet har han lyst upp vår väg. Med ett engagemang av sällan skådat slag och stor stöttning har han även satt en guldkant på vår resa och vänt vissa tvivel till hopp och förväntan.

Vi önskar en trevlig läsning.

Eric Lindblad

Mattias Isaksson

Göteborg, maj 2012

Sammanfattning

Att det finns ändamålsenliga transportlösningar för resor till och från sjukvården är av största vikt för att skapa tillgänglighet till rätt vård, i rätt tid och på lika villkor. Ökad centralisering av sjukvård och en allt äldre befolkning medför att transportbehovet ökar. Tidigare studier har främst behandlat akuta sjuktransporter med ambulans. Liten uppmärksamhet har riktats mot sjukresor av icke-akut karaktär samt hur det regelverk som finns för sjukresor påverkar valet av färd sätt. Samtidigt har det i tidigare forskning visat sig att det finns särskilda transportbärare som påverkar kvinnors mobilitet.

Uppsatsens syfte är att öka vår förståelse för hur sjukvårdsrelaterade resor i Västra Götaland kan effektiveras. Empiriskt undersöks detta genom att närmare studera kvinnors preferenser vid val av regionens sjukreselinjer som kallas för Ronden.

Datansamling har skett genom en enkätundersökning som delats ut till kvinnor ombord på Ronden. Respondenternas medelålder var 65,5 år. Av 101 tillfrågade valde 91 stycken att besvara enkäten. Det innebar en svarsfrekvens på 90 procent. Enkätundersökningen har även kompletterats med intervjuer med nyckelpersoner som arbetar med sjukresor på olika sätt.

Resultatet från undersökningen har kopplats till relevanta teorier inom ämnet. Mobility Management är en av dem. Den teorin syftar till att med mjuka styrmedel påverka beteenden som ger ett hållbart transportsystem. Även en teori om faktorer som påverkar färd sättsval har använts. Studier inom detta område har främst riktats mot allmän kollektivtrafik. Inga studier har gjorts kring vilka faktorer som är viktiga vid resor med sjukreselinjer. För att kunna sänka kostnaderna för sjukresor är samordning något som diskuteras. Inspel från Sjukreseutredningen och Samreseutredningen förekommer. En kortare inblick till varför informationsteknik (IT) är viktigt för transporter ges också.

Uppsatsens slutsatser visar att Ronden spelar en central roll för mobiliteten hos äldre kvinnor med låga inkomster. Utan transporter som Ronden finns en risk för social exkludering bland dessa personer. Majoriteten av de äldre kvinnor som reser med Ronden kan dock ses som mobila. Många har körkort och tillgång till bil men väljer ändå att åka med Ronden, trots längre restider. Det har visat sig att tryggheten som Ronden erbjuder är avgörande för deras färd sättsval. Att resan är trafiksäker är en helt nödvändig faktor för att välja Ronden vid sjukresa. För att öka bussarnas beläggning från dagens låga nivåer föreslås ett antal åtgärder. De syftar alla till att minska kostnaderna för sjukresor, vilket kan ske genom ökad samordning. Förbättrad information om Ronden har identifierats som en nyckelfaktor för att kunna öka resandet. Det planeringssystem som används av beställningscentralen för att boka sjukresor är inte ändamålsenligt efter Rondens trafikupplägg och ett byte av mjukvara skulle vara gynnsamt. Ett öppnande av Ronden i Fyrbodalen för allmänna kollektivtrafikresenärer är även något som bör övervägas. Dagens resenärer är i majoritet positiva till en sådan förändring.

Nyckelord: icke-akuta sjukresor, sjukreselinje, samordning, mobilitet, färdmedelsval.

Abstract

The presence of expedient transport solutions to and from hospital care is of great importance. Hospital care is developing to become more centralized. That in combination with an increasing number of elderly people will increase demand of patient transport in the future. Previous studies have to a great extent focused on emergency transport with ambulances. Little attention has been given to non-emergency patient transports and how the regulation of such transports influences how people choose mode of transport. So to provide knowledge and elucidate this subject is important.

This paper seeks to increase our understanding of how the non-emergency health related transport system in the county of Västra Götaland, Sweden can become more cost efficient. Focus will be on the hospital transport routes named Ronden. The factors that explain the utilization rate and how the utilization can be improved on Ronden are examined. The attention is directed towards women who in previous studies have been described as the most frequent users of hospital transport routes and public transport.

A survey has been conducted onboard Ronden where 91 women responded. That gave us a response rate of 90 percent. The average age of the respondents was 65.5 years. The survey has been supplemented with a number of interviews with key people working with non-emergency patient transports.

The results from the survey have been analyzed in relation to relevant theories within this field. One of them is the theory of Mobility Management which with soft incitements aims to influence people's choice of transport mode. The goal is to achieve a sustainable transport system. A theory that describes the factors that influence the choice of transport mode is presented. The theory bases its results mainly on commuters riding cars or public transport. No previous studies have been made that introduces factors important to persons riding non-emergency patient transports. A review of official reports of the Swedish Government regarding non-emergency patient transports is given. A shorter presentation to why Information Technology is important to transports is also made.

One of the conclusions is that Ronden is playing a central role for the mobility of elderly women with low incomes. A risk that faces people among this group without transports like Ronden is social exclusion. In spite of that the majority of women travelling with Ronden are to be considered mobile. They have a driving license and access to a car but choose not to use it, even though travel times are longer with Ronden. It has shown that the feeling of increased traffic safety using Ronden is crucial. A number of measures are introduced to improve the utilization rate on Ronden. Improved and accessible information about Ronden is identified as a key factor to increase the low usage of Ronden services. The transport management system used today is not designed to suit its purpose and a change of software would be favorable. To open Ronden in the Fyrbodals area for regular commuters should be considered. Today's users are positive to a change in that direction.

Key words: *non-emergency patient transport, hospital transport route, coordination, mobility, mode of transport selection.*

Innehållsförteckning

1. Inledning.....	1
1.1 Introduktion	1
1.2 Kunskapslucka i tidigare forskning.....	2
1.3 Färd sätt vid sjukresa i Västra Götalandsregionen	4
1.4 Syfte och frågeställningar	5
1.5 Begreppsförklaringar	5
1.6 Disposition	7
2. Tidigare studier om vårdrelaterade resor och äldres mobilitet.....	9
2.1 Vetenskapliga rapporter och artiklar	9
2.2 Icke-vetenskapliga rapporter och artiklar	10
3. Teoretisk referensram.....	15
3.1 Mobility Management.....	15
3.2 Faktorer som påverkar färdmedelsval	15
3.3 Samordning av samhällsbetalda transporter	17
3.4 Transporter och IT	19
3.5 Teoretisk diskussion	19
4. Tillvägagångssätt.....	21
4.1 Kvalitativ förstudie	21
4.2 Induktiv ansats.....	21
4.3 Datainsamlingsmetod	22
4.3.1 Sekundärdata	22
4.3.2 Primärdata	23
4.4 Analysmetod	29
4.5 Reliabilitet och validitet.....	29
4.6 Källkritik	30
5. Sjukresor i Västra Götalandsregionen.....	31
5.1 Synen på en sjukresa	31
5.2 Regeltillämpning vid sjukresa	32
5.3 Vårdgaranti och kömiljard	33
5.4 Ökade kostnader för sjukresor	34
5.5 Sjukreselinje Ronden.....	39
6. Resultat från intervjuer.....	41
6.1 Västtrafik	41
6.2 Jumbolans personal.....	42
6.3 Landstinget i Västernorrland	44
6.4 Samres	46
7. Resultat och analys.....	49
7.1. Vilken roll spelar Ronden för att tillgodose äldre kvinnors mobilitet för resor till och från sjukvården?	49
7.2 Vilka bakomliggande faktorer påverkar beläggningen på sjuk- reselinjerna Ronden i stråket mellan Fyrbodal och Göteborg?	52
7.3 Hur kan resandet med Ronden öka för att minska kostnaderna för sjukresor?.....	56

8. Slutsatser och slutdiskussion	63
8.1 Slutsatser	63
8.2 Avslutande diskussion.....	66
Källförteckning	71
Bilaga 1	75
Bilaga 2	76
Bilaga 3	77
Bilaga 4	82

Index över diagram

Diagram 4.1 Respondenternas ålder procentuellt fördelat på åldersgrupper.....	27
Diagram 5.1 Kostnadsfördelning för allmän och särskild kollektivtrafik i Västra Götaland ...	35
Diagram 5.2 Totala kostnader för sjukresor i Västra Götaland 2005-2011	35
Diagram 5.3 Antal sjukresor i Västra Götaland 2005-2011 med samtliga färdstätt.....	36
Diagram 5.4 Antal sjukresor med taxi i Västra Götaland 2005-2011 samt dess kostnader..	36
Diagram 5.5 Antal sjukresor med egen bil i Västra Götaland 2005-2011 samt dess kostnader	37
Diagram 5.6 Antal sjukresor med Ronden i Västra Götaland år 2010-2012.....	38
Diagram 5.7 Procentuell fördelning av färdstätt vid sjukresa i Västra Götaland under 2011.	39
Diagram 7.1 Färdstätt till eller från Rondens hållplats.....	50
Diagram 7.2 Respondenternas uppfattning om att tillåta allmänheten resa med Ronden....	58
Diagram 7.3 Antal dagar från respondenternas bokning till resa med Ronden	59

Tabellförteckning

Tabell 4.1 Respondenternas årliga hushållsinkomst, fördelat på antal personer över 18 år i hushållet	27
Tabell 5.1 Egenavgifter vid sjukresa i Västra Götalandsregionen.....	33
Tabell 7.1 Antal resor med Ronden senaste 30 dagarna samt fördelning på typ av sjukbesök.....	51
Tabell 7.2 Faktorer som påverkar beläggningen ombord på Ronden	52
Tabell 7.3 Restid med Ronden jämfört med bil på sträckan Sahlgrenska-Uddevalla.....	55

1. Inledning

Kostnaden för sjukresor har eskalerat de senaste åren i Västra Götalandsregionen. Uppsatsen ämnar belysa hur sjukresor kan samordnas genom att fler åker med sjukreselinjer. Det kommer att studeras med hjälp av en enkätundersökning som vänder sig till kvinnliga resenärer, som idag åker med sjukreselinjen Ronden.

1.1 Introduktion

Logistik inom sjukvård

Begreppet logistik har på senare år tagit klivet ut från tillverkningsindustri och förekommer numera inom en rad olika branscher och verksamheter. En ökad medvetenhet kring helheten och det färdiga resultatet har kommit att få en allt större betydelse på ett strategiskt plan i många företag. Detta eftersom logistik är starkt sammankopplat med ekonomi och lönsamhet. Genom att anlägga en logistisk syn på arbetet inom sjukvården är målet att öka tillgängligheten, förbättra effektiviteten och kvaliteten. Med logistik som systemsynsätt vill man få ett helhetsgrepp över materialflöden och hitta en så optimal användning av resurser som möjligt. (Arvidsson, 2007). Den här interna synen på logistik syftar till att finna ändamålsenliga arbetsprocesser som i slutändan kan förbättra patientflödena och korta vårdköerna. Vad som dock inte är lika omtalat i sammanhanget är hur patienter tar sig till och från sjukhus och hur dessa transportflöden ser ut. Detta externa perspektiv på logistik är också en del av vårdkedjan, något som ofta glöms bort.

Centralisering av sjukvård

Det finns olika skäl till att sjukhusvården centraliseras, där ett av de mest framträdande är att minska kostnaderna för vård och behandling. I takt med att behandlingsmetoder blir mer avancerade ökar specialiseringsgraden av sjukvård. Det bidrar till att kostnaderna för hälso- och sjukvård ökar. Centralisering gör att vårdresurser kan användas gemensamt i större utsträckning och det ger i förlängningen upphov till skalfördelar. Genom att erbjuda viss typ av vård på ett begränsat antal platser blir det samtidigt lättare att uppnå ett standardiserat arbets sätt som ger en ökad effektivitet i utförandet. (KPMG, 2010). För patienten kan centralisering innebära att det medicinska omhändertagandet och vårdkvaliteten blir bättre, när ett helhetsgrepp kan tas om vissa sjukdomar på ett och samma sjukhus. Specialiseringsgraden gör vidare att det krävs ett tillräckligt stort patientunderlag för att uppnå kostnadseffektivitet i vårdproduktionen. Detta underlag kan skapas genom centralisering, då patienter med likartade diagnoser behandlas på samma ställe. (Socialstyrelsen, 2012). I Västra Götalandsregionen är en stor del av sjukvården centraliserad till Göteborg och Sahlgrenska Universitetssjukhuset, som står för omkring 45 procent av regionens totala sjukhusvård (Ds, 2003). Sahlgrenska tillhör ett av de största universitetssjukhusen i Europa. De erbjuder högspecialiserad vård och de mest avancerade behandlingar som går att utföra med dagens medicinska kunnande. Många patienter från olika delar av Västra Götaland besöker Sahlgrenska för att ta del av behandling på någon av sjukhusets avdelningar och varje dag sker där 2200 läkarbesök (Sahlgrenska, 2012).

Åldrande befolkning medför ökad vårdkonsumtion

I rapporten "Befolknings- och vårdkonsumtionsutveckling fram till år 2020" studeras hur vårdkonsumtionen kommer att förändras fram till år 2020 och hur en förändrad ålderssammansättning påverkar hälso- och sjukvården med fokus på Göteborgsområdet.

Folkmängden i Västra Götalandsregionen kommer enligt rapporten att öka med 100 000 invånare mellan 2010 och 2020. Åldersgruppen 60-79 år förutspås bli den grupp som kommer att öka kraftigast, med 40 000 personer. Att antalet äldre blir betydligt fler beror till stor del på en förbättrad folkhälsa. Bättre levnadsvanor gör att många blir äldre och friskare, men samtidigt ökar också antalet äldre personer med kroniska sjukdomar. Kostnaden för sjukvård ökar ju äldre personen i fråga blir. (VG-Region, 2012a). Den här utvecklingen gör också att efterfrågan på sjukresor kommer att öka kontinuerligt. Därför gäller det att resandet ökar på ett sätt som är hållbart både ur ett miljömässigt och kostnadsmässigt perspektiv. I Västra Götalandsregionen genomfördes mellan april-juni 2011 en folkhälsoenkät bland invånare som var i åldrarna 16-84 år. Resultaten finns sammanställda i rapporten "Hälsa på lika villkor i Västra Götaland 2011". De visar bland annat att den äldsta befolkningen i regionen bor i Fyrbodalen och Skaraborg. Även här är fetma och övervikt mest utbredd (VG-Region, 2012b).

1.2 Kunskapslucka i tidigare forskning

Två huvudtyper av persontransporter kan identifieras till ett sjukhus: akuta och icke-akuta. Den här uppsatsen ämnar behandla de sistnämnda. Tidigare forskning har i stor utsträckning varit inriktad på att utreda färd-sättsval vid resa till akutsjukvård. En studie av Young *et al.* (2003) har använt regressionsanalys och för att identifiera faktorer associerade med färd-sättsval till sjukvård i landsbygdskommuner vid tillstånden livshotande, allvarliga och mindre allvarliga. Studien utreder hur ambulansanvändandet skiljer sig mellan olika åldersgrupper kopplat till sjukdomstillstånd. Studiens slutsatser handlar bland annat om att ytterligare forskning behövs kring de faktorer som påverkar valet av transportsätt för resa till sjukvården.

Transportforskningsenheten vid Umeå universitet (TRUM) har gjort en kartläggning av färd-tjänsten i Sverige med fokus på glesa bygder. Denna studie visar att det finns skäl att fortsätta studera hur samhällsbetalda resor utvecklas och även inkludera sjukresor i en sådan undersökning. Deras framställning visar att färdtjänstberättigade upplevt en försämring av färd-tjänsten under den senaste tioårsperioden. Förklaringar till dessa upplevelser går att finna på ett individuellt plan sammankopplat med personens sociala kontext. Författaren lyfter även fram det faktum att det i många kommuner finns svårigheter med att koordinera logistiken mellan kollektivtrafik, sjukresor och färdtjänst. Många kommuner är inriktade på att hitta alternativa transportlösningar till färdtjänst för funktionshindrade i syfte att minska kostnaderna för färdtjänst. (Strömberg, 2011). Färdtjänst är, precis som sjukresor tillsammans med linjetrafik och skolskjuts, en form av samhällsbetalda transporter. Trots det har lite studier genomförts som utreder hur sjukresor kan effektiviseras för att minska dess kostnader. I rapporten från TRUM beskrivs att enkätundersökningar använts för att få reda på resenärernas uppfattningar om färdtjänsten (Ibid).

Jaslow *et al.* (1998) menar i en studie att alternativa transportkoncept till akuta ambulans-transporter behöver utredas vidare. Transportbarriärer som sjukresenärer upplever har kartlagts av Shook (2005). Han pekar på att beläggningen i fordonen i ett sjukresesystem kan öka genom bättre information om resmöjligheterna. Vidare tar han upp att tillgängligheten till privata vårdinrättningar är dålig eftersom samhällsplanerare i första hand tillgodoser tillgänglighet till offentliga faciliteter. I och med en ökad privatisering av sjukvård kan det antas att tillgängligheten kan komma att försämrats ytterligare. Hains *et al.* (2011) har utrett icke-akuta sjukresor med fokus på kvalitets- och säkerhetsaspekter. De nämner att ämnet inte har studerats i någon större omfattning tidigare.

I en artikel av Huggins och Shugg (2008) framgår att den icke-akuta transportsektorn kommer att öka i omfattning och dess utförande kommer förändras med anledning av en åldrande befolkning och förändrade vårdbehov. Sjukvård som blir alltmer mer specialiserad kommer att skapa dessa förändringar.

Då samhällsbetalda transporter av olika slag skall samordnas ställer det krav på lämpliga systemstöd, som kan optimera fordonsanvändningen, säkerställa punktlighet och minimera antal utförda fordonskilometer genom att skapa effektiva rutter. Inom detta område finns redan mycket forskning kring utvecklandet av planeringsalgoritmer för anropsstyrd trafik och vilken besparingspotential sådana verktyg kan medföra. Därför är det inte av intresse för den här uppsatsen att utreda det vidare. (Häll, 2009). Däremot har det inte tidigare studerats hur centralisering av sjukvård, val av olika färdsätt och beläggningen på dessa påverkar kostnaderna för sjukresor.

Icke-akuta sjukresor har inte diskuterats i någon större omfattning tidigare i jämförelse med akuta sjukresor. (Jhonson, 2011). Men frågor kring resor till och från planerad vård berör flera olika intressenter så som skattebetalare, regioner/landsting, vårdgivare samt patienter och är därför intressanta att undersöka närmare.

Resande bland kvinnor och män

Kvinnor berättigas färdtjänst i högre utsträckning än män. Det gäller i fler än dubbelt så många fall. Därför finns det skäl att tro att kvinnor har svårare för att ta sig fram i transportsystemet än vad män har. Sett till körkortsinnehav så har män i alla åldrar ett litet övertag jämfört med kvinnor. Dessa skillnader är dock så pass små att de inte kan förklara de stora skillnaderna till färdtjänstberättiganden mellan män och kvinnor. Vid studerandet av vilka åldersgrupper som beviljas färdtjänst så är personer i åldrarna 65 till 80+ överrepresenterade. (Strömberg, 2011). Banister och Bowling (2004) har undersökt livskvalité bland äldre utifrån en transportdimension. Resultaten visar att 75 procent av personer över 65 år har tillgång till bil i någon utsträckning. Av äldre män är det 70 procent som har körkort samtidigt som siffran för kvinnor är 20 procent. Två faktorer har lyfts fram som viktiga för äldre. Den första handlar om att ha tillgång till en pålitlig bil som de klarar av att manövrera och den andra faktorn handlar om att det finns en pålitlig och tillgänglig kollektivtrafik. Kvinnors upplevda livskvalité är enligt artikeln högre i unga år för att sedan minska med ökad ålder. För män är det tvärt om.

Utvecklingen av resande bland äldre är störst för kvinnorna. Mellan åren 1986 och 1998 har deras resande ökat med 18,8 procent medan samma siffra för män är 12,2 procent. Under samma period har distansen på de resor som äldre kvinnor genomför ökat med 44,6 procent jämfört med 40,4 procent för män. Det är i gruppen kvinnor 80+ som den absolut största förändringen går att finna. Här har en ökning i rest distans skett med 71 procent. (Banister och Bowling, 2004). Äldre kvinnor är inte representerade som bilförare i samma utsträckning som män. Istället är de i mycket fler fall bilpassagerare. Kvinnorna reser också med buss i långt fler fall än vad männen gör. Antalet äldre ökar i samhället och hälsa och välbefinnande blir samtidigt bättre. En ökning av efterfrågan på transporter den kommande 20-årsperioden förväntas därför ske (Ibid).

1.3 Färdsätt vid sjukresa i Västra Götalandsregionen

Resor till och från sjukvård är något som ökar i omfattning och upptar en större del av samhällets budget för offentligt finansierade resor. Dessa sjukvårdsrelaterade transporter spelar en avgörande roll för att patienter skall få vård. Utan transporter kan vårdtagare inte få någon behandling. Transportbehovet ökar i takt med att det sker en koncentration av sjukhus, där en viss typ av vård finns tillgänglig på ett fåtal platser. Ändamålsenliga transporter har därför en avgörande roll för att skapa tillgänglighet och tillgång till vård på liknande villkor oavsett bostadsort eller typ av sjukdom. (Denmark *et al.* 2007).

Icke-akuta sjukresor syftar på resor främst till och från planerade vårdbesök. Resenären/patienten kan sitta upp och har inte något vårdkrävande behov under själva resan. Transporterna kan utföras med flera olika typer av fordon som t.ex. taxibilar, personbilar, bussar och handikappfordon (specialfordon) med plats för rullstolar. Sjukresor går främst mellan patientens hem och sjukhus. De kan ske mer eller mindre organiserat och samordnat. De icke-akuta sjukresorna fyller en viktig funktion för att skapa tillgänglighet till vården och kan ses som en del av vårdkedjan, inte bara som en transport till och från den. (Jhonson, 2011).

Ovanstående gör det motiverat att djupare studera resor till och från sjukvården och hur dess kostnader för samhället påverkas av resenärens val av färdmedel. Tidigare forskning har visat att äldre kvinnors mobilitet är något sämre än för äldre män samt att kvinnors resande ökat markant. Därav är det intressant att undersöka hur kvinnors resande tar sig till uttryck vid resor till och från sjukvård. Vetenskapliga studier som har det här perspektivet och samtidigt fokuserar på svenska förhållanden saknas i dagsläget. Västra Götalandsregionen har idag några av landets högsta egenavgifter för sjukresor. Regionen är relativt stor och glest befolkad, vilket gör att resandet blir särskilt omfattande. Att resa med taxi kostar för en sjukresenär 150 kronor och för kollektivtrafik, egen bil samt sjukreselinje är kostnaden 60 kronor (Vårdportalen, 2012a).

Lagen (1991:414) om reskostnadsersättning vid sjukresor föreskriver att sjukresor är en administrativ ersättningsform. Därmed är sjukresor inget som enligt den juridiska meningen betraktas som en transportlösning likt färdtjänst eller linjetrafik. Men genom att behandla resor till och från vården som kollektivtrafik kan det göras att ett helhetsgrepp tas om resorna i sig, vilket kan leda till att de blir kostnadseffektivare och utformade på ett mer ändamålsenligt sätt. Idag förekommer inget direkt proaktivt och utvecklande arbete vad gäller sjukresor, utan det är något administratörer vid landsting och regioner har till uppgift att ersätta. Av den anledningen finns det heller inga riktiga kontroller och åtgärder kring kostnaderna för den här sortens resor. Resenärer skickar in sina kvitton för utgifter de haft i samband med resor vid besök inom sjukvården och administratörer registrerar och betalar ut ersättning enligt fastställda regelverk. (Fuchs och Rapp, 2011). Det är därför lätt hänt att kostnaderna stiger, utan att någon reagerar eller har möjlighet att påverka utvecklingen. Snarare är det arbete som bedrivs idag kring sjukresor retroaktivt och förändringar brukar endast genomföras först när sjukresor upplevs skapa problem, till exempel då de anses vara för dyra.

Västra Götalandsregionens kostnader för sjukresor slutade på närmare 300 miljoner kronor år 2011. Kostnaderna har ökat med 71 miljoner under perioden 2005-2011. Det motsvarar en ökning med cirka 31 procent mätt i relativa termer. Årligen genomförs det omkring 1,3 miljoner sjukresor i Västra Götaland. Under 2011 gick 90 procent av dessa med taxi, upphandlad av regionen, eller med privat bil. (Sjukreseenhets årsredovisning, 2011).

Endast fem procent av sjukresorna genomfördes med sjukreselinjerna Ronden, som är särskilt inrättade busslinjer för resor till och från regionens sjukhus och vårdinrättningar (Sjukreseenhetsens årsredovisning, 2011). Ronden har idag betydligt större tillgänglig kapacitet än vad som utnyttjas. Ett högt utnyttjade av kapacitet är viktigt för att skapa god lönsamhet, där lönsamhet är ett ekonomiskt mått på effektiviteten inom en verksamhet. (Entré, 2012).

1.4 Syfte och frågeställningar

Uppsatsens syfte är att öka vår förståelse för hur sjukvårdsrelaterade resor i Västra Götaland kan effektiviseras. Empiriskt undersöks detta genom att närmare studera kvinnors preferenser vid val av sjukreselinjer.

För att förtydliga syftet mer precist kommer uppsatsens innehåll kretsa kring Ronden. Trafiken bedrivs i ett nära samarbete mellan Västra Götalandsregionen, Västtrafik och de bussbolag som har avtal att köra. Avsikten med bussarna är att uppnå en god samordning av transporter och tillhandahålla ett bra trafikutbud. Ronden marknadsförs som ett bekvämt sätt att göra en sjukresa på. Bussarna kör alla helgfria vardagar efter en fastställd tidtabell. I regionens regelverk, som finns för sjukresor, står det att Ronden jämföras med taxi. Det innebär att en person som fått ett vårdgivarintyg, som styrker behovet av att åka taxi, även skall betrakta Ronden som ett alternativ för sin sjukresa. Om en resenär inte kan åka med Ronden av medicinska skäl krävs det att vårdgivarintyget uttryckligen innehåller information om att personen ej kan resa med Ronden. (Västtrafik, 2010). Det finns idag tio Rondenlinjer som bland annat trafikerar Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Norra Älvsborgs Länssjukhus (NÄL), Uddevalla sjukhus, Kärn sjukhus i Skövde, Skene sjukhus och Södra Älvsborgs sjukhus i Borås. Ronden 1-4 trafikerar sjukhus och vårdinrättningar inom Skaraborg. Ronden 5 kör mellan Skaraborg och Göteborg, Ronden 6-9 kör mellan Fyrbodal och Göteborg och Ronden 10 trafikerar mellan Alingsås och Sjuhärad. Linjerna i Fyrbodal kör cirka två turer i vardera riktningen per vardag (se bilaga 1 för tidtabell). Totalt körde Ronden 93 800 mil under 2011, det kan jämföras med egen bil där den totala distansen uppgick till 3 272 542 mil (Sjukreseenhetsens årsredovisning, 2011).

Utifrån syftet och den fördjupning vi gjort om syftet ämnar vi i uppsatsen besvara följande frågeställningar:

- Vilka bakomliggande faktorer påverkar beläggningen på sjukreselinjerna Ronden i stråket mellan Fyrbodal och Göteborg?
- Hur kan resandet med Ronden öka för att minska kostnaderna för sjukresor?
- Vilken roll spelar Ronden för att tillgodose äldre kvinnors mobilitet för resor till och från sjukvården?

1.5 Begreppsförklaringar

Anropsstyrd trafik – kollektivtrafik som måste beställas i förväg för att resan skall utföras. Vanligtvis genomförs resorna med taxi eller specialfordon. Det finns två varianter av anropsstyrd trafik; särskild och allmän. För den särskilda anropsstyrda trafiken krävs att resenären har ett särskilt tillstånd för att få åka med. Hit räknas färdtjänst och sjukresor. Den allmänna anropsstyrda trafiken inkluderar närtrafik, anropsstyrda linjeturer samt flexlinjer. (Västtrafik, 2012a).

Beläggning – andel upptagna platser på ett fordon. (NE, 2012a).

Beställningscentral – har till uppgift att boka färdtjänst och sjukresor och samordna den anropsstyrda trafiken. I Västra Götaland är beställningscentralen en av Västtrafik upphandlad funktion, som just nu drivs av Samres AB. De har verksamhet med beställningsmottagning i bland annat Falköping, Chişinău i Moldavien och Tartu i Estland. Beställningscentralen nås via ett telefonnummer som är gemensamt för hela Västra Götalandsregionen. (Samres, 2012).

Egenavgift – är den del av avgiften som resenären/patienten själv får betala vid sjukresa. Avgiften varierar beroende på vilket färdstätt som väljs. (Vårdportalen, 2012a).

Fyrbodal – ett kommunalförbund där 14 kommuner samarbetar kring frågor om utveckling och tillväxt (se bilaga 2 för karta). Förbundet fungerar som kommunernas gemensamma resurs i syfte att skapa rationalitet i den offentliga verksamheten och hantera mellankommunala frågor. Fokusområden är infrastruktur, näringsliv, hälsa, utbildning och kultur. Ronden trafikerar de flesta av dessa kommuner. (Fyrbodal, 2012).

Högekostnadsskydd/frikort för sjukresor – tillämpas då en sjukresenär uppnår det fastställda takbeloppet för sjukresor, som i Västra Götaland är 1 500 kronor, under en kortare tid än tolv månader. Med högekostnadsskyddet slipper resenären att betala egenavgifterna. Frikort medför inte rätten att resa med taxi obehindrat, utan vårdgivarintyg krävs fortfarande. (Vårdportalen, 2012a).

Kollektivtrafik – tillgängliga transporter som är organiserade i förväg på ett regelbundet sätt. De erbjuds allmänheten eller en särskild personkrets enligt givna regler. (SIKA, 2008).

Kollektivtrafikföretag – ansvarar för upphandling, marknadsföring och utveckling av kollektivtrafik i en region.

Ledsagare – kallas för följeslagare i sjukresehandboken och syftar på någon som är resenären behjälplig under resan. Om en sjukresenär bedöms ha behov av ledsagare kan även ledsagarens reskostnader ersättas, om en vårdgivare intygar behovet. (Vårdportalen, 2012a).

Nod – visar var en sjukresenär skall hämtas respektive lämnas. Varje sjukresenär har en hämta respektive en lämna nod.

Pass – består av en eller flera turer med Ronden. Pass används för att kunna boka resenärer på rätt fordon som kör en specifik tur. Avresetidpunkten avgör vilken tur det är.

Personkilometer – uttrycker den sammanlagda sträcka personerna i ett fordon färdas. Sitter två personer i en bil som kör tre kilometer innebär det sex personkilometer. (SIKA, 2008).

Region – är ett landsting som har ett utökat ansvar innefattande regional utveckling. Primära uppgifter är att ansvara för hälso- och sjukvård, tandvård och kollektivtrafik. Utöver detta ingår också i regionens uppgifter att påverka områden som kultur, utbildning och turism. I Sverige klassas Västra Götaland, Halland och Skåne som regioner. (SKL, 2012).

Resa – avser i den här uppsatsen en enkelresa som en resenär/patient/vårdtagare genomför.

Samhällsbetalda transporter – inkluderar linjetrafik, närtrafik, färdtjänst, riskfärdtjänst, skolskjuts och sjukresor. Transporterna finansieras helt eller delvis med skattemedel. (SOU 2006).

Samordning – en resenär reser tillsammans med andra i ett och samma fordon. Andra resenärer i fordonet kan vara sjukresenärer, men också färdtjänstresenärer eller närtrafikresenärer. (Fuchs och Rapp, 2011). Samordningsgraden kan också påverkas av slingläggning, som handlar om hur ett fordon utnyttjas. Det kan stundtals vara en resenär i fordonet på grund av att andra gått av under resan, då fordonet är planerat i en slinga och på så sätt kör flera resenärer i omgångar.

Sjukresa – resa som berättigar till ersättning enligt lag 1991:414 om reskostnadsersättning vid sjukresor. Ersättningsnivåer och villkor beslutas av landstingen. (Fuchs och Rapp, 2011). I Västra Götaland utgår ersättning för resa till och från vårdgivare t.ex. läkare, sjukgymnast och tandläkare som tillhör eller är kontrakterade till regionen. I det normala fallet ersätts sjukresa mellan folkbokföringsadress och vårdgivare tur och retur. (Vårdportalen, 2012a). Begreppet sjuktransport förekommer ibland och är då ofta benämningen på akuta transporter till ett sjukhus, där vård kan ges under transporten, samt för överflyttningar av patienter mellan sjukhus.

Sjukreseenheden – en administrativ funktion inom regionen som handlägger ersättningsutbetalningar för sjukresor, administrerar högkostnadsskydd samt intyg för resa med taxi. (VG-Region, 2010).

Sjukresehandbok – grundar sig på lag 1991:419 om reskostnadsersättning vid sjukresor. Handboken reglerar ersättning vid sjukresa och inkluderar även liggande transporter och egenavgift för ambulanstransport. Reglerna gäller inom Västra Götalandsregionen för personer som är försäkrade för bosättningsbaserade förmåner enligt socialförsäkringsbalken samt övriga personer som vistas i regionen och berörs av ett svenskt åtagande att svara för resekostnader. (Sjukresehandbok, 2010).

Sjukreselinje Ronden – busslinjer som trafikerar regionens sjukhus och vårdinrättningar och jämföras med taxi. Bussarna kör efter en fast tidtabell alla vardagar i Fyrbodalen och Skaraborg samt till och från Göteborg. Totalt finns det tio linjer. De är särskilt anpassade för personer med funktionshinder och har hög komfort. Egenavgiften för Ronden är lägre än för färdsett taxi. (Västtrafik, 2012a).

Vårdgivarintyg – styrker att en sjukresenär behöver resa med taxi och ställs ut av sjukvården efter en medicinsk bedömning av sjukresenären. (Vårdportalen, 2012a).

1.6 Disposition

Uppsatsen är upplagd på följande sätt:

Kapitel 1 innehåller en problemdiskussion om hur ökad koncentration av sjukvården medför ett ökat transportbehov. Vidare diskuteras olika förutsättningar för kvinnor och män i transportsystemet och fokus riktas mot den allt mer åldrande befolkningen. Uppsatsens syfte och en fördjupning av detta presenteras tillsammans med frågeställningarna.

I kapitel 2 presenteras en genomgång av den litteratur som behandlar resor till och från sjukvård. Det är indelat i två huvudgrupper med vetenskapliga samt icke-vetenskapliga artiklar och rapporter.

Kapitel 3 redogör för den teoretiska referensramen. Där ingår Mobility Management, faktorer som påverkar färdmedelsval, samordning av samhällsbetalda transporter, transporter och IT samt en teoretisk diskussion.

Den metod som används för uppsatsen beskrivs utförligt i kapitel 4. Metodologiska ställningstaganden diskuteras och en argumentation förs kring tillvägagångssättet.

I kapitel 5 följer en nulägesbeskrivning av sjukresesystemet i Västra Götalandsregionen. Kostnadsutvecklingen för sjukresor presenteras.

Kapitel 6 innehåller en redovisning av de resultat som intervjuerna gett.

I kapitel 7 presenteras uppsatsens primärdata som består av en enkätundersökning. En analys av resultaten, som återkopplar med tidigare studier och teoretisk referensram, ingår också.

I kapitel 8 formuleras de slutsatser som dragits av undersökningen. Därtill förs en avslutande diskussion om sjukresornas framtida utveckling i Västra Götaland samt förslag till fortsatt forskning.

2. Tidigare studier om vårdrelaterade resor och äldres mobilitet

I detta kapitel presenteras en genomgång av litteratur som behandlar resor till och från sjukvård.

2.1 Vetenskapliga rapporter och artiklar

Gombeski och Smolensky (1980) har skrivit en artikel om icke-akuta sjuktransporter för personer 60 år och äldre, boende på Texas landsbygd i USA. Otillräckliga transporter för äldre konstateras vara ett stort problem i alla delar av landet. Tillgång till billiga transporter anses vara något som måste ses över innan andra problem för landsbygdens äldre kan lösas. Artikelns författare menar att uppmärksamheten kring äldres behov av olika slag har ökat, men detta till trots är undersökningar om äldres användning av transportmedel för att få tillgång till vård ytterst begränsade.

Bristen på lämpliga transporter skapar restriktioner för levnadsutrymmet bland äldre personer och begränsar deras kapacitet för självförsörjning. Ett problem som särskilt betonas, som drabbar pensionärer, är de låga inkomsterna. De gör det svårt att skaffa och underhålla en bil. Ibland förekommer även svårigheter med att använda kollektivtrafiken. Just de som bor på landsbygden är särskilt utsatta jämfört med dem som är bosatta i städer. De äldre på landsbygden är mer isolerade eftersom de har längre att resa för att nå sjukvård och annan samhällsservice. Äldres behov av sjukvård, mat, utbildning och rekreation är i många fall otillfredsställda. Detta på grund av att deras mobilitet är försämrad eller inte beaktas överhuvudtaget. Författarna till artikeln refererar till en studie där en minibuss infördes i ett ruralt område i Illinois, som gav möjligheten till någorlunda mobila äldre amerikaner att göra fler resor. Det som konstaterades var att tillgången till transporter inte påverkade de som redan reste väldigt lite eller inte alls. Minibussens införande gynnade i synnerhet äldre kvinnor, som typiskt sett inte hade körkort eller ägde någon bil. Vidare betraktades kvinnor vara de som hade störst mobilitetsproblem. För att ta reda på hur behovet av icke-akuta sjuktransporter för äldre såg ut genomfördes en enkätundersökning. Det visade sig att faktorerna ålder, civilstånd, ägandet av en telefon samt ägandet av en bil hade särskilt stor betydelse för val av transportmedel samtidigt som kön och hälsostatus inte hade det. (Gombeski och Smolensky, 1980).

En av slutsatserna som Gombeski och Smolensky (1980) kommer fram till är att med ökad ålder tenderar många bli mer beroende av andra för sina transporter. Det beror främst på fysisk oförmåga att köra själv samt de höga kostnaderna som är förknippade med att äga en bil och betala dess försäkring. Från enkätundersökningen visade det sig att gifta var mindre beroende av andra personer för sina vårdrelaterade resor i jämförelse med de som var änkor eller singlar.

Morgan Shook (2005) har publicerat en rapport vid Portland State University i delstaten Oregon USA där han undersökte hur personer tar sig till sin närmsta vårdinrättning och vilka transportbarriärer som de upplevde. Han utgick från att transporten till vårdinrättningen är en barriär som bland annat får konsekvensen att personer inte får den vård som de behöver. I rapporten konstateras att detta område har studerats i liten utsträckning. Shook genomförde en enkätundersökning som byggde på svar från 75 sjukresenärer där det ställdes frågor om vilka färd sätt som användes vid resor till sjukvården.

I rapporten nämns LIFT som är ett koncept för samåkning i Portland och det riktar sig till personer som har ett sjukdomstillstånd eller handikapp. Han skriver att utnyttjandet av konceptet är bra, men för att förbättra beläggningen anses information om konceptet vara en viktig faktor. Då studien är genomförd i USA innebär det att sjukvårdssystemet ser annorlunda ut. Sjukvården är helt privatiserad och Shook nämner att samhällsplanerare främst fokuserar på att skapa tillgänglighet till allmänna samhällsinrättningar, där parker och skolor exemplifieras. Det innebär att tillgänglighet till privata inrättningar, så som sjukvård, inte i första hand bejakas vid utformandet av transportsystemen.

En undersökning genomförd vid George Washington University i Washington D.C USA hade som mål att beskriva karaktäristika kring riktlinjer för sjukresor. (Jaslow *et al.* 1998). Datainsamling skedde genom en enkätundersökning via telefon med företrädare för icke-akuta sjukresesystem. Studiens resultat visar att 17 procent av de undersökta sjukresesystemen hade möjlighet att neka resenärer akut transport om de inte bedömdes ha tillräckligt stort medicinskt behov av en sådan. I de områden där det är tillåtet att neka akut ambulanstransport bedömdes inte andra transportalternativ som nödvändiga. Trots det dras slutsatsen att alternativa transportkoncept och riktlinjer bör utredas och undersökas vidare.

Hains *et al.* (2011) har gjort en systematisk undersökning där kvalitets- och säkerhetsaspekter för icke-akuta sjukresor belyses. Transporter av sjukresenärer nämns som en viktig del av vårdkedjan. I artikeln beskrivs att mycket uppmärksamhet riktats mot akuta sjuktransporter men en stor andel av sjukresorna är av icke-akut karaktär. I de icke-akuta sjukresorna inkluderas transporter mellan resenärens bostad, vårdhem, rehabiliteringsenheter och sjukhus. Resenärerna som åker på det här sättet kan vara svårt sjuka, fast inte akut sjuka vilket medför att deras behov i många fall påminner om de akuta resenärernas. Det gör att både lämplig utrustning och kompetens behöver finnas tillgängligt under resorna. Det konstateras även att få studier har inriktat sig på just de icke-akuta sjukresorna, särskilt med hänsyn tagen till kvalitets- och säkerhetsaspekter för resenären.

Huggins och Shugg (2008) har i en artikel beskrivit ett icke-akut sjukresesystem i Victoria Australien, där de kör trafiken med privat upphandlade ambulanser. De har studerat både transporter mellan hem och sjukhus samt transporter mellan sjukhus (överflyttningar av patienter). Resenärerna/patienterna kan ha ett vårdbehov under resans gång. Författarna skriver att behovet av de icke-akuta sjukresorna kommer öka och att resenärernas vårdbehov kan komma att förändras över tid. En annan slutsats som dras är att sjukhusen blir mer specialiserade och att transportbehovet kommer bli större, speciellt transporter mellan sjukhus. Som ett resultat kommer de icke-akuta sjukresorna utvecklas mot att ha mindre och mindre sammankoppling med de akuta sjukresorna.

2.2 Icke-vetenskapliga rapporter och artiklar

Konsultbolagen Transport Planning and Management och Applied Economics (hädanefter kallat TPMAE) (2001) genomförde på uppdrag av delstaten New South Wales i Australien ett arbete om delstatens sjukresesystem. Fokus låg på att undersöka tillhandahållandet av offentligt finansierade sjuktransporter för personer som hade svårt att ta sig till en vårdinrättning på annat sätt, till exempel med bil. Vidare undersöktes även hur sjukresorna för dessa personer kunde förbättras. Det konstaterades att ett ökat transportbehov skapades av centralisering av sjukvård och ökad användning av dagkirurgi. Datainsamling skedde huvudsakligen genom enkäter som delades ut både till sjukresenärer och till transportföretag. Även intervjuer med nyckelpersoner hos olika parter med koppling till sjukresesystemet genomfördes. Rapporten kommer fram till många slutsatser.

Ur ett beläggningsperspektiv skrivs det att bästa sättet för att minska kostnaderna, per passagerare i ett sjukresesystem, är att öka utnyttjandegraden i fordonen. Det måste då finnas incitament för att uppnå detta, som ett bra utformat avgiftssystem. För att öka beläggningen ytterligare bör sjukvården vara beredda att anpassa mottagningstider för de icke-akuta sjukresenärerna. Det kan till exempel ske genom att konsolidera mottagningstiderna för ankommande resenärer från ett visst område som då kan åka tillsammans i ett fordon. Vidare nämns det att ett ökat samarbete mellan sjukhusen och transportörerna måste till och en ökad förståelse bland sjukhuspersonal för patientens resbehov. Förbättrad information kring de resmöjligheter som finns ansågs viktigt för att uppnå effektiva transporter. Frågor rörande transporter och tillgänglighet bör integreras i vårdplaneringsprocessen. Även datainsamlingsmetoder bör introduceras, för att upptäcka var det finns otillfredsställda transportbehov i samhället. Med ett sådant arbetssätt anses det vara möjligt att erbjuda lämpliga icke-akuta transporttjänster till och från sjukvården. Det föreslås också att varje sjukvårdsdistrikt skall skapa en enhet som ansvarar för icke-akuta transporter med budgetansvar för dess transportfinansiering, samlar in information om otillfredsställda transportbehov och tillhandahåller information om de transportmöjligheter som finns. Vidare föreslås att det inrättas ett nätverk för sjukvårdsrelaterade transporter. Ett sådant nätverk syftar till att föra samman de olika intressenterna som berörs av sjukresor så som vårdgivare, transportörer, trafikplanerare och representanter från kommunerna. Tillsammans är tanken att de skall diskutera och identifiera nödvändig omfattning av transporter till och från sjukvård, prioritera resursfördelning, skapa ett gränssnitt mellan sjukvården och transportörer och uppmuntra till ett stabilt utbud av transporter för resenärerna. (TPMAE, 2001).

Wake (2007) menar att trafiksituationen är ett vanligt förekommande problem vid sjukhus. Trängsel och ökad efterfrågan på parkeringsplatser påverkar både tillgänglighet och effektivitet. Sjukhus genererar stora trafikflöden och situationen förvärras således av att sjukvården idag centraliseras till färre platser. I en undersökning har Wake tittat på hur anställda vid sjukhus kan minska sitt bilberoende och istället använda alternativa transportsätt som kollektivtrafik för att minska trängseln. Han säger att med ett proaktivt synsätt på hur trafikflöden skall styras vid sjukhus kan tillgängligheten förbättras. Det kan även få till följd att den negativa miljöpåverkan, som trängsel bidrar till, minskas. Sjukhusledningen påverkar hur anställda och besökare reser till sjukhus på flera olika sätt. Exempel på detta är parkeringsavgifter, standard på kollektivtrafikens hållplatser samt informationsutbudet kring resmöjligheter. Dessa faktorer kan ändras och förbättras för att uppmuntra till ett annat färdstättval än bil. En fortsatt stark tilltro till bilen menar Wake kommer bli mycket kostsamt både finansiellt, socialt och miljömässigt. För att få till en förändring så krävs policys för att skapa ett ramverk som hanterar transportefterfrågan till sjukhus, för att på så sätt nå en mer balanserad och hållbar utveckling.

Landstinget i Västernorrland har genom det EU-finansierade projektet ”Transportlösningar i glesbygd” försökt förbättra beläggningen på en sjukreselinje som trafikerar sträckan mellan Ånge och Sundsvall. Sjukreselinjen körs efter en fast tidtabell, fem gånger i vardera riktningen varannan timma under helgfria vardagar. Trafiken utförs med specialfordon som kan anpassas efter hur resebehovet ser ut. Upp till åtta sittande kan medfölja en tur eller så kan stolar tas bort för att få plats med bår eller rullstolar. Landstinget såg att resandet med sjukreselinjen minskade år efter år från 2004 och mätningar visade på att i genomsnitt två resenärer per tur reste med. Totalt reste under år 2010 drygt 4000 personer med linjen. Trots den låga beläggningen har linjen bedömts vara kostnadseffektiv och dessutom starkt uppskattad bland de resenärer som åker med.

Under halva delen av år 2011 öppnades därför linjen på prov för allmänna resenärer, som i mån av plats fick åka med och betala ordinarie kollektivtrafiktaxa. Detta i syfte att göra trafiken ännu mera effektiv. Det blev en succé och därför har försöket permanentats. Då resandet jämfördes med tidigare år, kunde en uppgång i antal resenärer ses. Av det totala antalet resenärer under försöksperioden stod allmänheten för 21 procent av det totala resandet med sjukreselinjen. Att linjen är relativt billig i drift är starkt sammankopplat med hur trafikavtalet är konstruerat. Landstinget har upphandlat linjen likt en vanlig busslinje och valt det anbud som varit billigast. Detta har varit möjligt eftersom resandet med linjen är kontinuerligt och det har därför varit möjligt att räkna på hur många som förväntas resa med. Avtalet är också utformat så att entreprenören tjänar mer pengar ju fler som åker med. När det gäller upphandling av taxi accepterar Landstinget i praktiken samtliga anbud som taxibolag lämnar. Dessa anbud brukar vara högre för att osäkerheten är större för taxibolagen. Sedan görs en rangordning av lämnade anbud där Landstinget prioriterar de mest fördelaktiga anbuden framför mindre fördelaktiga. (Fuchs och Rapp, 2011).

”Sjukresor – samordning och förenkling” (SOU, 1981) är ett betänkande av sjukreseutredningen med två utgångspunkter. Den ena är att göra en översyn kring ersättningssystemet för sjukresor, både på ett organisatoriskt och på ett administrativt plan. Den andra handlar om att ta fram lämpliga åtgärder som kan resultera i en bättre samordning av sjukresor. Utredningen ger en fördjupad förståelse för sjukresesystemet och dess omgärdande kontext. Organisationen för hälso- och sjukvården är en viktig faktor som påverkar sjukresornas längd och omfattning och är därför nödvändig att studera för att förstå hur sjukresor kommer att utvecklas (Ibid). I utredningen visar preliminära resultat att det största antalet sjukresor går med privat bil, på andra plats hamnar resor med taxi och sist kommer resor med allmän kollektivtrafik. Största delen av kostnaderna står privat bil och taxi för. Endast en liten del av kostnaderna kan hänföras till allmän kollektivtrafik (Ibid).

En undersökning som utredningen genomfört i Uppsala län visar att hälften av de som gör en sjukresa med taxi är 70 år eller äldre. Samordning av sjukresor försvåras i och med bristen på beställningscentraler. Genom att den ansvariga för kollektivtrafiken i ett län tar ett helhetsgrepp kring sjukresor skulle det vara möjligt att sänka dess kostnader och öka samordningen. Inom Västra Götaland samarbetar sjukvårdshuvudmannen som är regionen tillsammans med Västtrafik. Västtrafik har i sin tur upphandlat driften av en beställningscentral som hanterar bokningen av de samhällsbetalda taxiresorna och Ronden. Redan för över 30 år sedan när utredningen kom fanns ett utpräglat synsätt att få till stånd samordnade transporter vid sjukresor. Samordningen syftar dels till mer samåkning i taxi samt en högre utnyttjandegrad av den allmänna kollektivtrafiken. För att det sistnämnda skall vara möjligt att uppnå anses enligt utredningen att en del insatser behövs. Information om kollektivtrafiken behöver bli bättre både till resenärerna och till sjukvårdens mottagningar. När patienter bokas för besök bör det ske med hänsyn tagen till hur resmöjligheterna med kollektivtrafiken ser ut. Sjukresor bedöms också vara ett resande som sker ganska oregelbundet och dessutom i liten omfattning jämfört med annat resande så som arbetspendling. Det gör att planering av busstrafikens tidtabeller och linjesträckningar inte kan utgå från sjukresenärers behov. Utredningen anser heller inte att sjukresor bör tillhöra en särskild organisation, utan istället inkluderas i ordinarie busstrafik vid trafikplanering och upphandling. Eftersom sjukresor inte alltid måste ske i högtrafik då arbets- och skolresor genomförs, finns det möjlighet att öka beläggningen inom den allmänna kollektivtrafiken under lågtrafiktid. På det sättet kan variationerna i resandet med kollektivtrafiken minska. (SOU,1981).

Färdtjänstens ökade kostnader ansågs enligt utredningen främst bero på dyrare taxiresor med höjda taxor som främsta förklaring. Åtgärder som vidtogs för att dämpa utvecklingen inom flera kommuner var att skärpa tillståndsgivningen för färdtjänst, höja egenavgifterna, införa krav på förbeställning och samordna av resorna. (SOU, 1981).

Verket för innovationssystem (Vinnova) finansierade ett projekt som hette ”Erfarenheter av samordning av färdtjänst och sjukresor i Dalsland” som pågick under 2001. Projektet fokuserade huvudsakligen på färdtjänst och dess organisation och därför är utredningen inte så intressant för den här uppsatsen. Däremot visas att mellan år 1993 och 1997 stod taxi för majoriteten av sjukresorna och dess kostnader i dåvarande Älvsborgs län. Projektet studerade också en ny lagstiftning som kom 1997, vilken berörde färdtjänsten och även den allmänna kollektivtrafiken. En av lagens intentioner var att kollektivtrafiken skulle bli tillgänglig för alla vilket innebar att sjukresor och färdtjänst i högre utsträckning än tidigare skulle integreras i den allmänna kollektivtrafiken. (Börjesson, 2001). Ett ytterligare syfte med lagen var att sänka de kommunala kostnaderna för färdtjänst, genom att förändra resandet. Det primära målet var att öka antalet resor med kollektivtrafiken. (Börjesson, 2001). Utvecklingen av kollektivtrafik nämns även ha stor inverkan på hur sjukresor bedrivs. Sjukreselinjer beskrivs kort och att de införts inom många landsting i syfte att spara pengar. Samtidigt nämns att diskussioner om sådana linjer brukar uppstå om hur effektivt det är att ha både allmän linjetrafik och särskilda sjukreselinjer, som brukar köra parallellt samma sträckor. Två exempel nämns där sjukreselinjer integrerats i den vanliga linjetrafiken eller öppnats för allmänheten. Det gäller både på turer med dåvarande Jumbolans i Dalsland samt sjukreselinjer i Gävleborg. Vikten av att integrering sker på sjukresenärens villkor betonas och att resenäerna får sätta den standard som skall gälla för trafikens utförande. Om integrering med den allmänna kollektivtrafiken sker, bedömer utredaren att det finns stora pengar att spara på sjukresor. Skall det vara möjligt att föra över resenärer från taxi till buss är det av största vikt att beakta de krav som gruppen som skall byta färdmedel ställer. Att byta ut en buss på en sjukreselinje mot en buss som kör i linjetrafik är ingen självklarhet. Att styra utformningen av en trafiklösning efter den målgrupp som främst använder den är viktigt. (Ibid). En enkätundersökning genomfördes bland färdtjänst- och sjukresenärer för att få en uppfattning om deras syn på färdtjänstens och sjukresornas utförande.

I Sundsvalls kommun har ett projekt kallat SAMLA genomförts (Sundvall och Tarberg, 2000). Det hade som syfte att etablera en helhetssyn på de offentligt finansierade resorna inom linjetrafik, färdtjänst samt sjukresor. Projektet var ett samarbete mellan Sundsvalls kommun, Västernorrlands läns trafik AB samt Landstinget i Västernorrland. Det erhöll bidrag från Kommunikationsforskningsberedningen (KFB). I detta projekt tas information upp som en viktig faktor för att det ska vara enkelt att åka (Ibid). Målet är följande:

”Informationen skall ge kunskap om hela resan och visa konsekvens inom och mellan olika produkters utformning” (Ibid:29)

Utredarna menar att informationens syfte är att minska resenärens osäkerhet och att informationen har två olika funktioner. Den första funktionen är att informationen skall vara kommunikativ. Den ska hjälpa resenären, att genom ett gemensamt formspråk och stark image, ge en igenkänningsfaktor i systemet. Kollektivtrafikens information måste lätt gå att urskilja från övrig reklam och information. Den andra funktionen är att informationen skall vara pedagogisk. Det ska vara enkelt att lära sig de regler som finns. Ledord är överskådlighet och enhetlighet. (Sundvall och Tarberg, 2000).

För en patient som söker vård är det nödvändigt att överbrygga tidrummet. Teorin om tidsgeografi menar att olika aktiviteter som utförs i samhället kräver fysiskt utrymme, där tidrummet utgör en begränsande resurs. Samordning spelar en central roll för att aktiviteterna, som styrs av underliggande processer, skall kunna utföras och ofta är flera individer involverade.

Olika aktiviteter, så som sjukvård, finns tillgängliga på vissa platser under vissa tider på dygnet. Dessa platser benämns inom tidsgeografin som stationer, som befinner sig på avstånd från varandra. Tillgängligheten till dessa stationer och transportmöjligheter skapar en omgivningsstruktur som är föränderlig över tid. (Eriksson, 2008).

3. Teoretisk referensram

Kapitlet innehåller en redogörelse för teorier som ligger till grund för tolkning av resultaten.

3.1 Mobility Management

Mobilitet är ett begrepp som brukar värderas högt av medborgare och politiker. Det anses ibland vara ett mål i sig själv inom transportpolitiken och viktigt för att främja tillgänglighet. Mobilitet syftar på att kunna förflytta sig själv och tillgänglighet handlar om möjligheten att nå någonting önskat. (Ljungberg, 2010).

Ett begrepp som allt mer framträder i diskussioner om att effektivisera transporter och göra dem hållbarare är Mobility Management, hädanefter kallat MM. Det syftar till att påverka resor innan de har startat och bättre utnyttja befintliga resurser, vilket främst kan ske genom mjuka styrmedel som påverkar beteenden. De mobilitetsfrämjande åtgärderna kan ses som komplement till traditionell trafikplanering, som brukar vara inriktad på infrastrukturella (hårda) åtgärder. Det kan innefatta om- och nybyggnation. I Europa har en plattform inrättats, bestående av flera olika myndigheter och regeringar i europeiska länder, i syfte att stödja och marknadsföra användningen av MM. European Platform on Mobility Management (EPOMM) har som mål att främja ett aktivt informationsutbyte kring lärande om MM mellan länder i Europa. Hög mobilitet är något som eftersträvas i trafikplanering idag och det betraktas som något positivt. Men en högre mobilitet kan innebära försämrad tillgänglighet. När avstånden ökar leder det till att mobiliteten också gör det. Trafikplanering blir därför en sorts självförstärkande cirkel. Ju mer vägnäten expanderar, desto mer ökar mobiliteten och samtidigt minskar tillgängligheten i och med de förlängda avstånden. I förlängningen får det till följd att efterfrågan på mobilitet ökar ytterligare. Att minska trafikproblem genom att bygga bort dem med ny infrastruktur är ingen hållbar lösning eftersom trafiken kommer att öka i takt med den utbyggda infrastrukturen och anpassa sig till de nya förutsättningarna. (Carlsson *et al.*, 2012). Fenomenet kallas inducerad trafik. En vanligt förekommande definition av MM är ”...koncept för främjande av hållbara transporter” (Granberg, 2008:73). MM har som mål att:

”...stödja, uppmuntra en förändring av attityder och beteenden med syfte att få till stånd hållbara transporter. Verktøyen för mobilitetsstyrning bygger på information, kommunikation, organisering och samordning. Dessa verktyg måste främjas” (Ibid:73).

I skriften ”Hållbart resande i praktiken” (Forsell *et al.* 2010) nämner författarna även faktorerna samarbete och marknadsföring. Det är viktigt att ge människor kunskap om alternativa färdmedel och möjligheten att pröva dessa. Fördelen med många av MM-åtgärderna är att de inte är lika kostsamma jämfört med investeringar i ny infrastruktur. Några konkreta exempel på sådana åtgärder är kampanjer som uppmuntrar till cykling och resande med kollektivtrafik, personlig rådgivning för minskat bilanvändande från mobilitetskontor och tillgång till bilpool.

3.2 Faktorer som påverkar färdmedelsval

För att kunna styra över resor från privat bil till kollektivtrafik är det nödvändigt att veta vad som påverkar individens val av färdmedel. Beirão och Cabral (2007) har genomfört en kvalitativ studie som bygger på 24 djupintervjuer och undersöker vilka attityder som finns bland kollektivtrafikresenärer och bilister till de båda färdställen. Studien genomfördes i stadsområdet runt Porto, Portugal.

Författarna menar att kollektivtrafiken behöver utformas på ett sådant sätt att den rymmer de servicenivåer som krävs av kunderna, om resandet med den skall kunna öka. Faktorer som ligger bakom valet av transportslag är individuella egenskaper och livsstil, typ av resa, upplevd servicegrad från olika transportslag samt situationsberoende variabler. Vidare framkommer att det är viktigt med en segmentering som beaktar olika attityder och beteenden vid resor. Policies och åtgärder som syftar till att minska bilresande bör inriktas mot de segment som visar på högst villighet för en sådan förändring. I beslutsprocesser som rör resor och val av färdmedel har känslor en stark påverkan och även rationalitet.

De fördelar som lyfts fram med kollektivtrafiken är den relativt låga kostnaden för att utnyttja den, mindre stress, möjligheten att vila ombord, mindre föroreningar, snabb restid i bussfiler och möjligheten att prata med andra resenärer ombord. Bland kollektivtrafikens nackdelar framhålls slöseri med tid, trängsel ombord, bristande komfort, dålig punktlighet, opålitlighet, brist på kontroll, långa väntetider, byten under resan och bristande flexibilitet. För bilen är fördelarna som poängteras frihet/oberoende, bekvämlighet, snabbhet, flexibilitet, komfort och ett eget privat utrymme. Till bilens nackdelar nämns höga driftkostnader, svårigheter att hitta parkeringsplats, dyra parkeringsplatser, stressande att behöva köra själv, föroreningar, olycksrisk och isolering. Med andra ord är bilens nackdelar i mångt och mycket det som lyfts fram som kollektivtrafikens fördelar. (Beirão och Cabral, 2007).

Bland studiens respondenter framkom det att bristen på information om kollektivtrafiken är ett problem. Många ansåg svårigheter med att läsa busstidtabeller och förstå linjesträckningar samt att komma åt den sortens information. Restid och tillförlitlighet är två avgörande faktorer för val av färdmedel visar studien. Korta väntetider och snabba resor är också viktigt. Restid är särskilt framträdande som påverkande faktor för resor till arbete och skola. Direkta förbindelser med frekventa avgångar föredras av resenärerna i högre utsträckning jämfört med resor där flera byten är inblandade. Respondenterna i studien vill ha en avslappnad och lugn resa där de har sittplats och slipper obehagliga odörer. Att det är gott om plats och att fordonet framförs mjukt är även det viktigt. Själva kostnaden för kollektivtrafikresor ansågs inte vara något problem och bilister ansåg att resande med kollektivtrafik är billigare än med bil. Studiens slutsatser lyfter fram vikten av inställning och attityder till olika transportslag hos resenären. Att förbättra kollektivtrafiken leder inte per automatik till att fler bilister kommer att utnyttja den. Samtidigt är det också viktigt att vara medveten om att olika människor påverkas av olika motivationsfaktorer, som styr deras val av färdmedel. Att även studera icke-användare av kollektivtrafiken är viktigt för att ta bort de barriärer som gör att de väljer bort att resa kollektivt. Det visar sig att de som inte åker kollektivt uppfattar kollektivtrafiken som sämre än vad den faktiskt är, jämfört med de som åker kollektivt. För att ändra på det krävs att bilden av kollektivtrafik förbättras och samtidigt att informationen om den ökar och blir mer tillgänglig. Det gäller främst hos de grupper som visar på störst potential att kunna tänka sig byta färdmedel. (Beirão och Cabral, 2007).

Centralisering av sjukvård leder till att många patienter får längre sträckor att resa för att få rätt typ av vård, vilket i vissa fall också kan leda till försämrad tillgänglighet. Därför ställs det stora krav på ett effektivt transportsystem som tillgodoser de enskilda behoven hos de som söker vård. I en artikel av Titheridge *et al.* (2009) görs en bedömning av transporters påverkan för social exkludering bland äldre. Det konstateras att transporter i vissa fall kan bidra till exkludering då de begränsar tillgängligheten till bland annat vård. Orsakerna till exkluderingen går att finna både i kostnaden för transporten, men också tillgången till lämpliga transporter spelar in. Personer med låga inkomster kombinerat med hög ålder och funktionshinder är särskilt utsatta när det gäller att upprätthålla ett socialt liv och få tillgång till samhällsservice.

3.3 Samordning av samhällsbetalda transporter

Det sker ibland inom vissa län större satsningar på särskilda lösningar med färdtjänst, sjukresor och skolskjuts. Främst små fordon används inom denna trafik och de utnyttjas av ett litet antal personer. Samtidigt kan det förekomma att mindre resurser satsas på den lokala och regionala kollektivtrafiken, med buss och tåg, som gynnar fler. Genom att samordna verksamheten för sjukresor och färdtjänst vid upphandling kan tillgängliga resurser användas på ett effektivare sätt, till skillnad från om varje ansvarig sektor arbetar isolerat. Resultatet av ett sådant agerande blir ett transportsystem som drivs parallellt och i vissa fall överlappar varandra. Att de särskilda lösningarna uppkommit beror bland annat på bristande tillgänglighet med den allmänna kollektivtrafikens utformning och tillhörande infrastruktur. Resenärer som har särskilda behov blir därför utestängda från den allmänna kollektivtrafiken och får istället utnyttja de särskilda transportlösningarna. Regelverken kring de här lösningarna utestänger samtidigt andra "allmänna" resenärer. Dessa problem kan lösas genom en ökad samordning och förbättrad kommunikation mellan kommuner, landsting och kollektivtrafikföretag. (SOU 1995).

Att i högre utsträckning försöka integrera persontrafiken är förknippat med flera fördelar. Separata huvudmannaskap för olika transportlösningar, där olika regeltillämpningar gäller, skapar problem för resenären som får svårt att använda resesystemen. En helhetssyn på de separata system som byggts upp saknas. En ytterligare effekt av en sådan organisationsstruktur kan vara att de olika sektorerna motverkar varandra, där en besparing för den ena sektorn blir en merkostnad för den andra. En ineffektivitet i resursutnyttjandet skapas samtidigt eftersom systemen i många fall delvis överlappar varandra. Att öka samordningen genom samåkning för att minska kostnaderna för sjukresor nämns från flera olika källor som något viktigt (se till exempel SOU, 1995). Samtidigt nämns det att de resurser som kollektivtrafikföretag förfogar över, som att upphandla trafik och skapa resmöjligheter, inte alltid utnyttjas i så hög utsträckning som skulle kunna vara möjligt. Samreseedredningen från 1995 beskriver en utveckling med sjukreselinjer som införts inom många landsting. Syftet är att få till ett samordnat resande till och från vårdinrättningar men det nämns vara problematiskt att dessa linjer inte alltid är öppna för allmänheten. Det skapar resultatet att bussar för sjukresenärer och bussar i allmän linjetrafik ofta kör samma vägsträckor, vilket ger en ineffektiv användning av resurser. Den allmänna lokala och regionala kollektivtrafiken behöver i högre grad utvecklas för att bättre passa resenärernas behov, för att en överföring av resor med bil och sårlosningar skall vara möjligt. När förändringar införs som berör äldre och funktionshindrade bör särskild uppmärksamhet vidtas. Eftersom dessa resenärsgupper kan ses som mer sårbara än andra ställer det höga krav på hur information utformas och förmedlas. (SOU, 1995).

Att det finns stora resurser att spara på samordning bekräftas av en rapport från Landstingsförbundet som heter "Modeller för samordning av samhällsbetalda resor". Resultaten visar på att en region som har en gemensam beställningscentral kan sänka kostnaderna för samhällsbetalda resor med uppemot sju procent, jämfört med att inte ha någon beställningscentral. Genom att sjukresor går med den allmänna kollektivtrafiken istället för med taxi eller specialtransporter kan kostnaderna för sjukresor minska kraftigt. Tillgänglighet bedöms vara det viktigaste för alla resenärer inom kollektivtrafiken. Ökad turtäthet och förbättrad trafikstandard brukar ofta lyftas fram som viktigt. Fyra mål för trafikförsörjningen är att öka kollektivtrafikens geografiska tillgänglighet, bättre handikappanpassa linjetrafiken, integrera den särskilda kollektivtrafiken med den allmänna samt begränsa kostnaderna för offentligt betalda resor. Samordning är centralt för att dessa mål skall vara möjliga att uppnå.

Samordning är inte att betrakta som en synonym till samåkning, med fler resenärer i samma fordon. Samåkning utgör istället en del i att samordna transporter. (SOU, 1995). Det krävs vidare att mål och regler utformas på ett tydligt sätt. Planering och framtagande av transportlösningar, informationsinsatser om trafiken och dess regelverk, upphandling och kontraktering, beställningsmottagning, trafikledning, administration samt uppföljning och kontroll är alla olika exempel på samordning. (SOU, 1995).

I Sjukreseutredningen (SOU, 1981) tas olika faktorer upp som påverkar möjligheten att samordna sjukresor. Passagerarunderlaget måste vara tillräckligt stort, vilket är möjligt genom att vårdtagare från närliggande områden reser till samma vårdinrättning. Vårdtagarnas hälsotillstånd spelar också in, då alltför infektiösa personer inte kan åka tillsammans med andra. Det är också nödvändigt att resorna som genomförs går att planera i förväg och därmed går till planerad vård. Samordningsgraden påverkas också av de rutiner som sjukvården tillämpar för tidgivning samt vårdens lokalisering. Att sjukvården försöker ta hänsyn till vårdtagarnas olika resmöjligheter är viktigt liksom att sjukbesöket genomförs de tider som planerats för att återresa skall vara möjlig att boka. Det ställer höga krav på den interna logistiken inom vården. Det finns dock en rad faktorer kopplade med tidgivningen som kan krocka med flera olika intressen. Ett exempel kan vara att patienten har önskemål om att få träffa en viss läkare, som denna har träffat förut. Då kan det vara svårt att få till en tid som samtidigt passar med kollektivtrafikens tidtabell. Själva beställningen av transporter är också viktigt för samordningen och resenärer måste få information om vilka resmöjligheter som finns till och från sjukvården samt det regelverk som gäller. En ytterligare faktor som tas upp är att lagar och bestämmelser kan hämma samordningen. Incitament är också de viktiga för att samordning av sjukresor skall bli verklighet. (SOU, 1981). Genom att göra reglerna för samåkning fördelaktigare till förmån för att resa med dyrare färdssätt som taxi och privat bil kan det uppmuntra att fler väljer att samåka.

Utredningen förespråkar vidare att samhällsekonomiska skäl gör det motiverat att styra över resenärer som åker taxi eller privat bil till sjukvården till den befintliga allmänna kollektivtrafiken. Det gör att kostnaderna för sjukresor kan minska. Utredningen kommer fram till att många äldre som gör sjukresor bor i glesa bygder, där bussförbindelserna är få. Det finns dessutom svårigheter för äldre med att åka buss. Bristande överensstämmelse mellan tidtabell och tid för sjukhuset samt bekvämlighets skäl gör att det är få som åker med ordinarie linjetrafik för att komma till sjukvården. Utredningen har särskilt studerat sjukresorna i Uppsala län och drar av dessa resultat generella slutsatser. Bland dessa kan nämnas att ett ökat behov av kommunikation behövs mellan vårdsektorn och trafiksektorn. Patienterna bör bokas in så att tiden passar med kollektivtrafikens ankomsttider. Samtidigt måste informationen om resmöjligheterna med kollektivtrafiken förbättras. Utredaren anser vidare att en egen organisation för sjukresor inte anses vara ändamålsenligt. Redan befintliga former av anropsstyrd trafik måste bättre anpassas för att kunna användas även vid sjukresor. Kallelsen som skickas till patienterna bedöms vara en viktig informationskanal där även de kollektiva resmöjligheterna till sjukvården bör stå med. Information bör också framgå om att dessa alternativ skall användas vid sjukresa i första hand, för att det är mest kostnadseffektivt både för patienten själv och för sjukvården. (SOU, 1981). Genom att redan på kallelsen informera om regelverket för sjukresor och dess kostnader kan det få patienten att tänka till och göra att deras val av färdssätt blir mer medvetet.

3.4 Transporter och IT

Användandet av logistiska informationssystem (LIS) ses idag som en av nyckelfaktorerna för att lyckas uppnå en god logistik effektivitet. Informationssystemen gör det möjligt för företag att optimera deras logistikkostnader och service till kunderna. LIS kan delas upp i flera grupper, där transportation management systems (TMS) är en. (Barbosa och Musetti, 2010).

Användandet av TMS möjliggör att administrativa uppgifter och planering av transporter kan automatiseras. Det kan till exempel handla om uppgifter så som transportplanering, ta fram presentationsmåttn för uppföljning, kontroll över beläggning på fordon och hantering av rutter. TMS kan användas på flera nivåer; i transportplaneringen, i optimeringen och i utförandet. (Barbosa och Musetti, 2010).

Cavusgil *et al.* (2005) har identifierat flera punkter där förbättrad IT kan hjälpa ett företags leveranskedja. Den första punkten innebär att IT har potentialen att öka snabbheten, kvaliteten samt möjlig kvantitet av information som överförs. Det gör att relevant och viktig information blir tillgänglig i rätt tidpunkt för alla som har nytta av den. Loebbecke och Powell (1998:19) utvidgar resonemanget genom konstaterandet att alla effektiviseringar i logistiken kräver samarbete mellan alla parter i leveranskedjan. För att lyckas måste det som bas finnas full tillgång till transportrelaterad produktinformation. Den andra punkten är att med hjälp av IT kan uppnå en bättre koordination med ens samarbetspartners samt reducera transaktionskostnader mellan dem och företaget. En tredje faktor tar den andra faktorn ett steg längre med att IT även kan integrera företaget med en eller flera partners i leveranskedja. Det kan handla om en integrerad lagerplanering, efterfrågeprognos eller schemaläggning av order. Det medför att en balans mellan utbud och efterfrågan är lättare att uppnå sett över hela leveranskedjan. En fjärde och sista faktor är att IT ger företaget möjligheter att svara på förändringar och möta önskemål från kunder snabbare. På det hela taget anser Cavusgil *et al.* (2005) att IT påverkar leveranskedjans förmåga positivt.

3.5 Teoretisk diskussion

Det alla ovan nämnda teorier har gemensamt är att de på något sätt försöker att påverka ett beteende och därigenom skapa förutsättningar för ett effektivare resursutnyttjande. Samordning är något som fokuseras i samtliga teoriernas fall. Teorin om MM handlar om att främja vissa verktyg för att sprida kunskap om alternativa färdmedel och uppmuntra en förändring av attityder. Att genom mjuka åtgärder påverka en resa innan den har startat är målet med MM. Huvudsyftet är att individer skall fundera på om en resa verkligen är nödvändig att genomföra och om det kan finnas alternativ till att resa och ändå uppnå samma mål. I fallet med sjukresor är det dock svårt att ersätta resan med till exempel tekniska lösningar. Resor har i de flesta fall en härledd efterfrågan, vilket innebär att resor inte företas för resandets skull. I de allra flesta fall är sjukvård en tjänst som bygger på att både patienten och vårdpersonalen deltar aktivt och båda närvarar på samma plats. Därmed är sjukresor en nödvändighet som inte kan upphöra helt. Att göra kortare resor är också svårt eftersom trenden är att sjukvård koncentreras, vilket förlänger avstånden. Eftersom transporter är relativt billiga idag, så anses det vara mer lönsamt med färre sjukhus och istället längre transporter. Att göra resorna färre är också svårt eftersom patienter inte själva kan styra när de blir sjuka och antalet behandlingar de behöver genomgå.

Genom att påverka vissa faktorer, så kan också beläggningen på ett visst färd sätt påverkas. Fördelar med att åka bil respektive nackdelar med att åka kollektivt är i princip varandras motsatser och vice versa. Till bilens fördelar hör bland annat att den skapar frihet, är snabb, flexibel, komfortabel och ger tillgång till ett eget utrymme.

Detta brukar tas upp som nackdelarna med kollektivtrafik, att den är strikt bunden till vissa stråk, långsam och behovet av att dela ett utrymme med andra. Därför uppstår en konfliktsituation som gör det svårt att samordna resor. Förenklat kan sägas att teorin förespråkar samordning men individerna förespråkar att resa i ett eget utrymme. Incitament av olika slag behövs därför som uppmuntrar till att resa kollektivt, som kan överbrygga de nackdelar som sådana resor är förknippade med. Att resan med kollektivtrafik tar längre tid än med bil kan vändas till något positivt genom att restiden kan nyttjas för arbete. På det sättet kan arbetsdagen bli kortare. För att överföra resor från bil till kollektivtrafik är det därför viktigt att trycka på de aktiviteter som inte går att göra när resenären kör själv. Att kollektivtrafiken erbjuder en hög kvalitet kan göra att de problem som samåkning kan ge upphov till kommer i skymundan. I samtliga teories fall har beläggning ett underliggande perspektiv. Genom att påverka beteenden hos resenärer och lyfta fram vissa faktorer kan beläggnings påverkas på ett eller annat sätt, på de olika färdstegen.

De teorier som tar upp samordning av transporter menar att det kan ske både genom samåkning, men också genom andra närliggande åtgärder kring själva transporten. Det berör information om de trafiklösningar som finns, planering av trafiken med fordonsutnyttjande och beställningsmottagning. Just när det gäller samåkning så kan det vara problematiskt då olika resenärskategorier har olika krav och förväntningar på resan. Att samordna fritidsresenärer, arbetspendlare, skolelever, sjukresenärer och färdtjänstresenärer i ett fordon kan skapa olika intressekonflikter. Att veta vems behov som skall vara styrande för transportens utformning är inte helt enkelt. Det är också detta som gjort att det idag finns olika särlösningar för olika grupper. Samåkning kan dock ske i olika grader och det gäller att hitta en nivå och kombination av olika resenärer som är lämplig för en viss typ av trafik.

4. Tillvägagångssätt

Den samhällsvetenskapliga metoden kräver ett systematiskt sätt att undersöka verkligheten på. För att kunna producera kunskap så är valet och redogörelsen av tillvägagångssättet av största vikt. Detta kapitel innehåller en argumentation för de ställningstaganden som gjorts i uppsatsen.

4.1 Kvalitativ förstudie

Efter att ha blivit intresserade av sjukresor, gjordes en kvalitativ förstudie. Den tog sig till uttryck genom att ett möte anordnades med intressenterna Västtrafik och Västra Götalandsregionen. Representant för Västtrafik var Lars Wollter, som är chef för Anropsstyrd trafik. Från Västra Götalandsregionen deltog Lena Martinsson, sektionschef för redovisning på regionens sjukreseenhet. Innan mötet genomfördes hade en översiktlig genomgång gjorts av olika tidningsartiklar och utredande rapporter, som på olika sätt aktualiserat frågan om sjukresor.

Bakom detta möte fanns flera syften. Det är inte enkelt att utan insikt i och kunskap om verkligheten kunna formulera intressanta praktiska problem. Därför låg fokus på att diskutera tänkbara infallsvinklar för uppsatsen. Ett ytterligare syfte var att få bekräftat att sjukresor som ämne är intressant att fördjupa sig inom och att en mottagare kan ha användning för de resultat och slutsatser som framläggs. Genom att ha ett initialt möte fick vi även bra kontakter inom de organisationer som vi ämnade röra oss inom. Det var något som skulle visa sig bli viktigt.

När mötet avslutades hade vi tillsammans kommit fram till att utnyttjandet av sjukreselinjerna Ronden var av vikt att studera, med fokus på faktorer som påverkar beläggningen. Förstudien gav oss även idéer till hur själva undersökningen kunde designas, vilket gjorde det lättare att komma vidare i arbetsprocessen. Reaktionerna vi fick från intressenterna var positiva vilket var inspirerande och det kändes ännu mer intressant att fortsätta arbetet med sjukresor.

4.2 Induktiv ansats

För att kunna gå vidare med studien så behövdes ett beslut om vilken metodansats som skulle användas. Klassiska teorier för detta är deduktion och induktion. Deduktion används ofta inom naturvetenskapen och syftar till att härleda logiska resonemang. Inom samhällsvetenskaperna är användandet av deduktion omtvistat. Detta då man utgår från vissa fasta premisser, som antas vara sanna. Om sedan även de logiska härledningarna är sanna, så måste slutsatsen vara sann. En slutsats från den deduktiva teorin ska således inte gå att bestrida. (Hartman, 2004; Thomassen, 2007).

Den induktiva teorin utgår istället från systematiserade erfarenheter. Det innebär att slutsatser baseras på observationer som kan utskiljas i vardagen och där samband verkar föreligga. Det innebär att slutsatserna inte är logiskt härledda från premisserna, då man kan observera ett samband som endast råder vid ett visst tillfälle eller vid en viss företeelse. Slutsatsen behöver därför inte bortom alla tvivel vara sann. En fördel med att använda induktion är att det induktiva tänkandet återspeglar hur människan tänker, det vill säga när vi ser en regelbundenhet har vi naturligt en tendens till att anta att den återkommer. En annan fördel är att teorin för kunskapsläget framåt.

I utgångsläget har vi bara enstaka observationer och vad som utmärkt sig då. Genom att induktivt analysera läget får vi även kunskap om det som inte observerats, alternativt det som ännu inte inträffat. Vi kan således få kunskap om framtiden. Det ställer dock krav om att antalet observationer som görs är tillräckligt stort. Det är intuitivt att påstå att ju fler observationer som görs desto säkrare blir slutsatsen och desto större blir möjligheten att generalisera resultaten. Någon regel för hur många observationer som skall göras finns inte, utan man får i det enskilda fallet bedöma om skäligt antal observationer gjorts för att stödja slutsatsen. (Hartman, 2004; Thomassen, 2007).

Vi har valt att arbeta efter den induktiva teorin. Denna teori sammanstrålar med vår uppfattning om vetenskaplig kunskapsproduktion, att ingen regelbundenhet som uppfattas i verkligheten är självklar. Målet är att uppnå en så säker kunskap som möjligt genom en medvetenhet om tillvägagångssättet, inom samhällsvetenskap har vi svårt att se hur en icke bestridbar slutsats ska kunna författas.

Studien vi gjorde utfördes i huvudsak med en kvalitativ metod. Hartman (2004:273) definierar den kvalitativa metoden enligt följande:

”Kvalitativa undersökningar karakteriseras av att man försöker nå förståelse för livsvärlden hos en individ eller en grupp individer.”

Forskningsprocessen kan delas in i tre faser som forskaren arbetar efter, de är planerings-, insamlings- och analysfasen (Hartman, 2004). Vi kommer här efter i detta kapitel, under rubrikerna datainsamlingsmetod och analysmetod, att gå in närmare på dessa tre faser.

4.3 Datainsamlingsmetod

4.3.1 Sekundärdata

När valet av lämplig metodansats avslutats påbörjades planeringsfasen där vi studerade vårt valda ämne på djupet, för att verkligen ringa in problemet. Först och främst gjordes en litteraturgenomgång för att finna det som tidigare författats inom sjukresor. Sökandet skedde till en början väldigt brett i olika artikeldatabaser så som *Business Source Premier*. Vi sökte även i tidsskrifter specialiserade mot medicin. Mycket av det material vi fick fram handlade om transporter mellan sjukhus. Det inriktade sig också tydligt på akuta sjuktransporter som ambulansverksamhet, väldigt få hade de icke-akuta sjukresorna som utgångspunkt.

Sökningen efter relevant litteratur har till stor del skett på ett internationellt plan. Detta dels på grund av brist på svenska studier samt för att få med så många aspekter som möjligt och kunna öka generaliserbarheten. För att göra sökningen så effektiv som möjligt var det viktigt att identifiera bra strategier för informationssökning och sökord. Vi fann att det engelska begreppet *Non-emergency patient transport* verkade vara allmänt vedertaget internationellt för det vi studerade. När vi sedan funnit några studier kunde vi sedan arbeta vidare med deras källor och en positiv snöbollseffekt, där det ena gav det andra, skapades.

Det är ofta problematiskt för forskare att få tillgång till bra data. Anledningarna till det är många. Ett hinder kan vara lagstiftning så som datalagstiftningen eller personuppgiftslagen. Ett annat kan vara att organisationen inte vill ge ut data som de betraktar som affärshemligheter (Andersen, 1998). Eftersom vi har arbetat med offentlig sektor är det inget problem som vi har stött på.

Vi har till denna studie fått tillgång till ett dataunderlag innehållandes cirka 2,8 miljoner sjukresor under perioden 2008-01-01 till 2012-03-27. Datamängden innehåller uppgifter som kön, födelseår, mellan vilka adresser resan gjordes samt med vilket transportslag resan genomfördes. Möjligheten att utnyttja denna väldiga datamängd var ett resultat av den goda kontakt som upprättades i den kvalitativa förstudien. Tanken med att studera dessa data var att kartlägga hur resflödena med Ronden och taxi ser ut och komplettera enkätundersökningen, då vi från början inte visste hur omfattande svar den kunde ge på två veckor. Vi har dock inte kunnat göra någon analys med hjälp av dessa uppgifter. Det enda programmet, vi känner till och har förkunskap i, som kan hantera dessa stora datamängder är QlikView. Den komplexitet som det dock innebar med att lägga in alla uppgifter korrekt i programmet och ta fram rätt dimensioner visade sig vara en för stor utmaning för oss. Vi försökte att filtrera ut data från endast 2011, en datamängd på cirka 780 000 resor, och göra analysen i Excel istället. Orsaken till att vi valt att filtrera data var för att få den mer överskådlig, samt att Excel endast kan hantera en miljon rader i ett arbetsblad. Där blev problemet istället att vi inte hade tillräckligt med kraft i våra datorer för att kunna utföra de beräkningar som vi ville göra. Istället har vi fått använda oss av redan framtagna data som funnits tillgänglig från Västtrafik och Västra Götalandsregionen. I slutändan anser vi att det inte inneburit något hinder för oss att uppnå vårt syfte.

4.3.2 Primärdata

Enkätundersökning ombord på Ronden

Planeringsfasen fortsatte med att vi utformade vår undersökning. Vi kände oss dock här bakbundna av att strikt använda kvalitativa instrument i studien. Kunskapskällor i kvalitativa studier är främst intervjuer eller naturalistiska observationer. (Hartman, 2004). Ingen av dessa metoder tyckte vi fungerade i praktiken för att vi skulle kunna uppnå vårt syfte, som i detta läge var fastställt till att undersöka faktorer som ligger bakom just kvinnors val att resa med sjukreselinjerna Ronden. Detta då tidigare forskning specifikt har pekat på att kvinnor, framför allt äldre, har det svårare i transportsammanhang samt att endast kvinnor inte behandlats i detta avseende tidigare. Vi valde då istället att genomföra en enkätundersökning, ombord på Ronden i Fyrbodal, som vår främsta kunskapskälla. Enkätundersökning är en metod som ofta sammankopplas med den kvantitativa metoden. Andersen (1998) menar dock att det är möjligt att använda kunskapskällor som kombinerar de två dimensionerna. Det är således inte alltid nödvändigt att välja en metod på bekostnad av den andra. Det viktiga är att man som forskare har tillgång till de mest lämpliga undersökningsverktygen så att kunskapen som produceras är ändamålsenlig.

Att använda enkäter som primär insamlingsmetod har sina för- och nackdelar. Bland fördelarna finns lättheten i att administrera, respondenten har god tid på sig att besvara frågorna och enkäten ger tillförlitliga svar vid tillräckligt stor frekvens. En nackdel är att det idag är väldigt vanligt med enkätundersökningar vilket har lett till att många har tröttnat på att fylla i dem. Det var därför viktigt för oss att hålla enkäten så kort som möjligt, så att vi endast samlade in den data vi faktiskt behövde. En annan nackdel är att det inte finns någon större möjlighet att ställa alltför omfattande frågor (Andersen, 1998).

När enkäten utformades valde vi att bifoga ett följebrev vilket förklarade syftet med enkäten. Svarsfrekvensen tror vi blir högre när syftet är tydligt kommunicerat tillsammans med vem som står bakom enkäten samt vilka fördelar respondenten har av resultatet. Detta är något som bekräftas av Andersen (1998).

Mycket tid lades sedan ner på att formulera frågor som täckte in våra huvudfrågeställningar och som samtidigt var lätta för respondenterna att förstå. Områden att fråga om i enkäten identifierades utifrån den litteratur som vi studerat kring resor till och från sjukvård. Vi jobbad även mycket med designen, så att enkäten skulle vara enkel att navigera igenom. Det var viktigt att göra den tydlig med ett så stort teckensnitt som möjligt för att underlätta läsningen av den. Enkäten reviderades flera gånger i samråd med handledare. För att minimera risken för feltolkningar av vissa frågor har, förutom projektets handledare, även några utomstående fått studera enkäten. Inga direkta synpunkter framkom då som föranledde revideringar. Följebrevet och enkäten finns i sin helhet i bilaga 3.

Insamlingsförfarandet

Insamlingsfasen genomfördes ombord på Ronden, där vi samlade in data genom vår enkätundersökning under två på varandra följande veckor i april 2012. För resplan se bilaga 4. Antalet resande med Ronden ligger på relativt konstanta nivåer under året (Johansson, 2012). Valet av just denna tidpunkt hade således ingen påverkan på hur många svar vi kunde få in. Det är bara under sommarmånaderna som en minskning i resandet syns, något vi har kunnat konstatera genom att studera historiska data. Anledningen till det minskande resandet under sommaren har sina naturliga skäl då planerad vård bedrivs i mindre omfattning under denna period. Majoriteten av de resor som genomförts har gått med Ronden mellan Göteborg och Fyrbodals. Mot slutet av andra veckan märkte vi dock att antalet respondenter ombord att fråga blev allt färre. Det berodde främst på att de som åkte med bussarna hade svarat på enkäten under tidigare resor. Vi fick då tipset av personalen på bussarna att resa med Ronden 5 som kör mellan Göteborg och Skövde. En sådan resa genomfördes och det gav en bra utdelning med flera nya svar, eftersom vi inte träffat på de resenärerna sedan tidigare. Med denna resa gjordes en avvikelse från studieområdet Fyrbodals. Någon negativ påverkan på resultaten anser vi dock inte att detta har haft. Ronden 5 är, precis som de Rondenlinjer som trafikerar Fyrbodals, inte öppen för allmänheten och bussarna är utformade på samma sätt. Den här resan var enbart positiv att genomföra då den bidrog till ökad svarsfrekvens för enkätundersökningen. Av det totala svarsunderlaget kommer 13 procent från resan med Ronden 5.

Vi har tidigare motiverat varför vi endast valde att studera kvinnors resande med Ronden. Det finns även ett praktiskt skäl bakom detta beslut. Skulle även män tillfrågats hade det i den statistiska dataanalysen krävt att lika många män och kvinnor tillfrågats. I annat fall hade det blivit svårt att dra några slutsatser. Vi hade efter litteraturstudien anledning att tro att antalet män ombord på Ronden skulle vara begränsat, vilket också visade sig stämma då vi väl åkte med bussarna. Ett sådant datainsamlingsarbete skulle blivit betydligt mer omfattande och svårare att genomföra.

För att få bra svarsfrekvens ansåg vi det viktigt att vara på plats när enkäten fylldes i av respondenterna. Initialt så tänkte vi att eftersom många är äldre så var det viktigt att vi kunde hjälpa till att läsa upp frågorna högt, för dem som såg dåligt. Vi skulle även ha möjlighet att fylla i svaren åt dem om så önskades. Något vi inte tänkte på från början var att vissa resenärer kunde vara åksjuka och därmed inte kunde fylla i enkäten. Det fick vi snabbt erfara att så var fallet. Det gjorde det ännu viktigare att vi var på plats och kunde hjälpa till. Det som kan vara negativt med detta förfarande är att det kan uppstå en intervjuareffekt där vi påverkar respondenten att svara på ett visst sätt. Detta genom att ställa frågan med ett visst tonfall eller omedvetet använda ett visst kroppsspråk. Vi var medvetna om detta vid insamlingstillfällena och försökte vara så neutrala som möjligt. Då majoriteten av respondenterna ändå fyllde i svaren själva så anser vi att intervjuareffekten haft ingen eller mycket liten påverkan på resultatet.

Innan vi gav oss ut på fältet hade vi gjort upp ett resschema upp över vilka turer vi skulle åka med. Den första turen gjorde vi tillsammans för att synkronisera att vi gick tillväga på samma sätt. Resterande turer under insamlingen gjorde vi var för sig. Målet var att åka på så många olika turer och linjer som möjligt. Detta för att täcka in stora delar av linjenätet så vi kunde nå ut till många respondenter.

Ett faktum som vi misstänkt innan undersökningens start bekräftades redan efter några dagar, nämligen att flera resenärer reser regelbundet med samma linjer. Det medförde att vi vissa turer inte kunde fråga någon ombord, eftersom de kvinnorna redan svarat på enkäten sedan tidigare. Vi tillämpade således ingen återläggning. I mitten på den andra insamlingsveckan erbjöd sig personalen på Ronden att hjälpa till med att dela ut enkäter. Det visade sig att morgonturerna från Åmål kl. 05.30 respektive 06.15 och söderut brukade ha god beläggning, men praktiska svårigheter med att bege sig till Åmål den tiden gjorde att vi inte kunde medfölja båda dessa personligen. Det var därför till stor hjälp när personalen delade ut enkäterna. Vi anser inte att kvaliteten i respondenternas svar påverkats av om enkäten delades ut av oss eller personalen ombord på bussarna. Eftersom personalen hjälpte oss först under andra insamlingsveckan hade de fått förståelse för syftet med enkäten och kunde därför förklara det för respondenterna och svara på enklare frågor från dem.

Under de två veckor som insamlingen pågick fick vi en mycket djup inblick i den löpande verksamheten ombord på Ronden. Det gav oss värdefulla erfarenheter och intryck som vi inte fått om vi inte åkt med i den utsträckning som vi gjorde. Redan från första dagen var all personal ombord på bussarna mycket välkomnande. De hade i förväg blivit informerade om vilka vi var och vad vi gjorde där. Det öppnade upp för många informella samtal under resorna och vi fick en inblick i hur personalens tankegångar går kring Ronden. Att allt gick så smidigt som det gjorde var ingen slump. Genom vår kvalitativa förstudie kom vi i kontakt med helt rätt personer för att få allt runt omkring att fungera. Att vi började i rätt ände i vårt tillvägagångssätt skapade gynnsamma förutsättningar för oss.

Datainläsning

När vi var klara med vår datainsamling kunde vi konstatera att nästan samtliga kvinnor som vi träffat under de två veckorna på Ronden ställde sig positiva till att svara på frågorna. Totalt delades 101 enkäter ut. Vid inläsning och inkodning av svaren i statistikprogrammet *IBM SPSS Statistics 20* var 91 fullständigt ifyllda och giltiga som underlag. Tio stycken sorterades således bort. Anledningen till det är att de var så ofullständigt ifyllda att vi bedömde dem som icke användbara. Med en svarsfrekvens på 90 procent så känner vi oss nöjda med vårt metodval. Det gör även att vi känner oss trygga med resultaten. Svarsfrekvensen, i kombination med att vi fått många svar och i hög utsträckning kände igen resenärer som åkte, gör att vi ser på resultaten som generaliserbara. Vi tror inte att ytterligare respondenter från urvalsgruppen skulle få någon större inverkan på resultatet.

Respondenternas perception och svarsvilja

Vid datainläsningen upptäckte vi att respondenter, trots vårt ordentliga förarbete, upplevt vissa bekymmer med frågorna. Enkätens viktigaste fråga är nummer 22. Under pågående datainsamling upptäckte vi att den kunde misstolkas och att den fylldes i på olika sätt. Framför allt när vi läste upp faktorerna i frågan för respondenterna och bad dem bedöma hur viktigt respektive faktor var för dess resa fick vi mestadels svaret ”det är bra”. Till exempel hur viktigt mellan 1 och 5 tycker respondenten det är med service från värdinna, toalett ombord, bekväma säten etc.

De svarade som om att de tyckte det var bra att faktorerna fanns och inte hur viktiga de var för dem. Syftet med den frågan var att se vad resenärerna värderar under sin resa och om det finns några faktorer som sticker ut särskilt. Det blev extra tydligt att frågan ibland missuppfattades när vissa respondenter hade satt ett kryss istället för en siffra i rutan för respektive faktor. I de fall där kryss har använts har vi fått koda in det som ett missat svar. Ett alternativ skulle kunna ha varit att tolka det som blivit markerat som särskilt viktigt till förmån för det som inte blivit markerat. Därför hade vi kunnat översätta kryssen med en vikt. Det ansåg vi dock skulle vara för godtyckligt.

Vissa respondenter hade även lite svårt att förstå vad som var bäst och sämst på skalan 1 till 5 hos vissa respondenter. I flera fall vid uppläsning av enkäten svarade många 5 på faktorer de tyckte var viktigast, trots att skalans indelning redogjorts innan. Vår egen förklaring till detta är att många kan uppleva det som mer intuitivt att sätta en hög siffra/poäng för det som värderas högt och är av stor vikt. Vi får dock anta att respondenterna tagit till sig av den beskrivning som medföljde frågan och svarat enligt det sättet. Rent intuitivt hade det kunnat vara bättre med denna indelning. Vår tanke var dock att det som anses viktigast tilldelas värdet 1, då det kommer i första hand. Eftersom vi använder ordet ”rangordna” i frågans formulering tycker vi själva att siffran 1 passar för viktigaste faktorerna då de skall hamna överst. Ordet ”skatta” hade nog gjort frågan tydligare och då hade även en annan gradering passat bättre. Skalans indelning är i slutändan en smaksak anser vi och det finns egentligen inget som talar för eller mot en viss sorts gradering.

Den sista frågan berörde hushållets årsinkomst. Den upplevde många som besvärande att svara på och irrelevant. 23 procent av de tillfrågade valde att inte svara, vilket gjorde den till frågan med i särklass högst bortfall. Frågan är relevant och placerad sist av anledningen att den inte skulle påverka inställningen till enkäten. Hade den varit tidigare hade det funnits risk att respondenter inte velat fortsätta då de kanske trodde att andra frågor skulle bli ännu mer oönskade och för privata. Enkäten genomfördes dock helt anonymt varför vi inte ser någon ut-satthet i att svara på frågan. Frågan är relevant eftersom de som åker med kollektivtrafik ofta är personer med låg inkomst, enligt vad tidigare forskning har visat. I studier som gjorts om resvanor konstateras att tillgången till olika transportmedel styrs av ett antal olika faktorer. Bland dessa faktorer nämns inkomst, bostadsort, familjesituation, arbetsförhållanden, kön, hälsotillstånd och handikapp (Sundvall och Tarberg, 2000). Vi tyckte därför det var intressant att studera om det även är många med låg inkomst som väljer att resa med sjukreselinjer eller om inkomstens storlek inte är en faktor som påverkar valet av färd-sätt vid sjukresa.

Eftersom många åker med Ronden till sjukvården på morgonen och tillbaka några timmar senare var det flera respondenter som på frågan om var de klev på respektive av angav samma hållplats till exempel påstigning: Åmål 05.30, avstigning Åmål 15.00. I dessa fall har vi ändrat svaren eller bett respondenten själva göra det och ange var de klev på bussen då de fyllde i enkäten. Detta med anledning av att få upp en relation för resan för att se dess längd och omfattning. På så sätt har vi också sett vilka sjukhus som varit föremål för besök.

Respondenternas egenskaper

Efter datainläsningen avslutats kunde vi göra en del konstateranden. Medelåldern hos kvinnorna som svarat på enkätundersökningen uppgick till 65,5 år, åldersfördelningen visas närmre i diagrammet under.

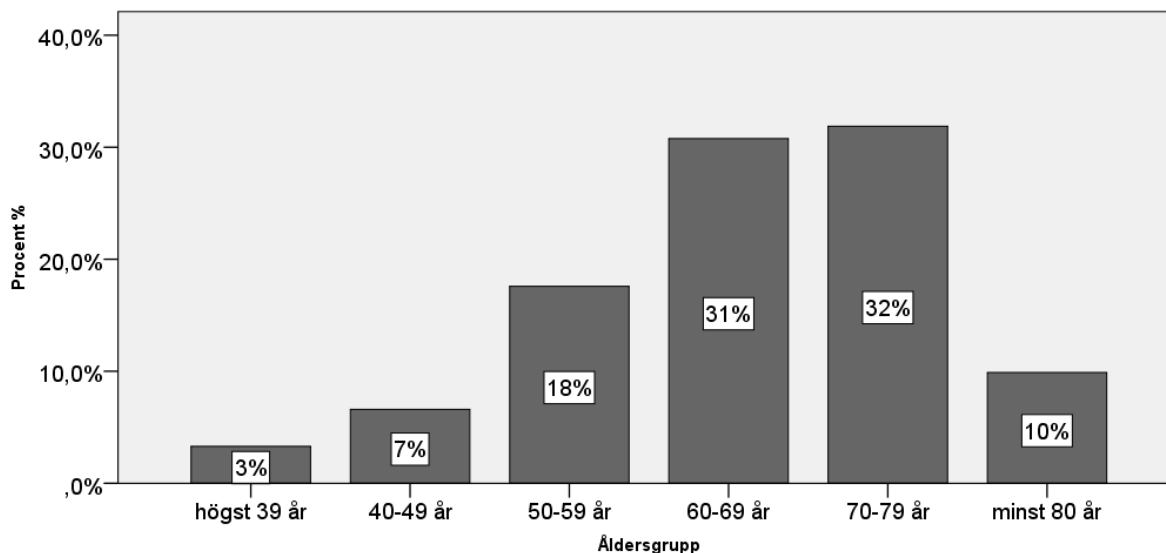


Diagram 4.1 Respondenternas ålder procentuellt fördelat på åldersgrupper (N=91).

Diagrammet visar att majoriteten av de resande är mellan 60 och 79 år. Endast ett fåtal är yngre än 40 år. Av respondenterna är 45 procent ensamma försörjare i hushållet. Bland de som är ensamförsörjare, som även svarat på frågan om deras årliga inkomst, tjänar endast 13 procent över 200 000 kronor brutto om året.

Nedan presenteras en tabell som beskriver hur inkomsten fördelade sig procentuellt inom hushållen, även hur inkomsten fördelade sig procentuellt totalt i populationen.

Tabell 4.1 Respondenternas årliga hushållsinkomst (SEK/år), fördelat på antal personer över 18 år i hushållet (i %).

	Personer över 18 år i hushållet				Totalt
	1	2	3	4	
0-100 000	36,7	6,7			18,8
100 001-150 000	26,7	16,7			18,8
150 001-200 000	23,3	23,3	20,0		21,7
> 200 000	13,3	53,3	80,0	100,0	40,6
Totalt (N=69)	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Vi hade även tänkt presentera bland annat inkomst i förhållande till körkortsinnehav. Dock är det så få respondenter som inte har körkort, vilket vi kommer presentera senare i uppsatsen. I kombination med det stora svarsbortfallet på inkomsten blev en sådan nedbrytning inte möjlig att göra. Svaren skulle inte bli tillräckligt tillförlitliga.

Ronden används idag av resenärerna som ett transportmedel mellan sjukvården och hemmet. Väldigt få använder det för att förflytta sig mellan vårdinrättningar. Bland respondenterna finns det ett begränsat antal ledsagare och anhöriga.

De flesta som åker, 93 procent, reser för att besöka vården för någon typ av behandling. Variationen bland behandlingarna var hög, det var dock några som stack ut. 33 procent åkte med Ronden till eller från sin strålningsbehandling/kemoterapi mot cancer. 25 procent skulle till sjukvården för konsultation/diagnosticering eller utredning. 26 procent använde sig av svarsalternativet annat. Bland de typer av sjukvårdsbesök som framkom där var operation, ögonbehandling och ortopedbesök nämnda flertalet gånger.

Geografiskt bodde 82 procent av resenärerna i någon av de kommuner som utgör Fyrbodals kommunalförbund. 23 procent är hemmahörande i Åmåls kommun, vilket innebär att det är kommunen där vi fått in flest svar. Närmast är Vänersborgs kommun där elva procent av våra respondenter bor samt Uddevalla kommun med 10 procent. Tre procent av respondenterna är hemmahörande i någon av kommunerna som utgör Göteborgsregionens kommunalförbund. 13 procent bor i Skaraborg. Två procent valde att inte besvara frågan om var de bor. Vi har valt att inte presentera fördelningen närmre då flera kommuner endast haft en respondent, något som således kan röja anonymiteten.

Ostrukturerade intervjuer

För att få ytterligare insikter och erfarenheter gjordes ett antal studiebesök. Vid dessa tillfällen genomförde vi intervjuer med nyckelpersoner samt så fick vi se ytterligare operativa processer och verksamheter som får sjukresandet att fungera. Signifikativt för alla intervjuer som vi genomförde är att de i hög utsträckning var ostrukturerade. Det innebär att vi hade få eller inga förutbestämda frågor, utan istället lät den intervjuade själv bestämma vad den tyckte var relevant att ta upp i sammanhanget (Hartman, 2004). Naturligtvis styrde vi samtalen så att de kretsade kring våra frågeställningar. Anledningen till att vi hade sådana öppna intervjuer är för att få en djupare förståelse för vad som är viktigt för intervjupersonen, och i den funktionen som personen arbetar inom. Andersen (1998) bekräftar att öppna intervjuer är det bästa valet för den typen av kunskapsökande. Både Hartman och Andersen betonar vikten av att dokumentera intervjuerna, vi har därför under varje intervju fört en intervjujournal.

När vi mötte Västtrafik för första gången i vår kvalitativa förstudie fick vi förslaget om att ta kontakt med Jonas Johansson. Han är verksamhetsutvecklare för anropsstyrd trafik på Västtrafik och är personen som utformat Rondenskonceptet. Vi har under projektets gång haft löpande kontakt med Jonas som har bistått med data och hjälpt oss tolka den på ett korrekt sätt. Första gången vi träffade honom hade vi ett längre samtal om hur Västtrafik ser på Ronden och dess framtid. Fokus låg på belägningsfaktorer och det IT-stöd som används.

I samband med insamlingen av enkätundersökningar besökte vi flertalet gånger Jumbolans AB:s bussdepå i Åmål. Vid ett av dessa tillfällen hade vi bestämt möte med Michael Byhlund, affärsområdesansvarig för Jumbolans, som är ett dotterbolag till Falck. Mikael berättade om den verksamhet som Jumbolans bedriver i Sverige. Han fick även berätta fritt om vilka fördelar han ser med fasta sjukreselinjer samt hur dessa kan utvecklas i framtiden.

Under projektets inledande litteraturstudiefas kom vi i kontakt med ett intressant projekt som finansierats av EU och heter Transportlösningar i glesbygd. Det har bland annat bedrivits i Västernorrlands glesbygd i syfte att hitta nya, innovativa kollektivtrafiklösningar.

En del av projektet handlade om hur beläggningen på en sjukreselinje kunde förbättras, genom att öppna linjen för allmänheten. Projektorganisationen har utgjorts av Henric Fuchs och Emilia Rapp på Landstinget i Västernorrland. De har även gjort ett omfattande arbete med att kartlägga och utreda sjukresorna i Västernorrland, ett arbete som blev klart i november 2011. Via e-post kontaktades projektledningen, som hade en mycket positiv inställning till vårt projekt om sjukresor med Ronden och undersökandet av beläggningen ombord. Direkt efter att vår datainsamling var slutförd arrangerades en resa till Västernorrland för att träffa projektledningen och utbyta erfarenheter. En resa med deras sjukreselinje nummer 190 mellan Sundsvall och Ånge genomfördes också för att jämföra det upplägget med Rondelinjerna. I Ånge besöktes även beställningscentralen för länet, där vi fick möjlighet att se hur de arbetar. Det samtal som hölls kretsade helt och hållet kring den omfattande sjukreseutredning som Henric och Emilia arbetat med, som vi också fått tillgång till att läsa. Genom besöket fick vi utökade verktyg i form av Henrics och Emilias analys och slutsatser kring sjukresor, att använda för att förstå situationen med sjukresor i Västra Götalandsregionen. Därtill fick vi idéer till förbättringar som skulle kunna genomföras i syfte att effektivisera sjukresandet i regionen.

Slutligen besökte vi även beställningscentralen i Västra Götaland, det vill säga Samres AB:s lokaler i Falköping. Där genomfördes en intervju med Jennie Fassé, trafikchef. Vi var intresserade av vilka erfarenheter de har kring Ronden, vad de tycker är bra samt deras syn på förbättringsområden. Det gav oss även förståelse för vilka åtgärder som kan vara genomförbara. Mycket av fokus vid intervjun låg på bokningssystemen som används samt administrationen kring egenavgifter.

4.4 Analysmetod

I analysfasen har det kommit till den punkten där data från enkätundersökningen skall tolkas. Resultaten från enkätundersökningen sammanfogas med övriga resultat från intervjuer. Till sammans med övergripande teorier samt tidigare studier analyserar vi fram svar på våra frågeställningar. Vi har valt att lägga både resultaten av enkätundersökningen och analysen i samma kapitel. Det vill säga vi kommer simultant presentera vad enkäten säger och analysera detta. Kapitlet är uppdelat efter våra frågeställningar och föranleder slutsatserna, med svar på frågeställningarna.

4.5 Reliabilitet och validitet

Reliabiliteten enligt Andersen (1998) anger i hur stor utsträckning resultaten från ett mätinstrument eller en mätmetod påverkas av tillfälligheter, eller hur säkert och precist vi mäter. Detta gäller oavsett vad det är vi har som avsikt att mäta. Det är således en uppskattning av hur tillförlitliga och pålitliga våra resultat är. Vi ska kunna göra samma observation om vi går ut och mäter samma sak igen, även andra ska kunna göra samma observationer. (Hartman, 2004) Vi har i detta kapitel ingående redogjort för våra metodval och hur mätinstrument har används. Stor noggrannhet har iakttagits vid registrering av data och vid analysen av den samma för att minimera felaktigheter. Vi tror starkt på att en utomstående part skulle kunna göra om denna undersökning och få samma resultat.

Validiteten å sin sida syftar till att belysa korrektheten i våra resultat. Det vill säga om våra mätinstrument mätt det som vi hade för avsikt att mäta (Hartman, 2004). Vi har iakttagit stor noggrannhet när enkätundersökningen utformades och använt oss av erkända metoder för att forma den på ett korrekt sätt. De data vi har fått ut stämmer väl överens mot vad vi förväntade oss efter att ha studerat ämnet ingående med litteratur och historisk data.

Vi har en hög medvetenhet om hur enkäten uppfattats och tolkats av respondenterna, vilket vi nämnt tidigare. Detta då vi varit på plats vid enkätens ifyllande. Det gör att vi kunnat identifiera och urskilja fel som annars kunde påverkat undersökningen. För att våra data skulle bli mer otvetydigt giltiga skulle användandet av en referensgrupp, bestående av sjukhusbesökare som kanske nödvändigtvis inte rest med Ronden, vara av nytta. Detta för att kunna isolera svar och faktorer bättre för just Rondenresenärer. Dessvärre fanns det både tidsmässiga och praktiska problem med att genomföra en undersökning även hos en referensgrupp. De intervjuer vi har genomfört är med personer väl insatta i sina verksamheter på höga positioner och kan således antas kunna ge reflekterande svar. Vi har försökt intervjua personer med flera olika perspektiv inom ämnet för att få en stor bredd av tankar och åsikter. Det har även varit viktigt för oss att ha ett kritiskt förhållningssätt till det som sagts, då det finns risk att personerna vi intervjuat givit en förskönad bild av företaget de representerar.

4.6 Källkritik

Då källor skall utvärderas finns ett antal olika kriterier att beakta. Det mest centrala är att fastställa identifikationen och äktheten hos källan, det vill säga att källan är vad den utger sig för att vara. Vi har ingen anledning att tro att någon av de källor vi har använt för denna studie är ett falsarium. (NE, 2012b).

Det finns ytterligare tre kriterier att bejaka och de är tids-, beroende- samt tendenskriteriet. Tidskriteriet innebär att ju närmare i tiden källan är författad, desto mer tillförlitlig är den. Vi har i huvudsak använt oss av samtida källor, majoriteten är inte mer än fem år gamla. De källor som är äldre är främst metodböcker där kunskapen inte förändras lika snabbt över tid. Vi har även använt oss av äldre offentliga utredningar, till exempel sjukreseutredningen från 1981. Anledningen till det är helt enkelt för att det är den senaste mest omfattande som gjorts. Vi har i det fallet inte använt oss av några data utan endast hur sjukresor betraktas, vilket är detsamma än idag. (NE, 2012b).

Beroendekriteriet går ut på att en trovärdig källa inte ska vara påverkad av en annan källa. Om två, eller fler, källor säger samma sak oberoende av varandra kan källan antas trovärdig. En annan form av beroende kallas trädning där källor hänvisar till varandra och den ursprungliga förstakällan blir oklar. Därför ska primärkällan helst användas för att inte minska den aktuella informationens trovärdighet. Detta kriterium är inte helt enkelt alla gånger att upprätthålla. Vi har i största möjliga mån sett till att använda oss av primärkällor där information inte traderats och försökt säkerställa att källan inte är påverkad av andra källor. (NE, 2012b). Det sista kriteriet är tendenskriteriet. Där åsyftas att upphovsmannen kan ha ett intresse av att påverka opinionen. Det kan till exempel röra sig om ekonomiska intressen där upphovsmannen fått betalt av ett visst företag för att skriva en rapport, då kan dens oberoende ifrågasättas. Ett annat intresse kan vara av politisk eller ideologisk natur, för att forma opinion som gynnar en själv eller ens uppfattningar om samhället. Detta kan ge en förvriden bild av verkligheten och viss information, som kanske inte passar in i upphovsmannens personliga syften, negligeras. Vi har i denna uppsats använt en del källor som inte kan ses som helt opartiska. Till exempel material som producerats av Västra Götalandsregionen och Västtrafik själva. Där kan dessa ha ett intresse av att påverka opinion för att nå uppsatta mål och de är i slutändan politiskt styrda. Även en del konsultrapporter har används så som No Transport, No Treatment skriven av bland annat David Denmark. Den rapporten är delvis sponsrad av Cancer Council Australia vars syfte bland annat är att förespråka rättigheter för cancerpatienter så de får bästa möjliga vård och support. Den rapporten kan därmed antas vara skriven utifrån det perspektivet och kanske inte se till andra sjukdomstypers bästa. Vi har varit mycket medvetna om olika liknande förhållanden bland de källor vi använt och tagit hänsyn till det. (NE, 2012b).

5. Sjukresor i Västra Götalandsregionen

Kapitlet innehåller en nulägesbeskrivning som redogör för sjukresorna i Västra Götaland och organisationen runt omkring dem. Även kostnadsutvecklingen för sjukresor presenteras i ett avsnitt.

5.1 Synen på en sjukresa

Sjukresa är en ersättningsform som regleras av ”lag (1991:419) om reskostnadsersättning vid sjukresor”. En person kan få ersättning för kostnader förknippade med resor till och från sjukvården. De respektive landstingen bestämmer de regler och ersättningsnivåer som gäller för sjukresor. Sjukresor är alltså ingen transportlösning, som till exempel färdtjänst, skolskjuts eller linjetrafik, vilket kan vara lätt att tro när ordet kommer på tal. (Börjesson, 2005). Landstingen sköter administrationen av sjukresorna och handlägger återbetalningarna av de reskostnader som en resenär har haft efter att egenavgiften dragits bort. Landsting har i många fall överlåtit ansvaret att upphandla transporter för sjukresor till kollektivtrafikföretaget i länet. I många fall är det också kollektivtrafikföretaget som har ansvaret för planeringen av sjukresor samt dess samordning med övriga samhällsbetalda transporter. Inom Västra Götalandsregionen fungerar det så, där Västrafik upphandlar avtal med trafikföretag som i sin tur kör sjukreselinjer och anropsstyrd trafik med både buss och taxi. Samordningen och driften av beställningscentralen är utlagd på entreprenad. Budgetansvaret för sjukresorna ligger hos de respektive politiskt tillsatta hälso- och sjukvårdsnämnderna (HSN) i regionen, som är tolv till antalet. Dessa nämnder fungerar som företrädare för regionens invånare och ansvarar för att analysera behovet av vård och beställa den vård som är nödvändig att ha genom att skriva kontrakt med vårdgivare. I Fyrbodal, som den här uppsatsen intresserar sig för, ingår HSN 1 Norra Bohuslän, HSN 2 Dalsland och HSN 3 Trestad. Stöd till nämnderna ges från Hälso- och sjukvårdskansliet (HSK). Ansvaret för sjukresorna vilar på Servicenämnden, som är en politisk nämnd för de serviceverksamheter som ingår i regionen. Hit hör Regionservice som fungerar som regionens egen internleverantör av tjänster inom inköp, upphandling, administration, materialförsörjning och transport. (VG-Region, 2010).

Det är ganska vanligt att ordet sjukresa misstolkas av många landsting och/eller av resenärer, i tron om att det syftar på en resa eller förflyttning. Det gör att särskilda transportlösningar som taxi är något som ibland antyds vara en skyldighet för sjukvårdshuvudmannen att tillhandahålla. Men lagen om sjukresor reglerar endast själva resekostnadsersättningen enligt de villkor som satts upp inom landstinget eller regionen. Lagen föreskriver alltså inte några transportlösningar eller någon utformning av sådana. Erfarenheter från utredningen ”Sjukresor i Västernorrland” (Fuchs och Rapp, 2011), som gjorts av landstinget i Västernorrland, visar att det är väldigt få landsting som har personal anställd hos sig som arbetar med att utveckla trafiklösningar för resor till och från sjukvården. Ett långsiktigt perspektiv för att påverka och utveckla formerna för resandet och dess kostnader saknas. Däremot finns personal med ansvar att boka och samordna de resmöjligheter som tillhandahålls. Genom att hantera och utveckla resor till och från vården på samma sätt som görs med den allmänna kollektivtrafiken skulle det kunna få effekten att resorna blir effektivare. (Ibid).

Det finns flera olika färdsätt att resa med för den som behöver ta sig till eller från sjukvården. Flyg kan användas liksom linjelagd allmän kollektivtrafik, anropsstyrd trafik och privat bil. (SIKA, 2008).

Det finns långt många fler resor till och från en vårdinrättning som inte betraktas och ersätts som en sjukresa. Uppskattningsvis genomförs cirka 100 miljoner sjukvårdsrelaterade resor årligen i Sverige. Av dessa ersätts åtta miljoner som sjukresor av sjukvårdshuvudmannen. Kostnaden för att ersätta dessa uppgår grovt till en procent av kostnaden för vården. (Johansson, 2012).

Sjukresor är väldigt få i relation till andra typer av resor. Just av denna anledning finns det enligt Sjukreseutredningen (1981) inte argument för att ha en separat organisation som hantarer sjukresor. Istället bör de hanteras inom ramen för det arbete kollektivtrafikföretaget bedriver inom ett landsting eller en region. Eftersom sjukresorna är få till antalet är det samtidigt svårt att anpassa den allmänna busstrafiken till sådana resor. Men genom att sjukresor blir en del av kollektivtrafikföretagets verksamhet kan de ingå som en del i trafikplaneringsarbetet och då utvecklas på samma sätt som den övriga kollektivtrafiken. (SOU, 1981).

5.2 Regeltillämpning vid sjukresa

Reglerna för sjukresa i Västra Götaland tillåter resenären att själv välja färdstätt, medan det är regionen som bestämmer vilken ersättning som utbetalas. Huvudsakligen är det resans längd och typ av färdstätt som avgör storleken på ersättningen. Principerna är sådana att ersättning utgår för det billigaste färdstättet med hänsyn tagen till omständigheterna i det enskilda fallet för resenären/patienten. När det gäller ”billigaste färdstätt” inkluderas allmän kollektivtrafik (buss, spårvagn, båt, tåg), sjukreselinje Ronden, privat bil och privat båt. Då sjukresa företas med något av de billigaste färdstättarna behöver inte regionen avgöra om resandet med färdstättet varit nödvändigt. (Sjukresehandbok, 2010).

Vid resa med privat bil ersätts kostnaden även om körsträckan överstiger avståndet mellan resenärens folkbokföringsadress och vårdenheten. Kostnaden för den faktiska körsträckan får dock inte vara högre än kostnaden för att resa med taxi mellan hemmet och vårdenheten. Att resa med privat bil styrs idag alltså helt av vårdtagarna själva, eftersom det inte kräver något särskilt utfärdat tillstånd baserat på en medicinsk bedömning av vårdtagaren. Bilresan får bekostas av vårdtagaren själv, som i efterhand får skicka in vårdkvitto och en reseräkning för att få ersättning för resor längre än 4 mil. (Sjukresehandbok, 2010).

När det gäller dyrare färdstätt som taxi, taxibåt och flyg, ersätts de endast om billigare färdstätt inte varit möjliga att använda på grund av patientens tillstånd. Även färdtjänstillstånd och reslängd kan vara omständigheter som spelar in. Ett vårdgivarintyg krävs i dessa fall som styrker att ett dyrare färdstätt behöver användas. Egenavgiften på 150 kronor gäller oavsett hur lång resan är. Ingen kan idag nekas boka en sjukresa med taxi för att komma till sjukvården. Väl där måste dock resenären se till att vårdpersonalen fyller i ett intyg som bekräftar att taxi varit nödvändigt för ditresan samt hemresan, om det är aktuellt. Om så inte sker faktureras resenären på hela avgiften för taxiresan i efterhand. Den som är färdtjänstberättigad behöver vid sjukresa inget särskilt tillstånd för att få åka taxi (VG-Region, 2010).

I många fall kan resa med ett dyrare färdstätt medföra en tidsvinst för resenären, det är dock inget som kan åberopas som giltigt skäl för dyrare färdstätt. Enda undantaget är om väntetiden på Ronden eller allmän kollektivtrafik överskrider tre timmar, då har resenären rätt till taxi hela vägen. Resor med taxi, specialfordon och Ronden förbokas alltid via beställningscentralen. (VG-Region, 2010).

Tabell 5.1 Egenavgifter vid sjukresa i Västra Götalandsregionen.

Färdsätt	Egenavgift per enkelresa
Ronden samt buss, tåg, spårvagn, flyg och båt	60 kr
Privat bil (oavsett antal passagerare)	60 kr
Taxi/specialfordon, liggande transport	150 kr (60 kr för resenär med färdtjänstillstånd vid taxiresa)
Ambulanstransport till sjukvård	150 kr
Asylsökande	40 kr

Om flera färdsätt är nödvändiga att använda under ett och samma resetillfälle gäller den lägsta egenavgiften för de färdsätt som använts. Ersättningen för egen bil är 1,50 kr per kilometer. Ersättning utbetalas för den del av kostnaden som överstiger egenavgiften, vilket medför att resenären själv får bekosta de fyra första milen eftersom egenavgiften är 60 kronor. För att ersättning skall utbetalas krävs att resenären skickar in, till sjukresekontoret, besökskvitto eller intyg från behandlande vårdinrättning. Den som väljer att resa med allmän kollektivtrafik måste själv undersöka resmöjligheter eventuellt boka och ansvara för resan. Ersättning ges för den del av biljettkostnaden som överstiger egenavgiften. Resenären får skicka in biljetterna tillsammans med vårdgivarkvitto och vänta på att utbetalning sker. Det finns på några sjukhus möjlighet att få reseutlägg kontant betalda i samband med att sjukbesöket genomförs. (VG-Region, 2010). Ett högkostnadsskydd för sjukresor träder in när en resenär når takbeloppet för egenavgifter på 1500 kronor inom en 12-månadersperiod. Resenären måste själv beakta sina kostnader, lämna in kvitton och ansöka om ett frikort när gränsen uppnås. År 2010 utfärdades totalt 8469 frikort för sjukresor. Det är en ökning med drygt 19 procent sedan 2006. (Sjukreseenhetens årsredovisning 2011).

Resor som går till vårdgivare utanför regionen, i enlighet med den nationella valfriheten för sjukvård, ersätts inte som en sjukresa. När vårdgarantin inte kan uppfyllas ersätts resor till en annan vårdgivare som Västra Götalandsregionen anvisat. (VG-Region, 2010).

5.3 Vårdgaranti och kömiljard

Västra Götalandsregionens sektion för sjukresor har identifierat vårdgarantin som en påverkande faktor för ett ökat resande till och från vården. Garantin infördes i slutet av 2005 med syftet att reglera inom vilken tid patienter skall få komma på vårdbesök eller behandling. (Sjukreseenhetens årsredovisning, 2011). Detta gäller inom den planerade specialistvården. Målet med införandet av vårdgarantin var att korta patienternas väntetider och förbättra tillgängligheten. (Arvidsson, 2007). Vårdgarantin säger bland annat att patienten skall få kontakt med primärvården samma dag. Ett läkarbesök skall erbjudas inom 7 dagar hos primärvården efter att ett medicinskt beslut har tagits. Efter 90 dagar skall en patient få besöka till specialistsjukvården. Efter ytterligare 90 dagar skall tid för behandling ges om ett sådant beslut fattas. Kan inte vårdinrättningen som normalt erbjuder en behandling ta emot inom den garanterade tiden skall de ordna tid hos en annan vårdgivare. Det kan vara inom Västra Götaland eller Halland hos andra landsting samt hos privata vårdgivare. Resan till en annan vårdgivare ersätts som sjukresa. (Vårdportalen, 2012b).

Under hösten 2008 infördes också den så kallade kömiljardsatsningen. Den innebär att ekonomiska incitament delas ut till sjukhus som lyckas korta sina vårdköer och erbjuda vård inom uppsatta tidsramar. Kömiljarden delas upp på två områden, nämligen väntan på besök och behandling inom planerad specialistsjukvård.

Fyrahundra miljoner fördelas till de sjukhus inom en region eller ett landsting som lyckas uppnå målet om att 70 procent av patienterna tas emot för besök eller behandling inom den specialiserade vården inom 60 dagar. Ytterligare hundra miljoner fördelas till de som uppnår att 80 procent av patienter får vänta maximalt 60 dagar på vårdbesök eller behandling. Det samma gäller för påbörjad specialistbehandling med samma ersättningsnivåer och procentsatser (Regeringen, 2012).

5.4 Ökade kostnader för sjukresor

Generellt ökade kostnaderna för sjukresor i Sverige med 17 procent mellan år 1999 och 2008. Samhällets totala kostnader för sjukresor var år 2008 uppe i 1,8 miljarder kronor. (SIKA, 2008). Antalet personkilometer för kollektivtrafik och samhällsbetalda resor har ökat från knappt 19 000 miljoner till drygt 24 000 miljoner under perioden 2000-2008. Det motsvarar en ökning med 29 procent. Kollektivtrafikens utbud har inte ökat i samma takt som resandet under samma period. Antal utbudskilometer har ökat med sju procent. Busstrafik står för den största ökningen avseende utbudet. (Ibid). Kollektivtrafik på väg har samtidigt störst betydelse för sjukresor och utvecklingen inom kollektivtrafikbranschen är därför viktig att följa för att se hur den kan påverka och gynna sjukresorna (SOU, 1981).

De administrativa kostnaderna för beställning av sjukresor var år 2011 27,5 miljoner kronor i Västra Götaland. Det innebar en ökning med 1,5 miljoner kronor jämfört med året innan. Kostnaderna avser drift och underhåll av Västtrafiks beställningscentral. (Sjukreseenhets årsredovisning, 2011). Västra Götalandsregionen har bland de högsta egenavgifterna i landet för sjukresor. Att åka taxi kostar 150 kronor vilket kan jämföras med grannregionen Halland som har en avgift på 80 kronor (Vårdportalen, 2012c). Även när det gäller resor med allmän kollektivtrafik så ligger Västra Götaland högt med 60 kronor i egenavgift. År 2003 beslutades av Regionfullmäktige att egenavgifterna för sjukresa med taxi skulle höjas från dåvarande 100 kronor till 150 kronor. Även egenavgiften för privat bil och sjukreselinje höjdes från 30 till 60 kronor. Gränsen för högkostnadsskyddet gällande sjukresor ändrades också från 1200 till 1500 kronor. (VG-Region, 2003). Under 2003 anlätade Västra Götalandsregionen en revisionskonsult som skulle granska sjukresorna, eftersom de blivit för dyra. År 2002 var kostnaderna för sjukresor 284 miljoner kronor. Målet med revisionen var att spara 50 miljoner kronor. Att kostnaderna var så höga berodde delvis på att nya flerårskontrakt med taxi hade tecknats (Bohusläningen, 2003). En populärvetenskaplig artikel publicerad i tidskriften Dagens medicin bekräftar bilden med ökade kostnader för sjukresor. Förklaringen som ges är att de flesta sjukresorna genomförs med taxi, som står för 63 procent av de totala kostnaderna för sjukresor. En liten del av sjukresorna går med den allmänna kollektivtrafiken, som i sammanhanget står för 5-6 procent. För att få ner antalet taxiresor är det flera landsting som infört sjukreselinjer, ofta med medicinskt utbildad personal ombord. Effekten har dock inte blivit särskilt stor. Egenavgiften bedöms enligt artikeln vara ett viktigt styrmedel för att påverka resenärens val av färdmedel. (Dagens Medicin, 2003).

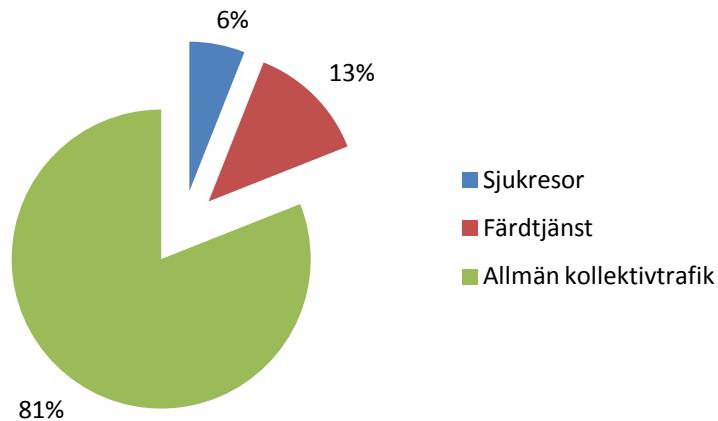


Diagram 5.1 Kostnadsfördelning för allmän och särskild kollektivtrafik i Västra Götaland (i %).
Källa: VG-Region (2010). Egen bearbetning.

Kostnaderna för sjukresor i Västra Götalandsregionen är förhållandevis små jämfört med för den allmänna kollektivtrafiken. Cirkeldiagrammet visar att sjukresor utgör sex procent av de totala kostnaderna för särskild och allmän kollektivtrafik i regionen, vilket motsvarar omkring 300 miljoner kronor. Under 2010 var Västtrafiks totala kostnader för kollektivtrafik 5,7 miljarder kronor. Ägartillskottet uppgick då till 2,5 miljarder kronor och biljettintäkter bidrog med 2,2 miljarder kronor. (VG-Region, 2012c). Den anropsstyrda trafiken, som inkluderar sjukresor, färdtjänst, skolskjuts och närtrafik står för en årlig kostnad om cirka 1 miljard kronor sammanlagt för hela regionen. Genom ökad samordning av särskild och allmän kollektivtrafik görs bedömningen att det finns goda möjligheter till att spara stora pengar. (Västtrafik, 2012b).

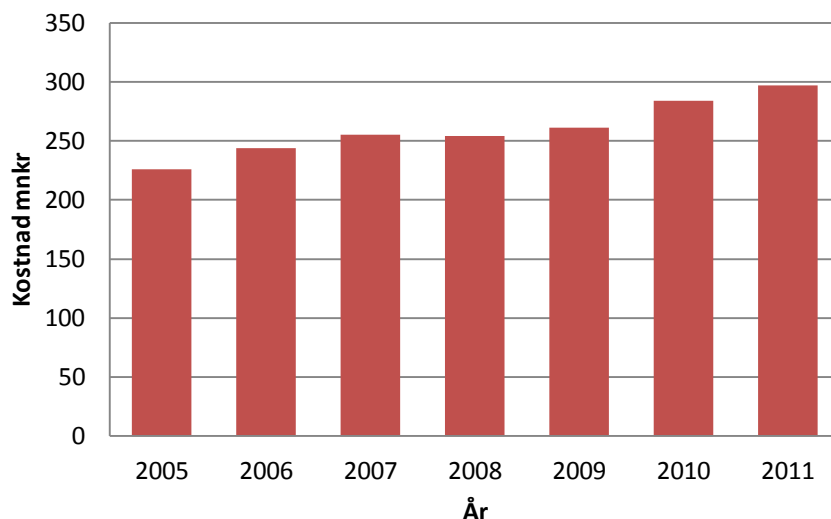


Diagram 5.2 Totala kostnader för sjukresor i Västra Götaland 2005-2011. (Kostnad i mnkr).
Källa: Sjukreseenhetens årsredovisning (2011).

År 2005 kostade sjukresorna skattebetalarna i Västra Götaland 226 miljoner kronor. År 2011 hade denna kostnad ökat med drygt 31 procent till 297 miljoner kronor. Det är 17,5 miljoner kronor mer än vad som budgeterats. Kostnadsökningen är inte inflationsjusterad. I denna kostnad ingår också de administrativa avgifterna för beställningscentralen, som presenterades innan. Sjukreseenheten själva anger vårdgarantin och kömiljardsatsningen som en förklaringsfaktor till det ökade underskottet.

Det har båda medfört att sjukresorna blivit fler, längre och dyrare. En ytterligare förklaring till kostnadsökningarna under 2010 och 2011 berodde på vinterväglag med hala vägbanor och trottoarer, som gjort resorna med taxi dyrare. Detta eftersom de resorna debiteras för körtid med tid för på- och avstigning. En särskild vintermatris tillämpades av Västtrafik vid de här tillfällena, vilket gjorde resorna dyrare eftersom de tog längre tid.

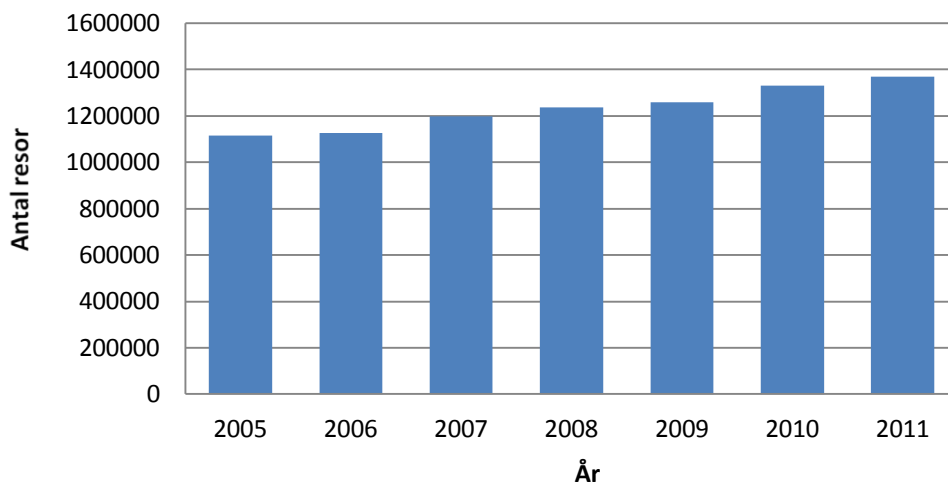


Diagram 5.3 Antal sjukresor i Västra Götaland 2005-2011 med samtliga färdstätt.
Källa: Sjukreseenhetens årsredovisning (2011).

Det har skett en ökning med 253 032 sjukresor mellan år 2005 och 2011. Procentuellt motsvarar ökningen med 22,7 procent och 2011 gjordes 1 368 000 sjukresor. I de olika diagrammen nedan visas hur kostnaderna och färdstätten är fördelade vid sjukresor.

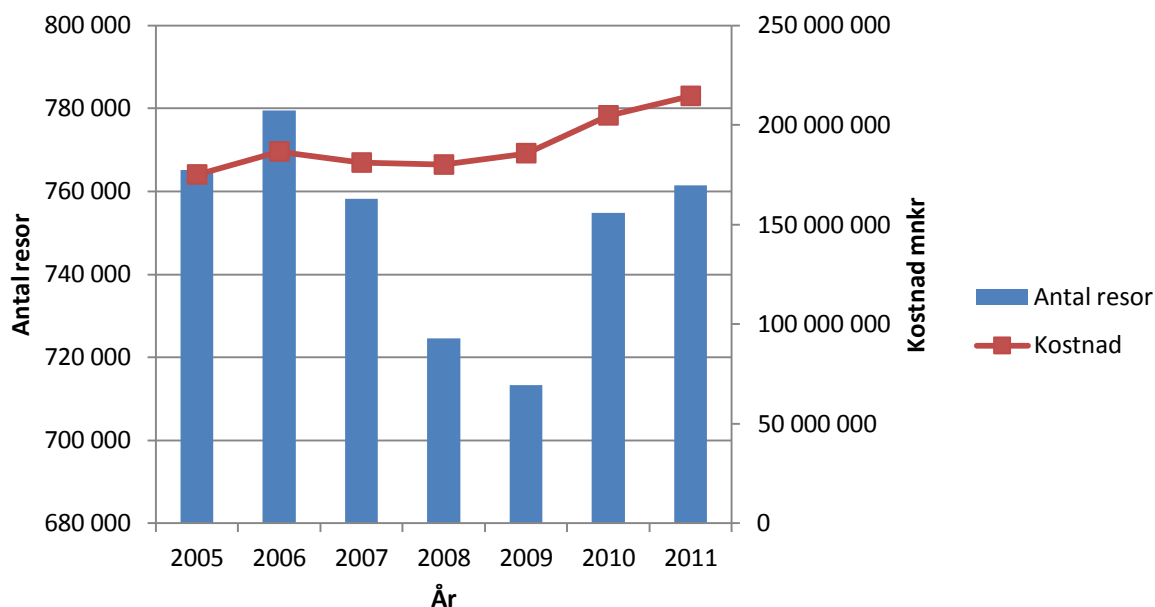


Diagram 5.4 Antal sjukresor med taxi i Västra Götaland 2005-2011 samt dess kostnader.
Källa: Sjukreseenhetens årsredovisning (2011). Egen bearbetning.

Diagram 5.4 är ett kombinationsdiagram som dels visar antal sjukresor med färdstättet taxi genom staplarna, dels kostnadsvariationerna för färdstättet genom linjediagrammet. Stapeldiagrammet avläses på den vänstra axeln och linjediagrammet på den högra. Majoriteten av sjukresorna går med taxi, vilket innefattar 57 procent.

Antalet sjukresor med taxi ligger på nästan samma nivå 2005 och 2011, omkring 760 000 stycken. Däremot har kostnaden för resorna med detta färdstätt tydligt ökat från 175 till drygt 214 miljoner kronor. Den kraftiga minskningen av taxiresor mellan 2006 och 2008 med 55 000 resor beror på att ett nytt transportörsavtal infördes 2007 vilket gjorde att de liggande transporterna, som tidigare gått med specialfordon, överfördes till ambulansverksamhetens sjuktransportbilar. Det handlar om 33 000 resor. Målet var att spara in 14 miljoner, något som inte lyckades fullt ut. Besparingen landade på 6,5 miljoner kronor. Den resterande minskningen tros bero på att kilometerersättningen för egen bil höjdes från 1 kr/km till 1,50 kr/km den 1 januari 2007. Att taxiresorna kraftigt ökar igen till år 2010 beror på svåra vinterförhållanden samt satsningar på kömiljarden. År 2011 fick regionen in 32,8 miljoner kronor i egenavgifter för sjukresor med taxi. (Sjukreseenhetens årsredovisning, 2011).

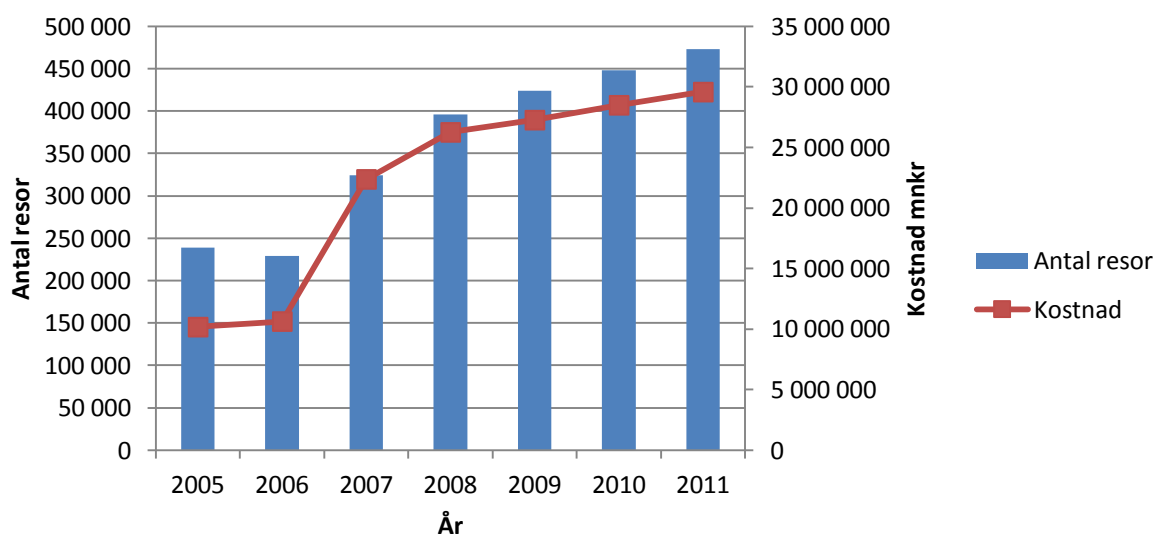


Diagram 5.5 Antal sjukresor med egen bil i Västra Götaland 2005-2011 samt dess kostnader. Källa: Sjukreseenhetens årsredovisning (2011). Egen bearbetning.

Kombinationsdiagrammet visar antal resor med egen bil (staplarna) och kostnadsutvecklingen för färdstättet (linjen). En kraftig ökning har skett vad gäller sjukresor med egen bil. Kostnaderna har på sju år ökat med 190 procent, vilket motsvarar 19 miljoner kronor. Den tidigare nämnda höjda kilometerersättningen förklarar en stor del av utvecklingen. När det kommer till antalet resor med egen bil, som ersatts som sjukresa, har de under samma tidsperiod ökat med drygt 230 000 stycken och 2011 ersattes 473 100 bilresor. De sjukresor som bedrivs med egen bil är de som har ökat kraftigast av alla färdstätt under 2005-2011. Det gäller både sett till antalet resor och kostnadsutvecklingen. Inkomna egenavgifter för egen bil var under 2011 totalt 19,5 miljoner kronor. Samtidigt var nettokostnaden närmare 30 miljoner kronor för färdstättet.

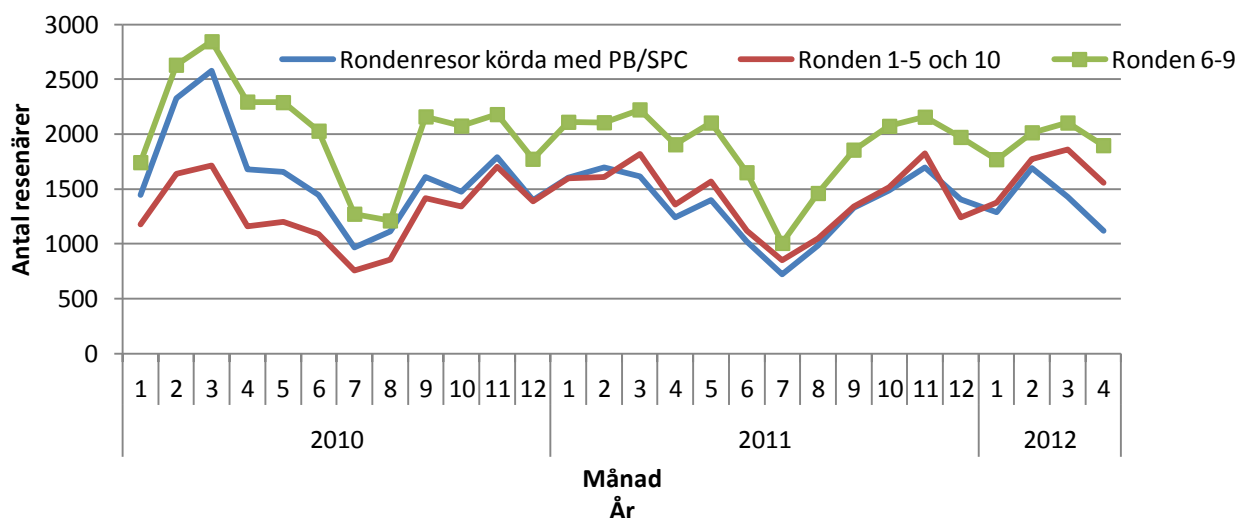


Diagram 5.6 Antal sjukresor med Ronden i Västra Götaland år 2010-2012.
Källa: Johansson (2012). Egen bearbetning.

Rondens alla linjer står för fem procent av regionens sjukresor. Det motsvarade 56 000 sjukresor under år 2011. (Johansson, 2012). Med Ronden i Fyrbodol (linje 6-9) gjordes under samma år 22 650 resor. Det ger i snitt 1800 resor per månad. Linjediagrammet visar att resandet med Ronden ligger på konstanta nivåer över tid, med en tydlig nedgång i juli varje år. Det har sin naturliga förklaring, då färre planerade vårdbesök genomförs den månaden.

När trafiken med Ronden startade 2008 sparade regionen cirka en miljon kronor på sjukresor. Orsaken var att det nya trafikupplägget med Ronden var effektivare än tidigare upplägg. Sjukreselinjerna gick tidigare under namnet Jumbolans, som också hade plats för liggande resenärer. Med Rondens införande utnyttjades fordonen mer effektivt och fler turer skapades för resenärerna. Antalet bussar minskade från sex till tre och genom att linjeplaneringen gjordes om blev trafikupplägget effektivare med fler resmöjligheter för resenärerna. Vid möte med Västtrafiks verksamhetsutvecklare Jonas Johansson presenterade han historiska resdata om det generella resandet med dåtidens Jumbolans. Resandestatistiken visade att det under en dag reste ungefär 85 personer på de sju pass som fanns då. På ett pass kunde beläggningen vara mellan 5-18 personer. I snitt och median reste två personer per pass. Våra egna erfarenheter efter att ha rest med Ronden i två veckor är att dessa data stämmer väl även med dagens trafikupplägg. Sjukresor med just sjukreselinjer är också ganska trögörliga vilket innebär att datamängden inte förändras speciellt mycket från år till år. Idag finns tolv pass med Ronden där 7 trafikeras med stora bussar och övriga körs med minibussar samt specialfordon. Kostnaden för att driva Ronden Fyrbodol uppgår på ett år till cirka 7,2 miljoner kronor. Det var till en början oklart om värdinnor skulle ingå i konceptet. De upphandlades i särskild ordning och beställarna Hälso- och sjukvårdsnämnderna i Fyrbodol bedömde det nödvändigt med värd/värdinneservice ombord. Detta för att få en hög beläggning på bussarna, vilket ansågs viktigt för att trafiken skulle bli kostnadseffektiv. Kostnaderna för värd/värdinnefunktionen uppgår till 1,6 miljoner kronor per år. Därmed blir den totala årliga kostnaden för Ronden i Fyrbodol 8,8 miljoner kronor. (HSN2, 2008). De egenavgifter som regionen får in på Ronden linje 5-10 uppgick under 2011 till drygt 1,18 miljoner kronor.

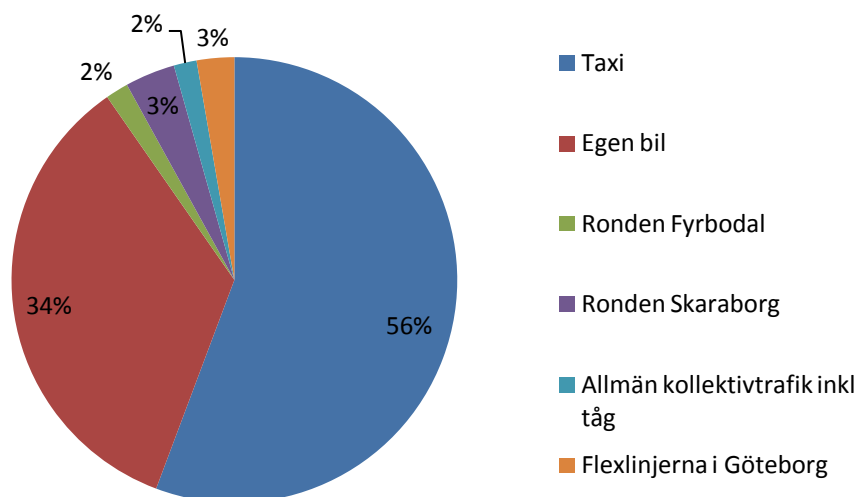


Diagram 5.7 Procentuell fördelning av färdssätt vid sjukresa i Västra Götaland under 2011. Källa: Sjukreseenhetens årsredovisning (2011). Egen bearbetning.

I cirkeldiagrammet framgår hur fördelningen mellan de olika färdssätten såg ut vid sjukresa år 2011. Taxi och egen bil utgör en absolut majoritet och står för 90 procent av sjukresorna. De sjukresor som genomfördes med den allmänna kollektivtrafiken uppgick år 2011 till 22 684 stycken. Det motsvarar två procent av det totala sjukresandet (Sjukreseenhetens årsredovisning, 2011).

5.5 Sjukreselinje Ronden

I Fyrbodol startade trafiken med Ronden i mars 2008. Tidigare utgjordes sjukreselinjerna av bussar som gick under namnet Jumbolans, som kördes av det privata företaget med samma namn. Dessa bussar var utrustade med bårplatser ombord samt viss sjukvårdsutrustning så som syrgas och defibrillator. Personalen på bussarna var också sjukvårdskunnig med lägst undersköterskekompetens. Jumbolans AB var ett dotterbolag och ägdes då av det privata företaget Ulfab. När ägaren och grundaren valde att gå i pension köptes verksamheten år 2009 av det danska företaget Falck, som idag äger konceptet med Jumbolans (UT, 2008).

När Ronden upphandlades under 2007 beslutade även regionen att liggande transporter på bår skulle överföras till ambulansverksamheten vid sjukhusen. Dessa transporter sköttes innan av Jumbolans och taxibolag. Sjuktransportbilar, som tillhör ambulanssjukvården, infördes för att användas av resenärer som behöver ligga ner under transporten, men i övrigt inte har något vårdkrävande behov under resan. En sjuktransportbil har plats för två liggande resenärer samtidigt och tanken är att de skall avlasta ambulansernas körningar av icke-akuta personer. Bilarna bemannas normalt med en person som har undersköterskeutbildning.

Reglerna för att resa med Ronden skiljer sig åt mellan de olika linjerna. Skillnaderna gäller främst om allmänheten tillåts åka med eller inte. På Ronden 1-4 får allmänheten resa med i mån av ledig sittplats. Allmänna resenärer kan dock inte förboka plats ombord och vissa biljettyper, som skolkort, gäller inte. För Ronden 5-10 gäller att de endast är öppna för sjukresenärer och ledsagare. I mån av plats får även anhöriga och permissionsresenärer åka med.

Även fordonstyperna som ingår i trafikkonceptet Ronden samt vilken service som ges ombord varierar. Ronden 1-4 trafikeras med stora bussar med genomgående lågt golv och ombord finns värd/värdinna som serverar kaffe, har uppsikt över resenärerna och hjälper dem under resans gång. Detsamma gäller för Ronden 5, 8 och 9. Ronden 5, 8 och 9 trafikeras dessutom med bussar som har toalett ombord och rullstolslyft. Bussarna på de linjerna är ombyggda turistbussar med särskilt gott om benutrymme och plats för bagage. Bussarna har även ett pentry med mikrovågsugn. Värdar/värdinnor samt förare har utbildning i hjärt- och lungräddning och första hjälpen, vilket är ett krav som gäller för all personal inom Västtrafiks anropsstyrd trafik. Därutöver finns inget krav på medicinsk kompetens eller sjukvårdsutbildning för personalen. Värd eller värdinna ombord på Ronden 5 är anställd av regionen och arbetar även som undersköterska på sjukhusen i Skaraborg. På Ronden 8 och 9 är värdarna och värdinnorna anställda av entreprenören Jumbolans AB. Ronden 6,7 och 10 trafikeras med minibussar eller specialfordon med plats för mellan 8-15 personer. Dessa linjer körs av taxibolag. Det finns endast en förare ombord och både toalett och pentry saknas. Resenärer som är i behov av toalett kan be föraren att stanna vid någon hållplats längst vägen, där toalett skall finnas. De flesta av Rondens hållplatser är därför belägna vid rastplatser samt vid buss- och bensinstationer som är utrustade med dessa faciliteter, liksom möjligheten att vänta i ett uppvärmt utrymme med tillgång till telefon. För den resenär som inte på egen hand kan ta sig till eller från Rondens hållplats finns möjligheten att boka en anslutningstaxi via beställningscentralen utan extra kostnad. Detsamma gäller även om sjukresenären väljer att åka med allmän kollektivtrafik och har långt till hållplatsen. Då kan resenären få kostnadsfri anslutningstaxi till närmsta hållplats för att fortsätta med kollektivtrafik därifrån. (Johansson, 2012).

6. Resultat från intervjuer

Under arbetet med uppsatsen har ett antal olika intervjuer genomförts med personer sakkunniga inom området för sjukresor. Intervjuerna har genomförts ostrukturerat, vilket innebär att respondenten fritt har fått berätta om sjukresor utifrån deras egna perspektiv. Intervjuerna har tillfört många intressanta infallsvinklar på ämnet, som enkäten inte fångade in.

6.1 Västtrafik

Vid två tillfällen har vi träffat Jonas Johansson som är verksamhetsutvecklare på Västtrafik anropsstyrd trafik. Han har hjälpt oss att ta fram statistik över sjukresor från 2008 och framåt. Vi har även fått hjälp hur dessa data kan tolkas. Jonas har även berättat om det planeringssystem som används för Ronden och heter Planet. Det är från 90-talet, utvecklat för taxiverksamhet och bygger på tidsoptimering. Med anledning av detta tänker inte systemet i raka linjer, som motsvarar bussens linjesträckning. Därför krävs det att så kallade styrkunder bokas in på varje pass med Ronden för att bussen skall styras rätt under resan. Utan styrkunder hade det funnits risk att planeringssystemet gjort att bussen fått köra fram och tillbaka under en resa, eftersom det skulle fungerat bättre enligt systemets sätt att tänka, när det gäller att optimera tid. Det hade dock inte fungerat med verkligheten. Således tar alltså systemet inte hänsyn till Rondens tidtabell. I planeringssystemet finns det inlagt en körtidsmatris för hela Västra Götalandsregionen. Den bygger på cirka 4000 områden som finns inlagda i systemet och täcker in hela regionen. I varje område finns en trafiktyngdpunkt, som är en fast punkt systemet kan relatera till. Mellan de olika punkterna skapas körtidsrelationer, vilka uppgår till 16 miljoner stycken. Därför är inte heller alltid restiderna som systemet ger exakta, utan bara uppskattningar. Därför måste matchning ske mot bussens tidtabell. Det är inte säkert att trafiktyngdpunkten i ett visst område är förlagd till samma geografiska plats som bussens hållplats. De bokningar som kommer in till beställningscentralen skickas ut till bussen, där de blir tillgängliga cirka 15 minuter före avgång. Ibland skickas bokningarna (noderna) ut i fel ordning, vilket gör att personalen ombord måste vara uppmärksamma, så att de inte riskerar få åka tillbaka och hämta upp resenärer.

Jonas berättade vidare om regelverkets påverkan för Rondens beläggning. Idag heter det att Ronden jämföras med taxi. Det innebär att den som får ett vårdgivarintyg, vilket berättigar till att åka taxi, även skall se Ronden som ett alternativ för sin resa. Det gäller under förutsättning att väntetiden inte överstiger tre timmar. Om resenären inte kan åka Ronden skall vårdgivarintyget vara påskrivet med att resenären ej klarar av att åka med Ronden. Det finns även ett problem i synen på en sjukresa. Den är ganska lågt värderad och betraktas inte som en del av vårdkedjan. Något som förbryllar Jonas är att antalet resor där rullstol medförs har minskat med Ronden, men ökat totalt sett för sjukresor. Han vet inte riktigt varför.

Innan Ronden infördes bedrevs sjukreselinjerna av företaget Jumbolans AB, som även vann upphandlingen att köra Ronden. Jumbolans hade bårplatser ombord och personalen var sjukvårdsutbildad. När Ronden infördes beslutades att alla liggande vårdtagare skulle köras av regionen och dessa sjuktransporter skulle ingå i ambulansverksamheten. Därför tar Ronden bara sittande resenärer. Det var till en början oklart om vårdninnor skulle finnas ombord på Ronden, men det ansågs vara viktigt för att få en god beläggning och en kostnadseffektiv trafik. Eftersom samma företag som kört trafiken innan, nu tog över Ronden, innebar det att de flesta i personalen fortsatte arbeta på Ronden. Därmed är väldigt många vårdninnor sjukvårdsutbildade, men det är en kompetens de inte får betalt för att använda med nuvarande koncept.

Jonas menar att det skulle vara gynnsamt att öppna Ronden för allmänheten. Det kan finnas fler personer än bara sjukresenärer som kan ha glädje av den trygghet som Ronden bidrar till, där resan bevakas och personal som hjälper till vid behov. Rondenbussarna trafikerar idag på tider där andra än sjukresenärer kan ha ett resbehov, men saknar turer att resa med. Jonas tror inte det är rätt att exkludera vissa typer av färdbevis, som skolkort på Ronden. Istället handlar det om att dra upp riktlinjer för vilket klimat som skall gälla ombord. Främst att det skall vara tyst och lugnt, med hänsyn till sjukresenärerna. Han jämför det med tysta avdelningar som brukar finnas på tåg. Att resenärer garanterat kommer fram, ofta dörr till dörr menar Jonas är den anropsstyrda trafikens stora styrka. Det är kanske inte alltid som det går att åka den snabbaste resvägen, med hänsyn till samordningen, men resenären kommer garanterat fram. Att få fler att inse att det är lika tryggt och bekvämt att åka med Ronden som taxi, tror Jonas är viktigt. Han vill även få över fler personer till den allmänna kollektivtrafiken, så att den kan merutnyttjas för sjukresor i större utsträckning än vad som sker idag. Jonas säger också att det aldrig kommer gå att helt få bort personer från taxi eller specialfordon. Genom att försöka få vårdtagare att åka med den allmänna kollektivtrafiken, tror Jonas att fler kan få upp ögonen för Ronden. När vårdtagare måste se sig om efter andra färd sätt än taxi, anser nog många att de inte vill åka med vanlig buss. Då ser de Ronden som ett litet bättre alternativ och väljer det istället.

6.2 Jumbolans personal

Michael Byhlund är affärsområdeschef på Jumbolans och berättade för oss om den verksamhet som de bedriver i Sverige. För närvarande består den av att bemanna Ronden 8 och 9 med förare och värdinnor. Därtill har företaget trafik med särskilda bussar, som går under namnet Jumbolans. De kör mellan Karlstad – Örebro - Uppsala och ombord finns sjukvårdsutrustning och undersköterska. Det var den sortens trafik som förr körde i Dalsland, innan Ronden infördes. Michael berättade om sin syn på hur sjukreselinjer kan utvecklas och föreslog att inkludera sjukresan som en del av vården. Genom att sälja sjukvård och resa i ett paket kan det göra att sjukvårdspersonal blir medvetna om kostnaderna för sjukresor i högre utsträckning, jämfört med om kostnaden tas centralt. Han berättade också om fördelarna med sjukreselinjer för sjukvården. Genom att bussarna går på fasta tider, vet vårdpersonalen precis när en patient skrivs ut och när en sängplats blir ledig. Det förbättrar planeringen inom sjukvården och kan förbättra tillgängligheten. Då en taxi skall hämta patienten är det inte alltid lika enkelt att få en exakt tid för när det sker.

Personalen, som arbetar på Jumbolans och bemannar Ronden har även framfört sina åsikter. Många har varit med under lång tid och har även erfarenhet från att ha arbetat på sjukhus. De förändringar som har skett de senaste åren upplevs av personalen som mycket negativt. När Jumbolans såldes till den danska koncernen Falck ansåg många att det blev sämre. Även personalens lön blev kraftigt sänkt då trafiken med Jumbolans blev Ronden. Ett annat bakslag med Rondens införande var att bårarna försvann. Många i personalen uppger att de tyckte bättre om att arbeta i Jumbolansbussarna, som var större. De upplever att det idag finns en efterfråga från vissa resenärer att ligga ned, eftersom de på grund av den behandling de genomgått, har svårt för att sitta upp under resan. Därför tycker personalen att det hade varit bra att ha bårarna kvar.

Jumbolans personal har även framfört synpunkter på beställningscentralen och de tycker inte alltid att de utför ett bra arbete. De menar att beställningscentralen ännu bättre måste lära sig hur Ronden trafikerar och kunna överblicka hur den faktiska beläggningen ser ut ombord.

Personalen på Jumbolans berättar om flera händelser då resenärer fått åka taxi flera mil åt fel håll för att sedan åka tillbaka samma sträcka med Ronden. Vidare anser de inte att det är helt lämpligt med en beställningscentral där delar av verksamheten är förlagd utomlands. De anser att det både uppstår språksvårigheter när vissa resenärer skall boka samt att geografikunskaperna hos operatörerna ibland brister. Jumbolans personal berättar att det hänt att beställningscentralen bokat taxi för resenärer, trots att det funnits avgångar med Ronden i nära anslutning. Resenärernas önskan har i dessa fall varit att få åka med Ronden. Det finns även fall då en anslutningstaxi hämtar upp en resenär som rest med Ronden och sedan fortsätter den några mil efter Rondenbussen för att hämta upp ytterligare en resenär som åkt med samma Rondenpass. Detta händer då och då enligt personalen och det exemplifierar brister med planeringssystemet, som inte alltid tar hänsyn till hur resenärerna har rest innan. Det optimala tycker de vore om en särskild enhet, placerad i Sverige, hanterar alla bokningar med Ronden. Personalen på Jumbolans berättar också om upplevelser när de föreslagit för beställningsoperatörer om hur samordningen kan förbättrats. Till svar har de dock fått att de inte skall tala om för operatörerna hur arbetet skall skötas. De många organisatoriska gränserna som är förknippade med sjukresor anser de vara ett stort problem. Hade Ronden skötts på rätt sätt är det flera i personalen som menar att bussarnas beläggning skulle kunna vara tre gånger så stor.

Många i personalen har också berättat om att den gemenskap som uppstår i bussen är väldigt viktig för många resenärer, nästan lika viktig som själva behandlingen. Genom att resa tillsammans med andra som är i samma situation kan många vårdtagare hjälpa varandra genom att utbyta erfarenheter. Tryggheten lyfter personalen fram som viktig och eftersom det är en liten personalstyrka som arbetar ombord kombinerat med att många reser väldigt regelbundet, uppstår det snabbt en gemenskap som bidrar till tryggheten. På en punkt är alla tillfrågade under arbetets gång överens: informationen om Ronden måste bli betydligt bättre för att fler skall åka med. Många vet hur de skall boka taxi men få vet hur det fungerar med Ronden säger många. Redan på kallelsen tycker flera att det skall stå att Ronden går att åka med och även när den går samt att den är ett billigare alternativ än taxi. Informationen på sjukhusen anses också behöva bli bättre. Hela konceptet behöver tydliggöras där fordonens utseende beskrivs och kommuniceras. Att information om Ronden finns tillgänglig på flera olika språk bedöms också vara av stor betydelse.

På frågan vad personalen tycker om Ronden skall ta med allmänna resenärer i mån av plats är många starkt kritiska. Vissa menar att Ronden är något särskilt fint och skall bevaras intakt. Att sätta in biljettmaskiner i bussarna och ta med allmänna resenärer ser de flesta som helt förkastligt. Då tycker någon att det är lika bra att kalla det för vanlig linjetrafik och lägga ner dagens koncept. Vissa menar till och med att de inte längre vill arbeta kvar vid sådana förändringar. Flera i personalen anser att sjukresenärer inte skall blandas ihop med övriga resenärer. Många har nedsatt immunförsvar efter behandlingar som de genomgått eller svåra allergier. Vissa är dessutom trötta efter att ha genomgått svåra behandlingar och behöver ha lugn och ro. Att ta med allmänna resenärer kommer då försämra miljön för de sjuka, menar personalen. På tiden då Jumbolans körde i Dalsland var vissa av turerna öppna för allmänheten och biljettmaskin fanns ombord för de som gjorde en vanlig kollektivtrafikresa. Personalen berättar om problem som var förekommande med högljudda skolelever och alkoholpåverkade personer och som gjorde att sjukresenärer mår väldigt dåligt. Ett annat problem personalen pekar på som kan uppstå då allmänhet tas med är att körtiderna påverkas. Idag blir bussarna försenade 15-20 minuter om fler än tre, fyra stopp görs längst vägen. Dessutom finns det vissa arbetspass på Ronden som är uppemot 11 timmar och 40 minuter, vilket är vad som precis är möjligt inom de arbetstidslagar som finns. Skulle det ta längre tid att köra hade det krävts fler förare och bussar.

6.3 Landstinget i Västernorrland

Vid besöket hos Västernorrlands läns landsting fick vi lära oss mer om innovativa transportlösningar i glesbygd samt om sjukresor och ta del av den sjukreseutredning som utarbetats där. Projektledningen redogjorde för sjukresedata som gäller i Västernorrland. År 2010 gjordes 233 000 sjukresor till en bruttokostnad av drygt 50 miljoner kronor. Egenavgifterna uppgick till 8,1 miljoner kronor. Av använda färdsätt stod taxi för 65 procent och privat bil för 32 procent av sjukresorna år 2010. Sjukresor som genomfördes med allmän kollektivtrafik uppgick till tre procent. Projektledningen berättade om hur sjukresor kan utvecklas och alternativ för att göra dem effektivare. De har tagit fram en vision som säger att sjukresor i Västernorrland genomförs i första hand med buss eller tåg. Det är billigt, enkelt och miljövänligt. Andra dyra färdmedel ses som undantagsfall. För att ett sådant system skall fungera menar de att alla inblandade organisationer måste tjäna på det. Ett omfattande arbete med att decentralisera sjukresors kostnader och budgetansvar gjordes under 2008 och 2009. Det innebar att kostnader som uppkommer på grund av sjukresor kopplas till kostnadsställen inom vården, istället för att tas på ett centralt plan. Denna förändring gjordes för att göra vården mer delaktig i sjukresorna. Det blev därmed möjligt för de som utfärdar vårdgivarintyg för taxi att direkt påverka kostnadsutvecklingen för sjukresor. Det decentraliserade budgetansvaret har gjort att kostnads- och budgetuppföljning kunnat bli mycket mer detaljerad än vad som varit möjligt tidigare. (Fuchs och Rapp, 2012).

För att visionen om sjukresor i Västernorrland skall bli verklighet pekar sjukreseutredningen på sex olika förslag. (Fuchs och Rapp, 2012). Det första handlar om att sjukresenärer skall kunna resa på sin kallelse med allmän kollektivtrafik, utan att behöva betala något extra. Även ledsagare skall kunna åka med kollektivtrafiken utan avgift. Det kan ytterligare stimulera till resor med den allmänna kollektivtrafiken för de som annars inte kan åka själva. Eftersom Landstinget ändå betalar för interkommunal kollektivtrafik blir det ingen merkostnad om den merutnyttjas för sjukresor. För att motivera människor att byta trafiksystem anser projektledningen det vara viktigt med regelförändringar. Det måste vara enkelt att använda det som är billigt och arbetsamt att utnyttja dyra alternativ. Genom att kollektivtrafiken blir avgiftsfri vid sjukresa slipper resenären att lägga ut pengar för resan och skicka in kvitto och färdbevis till regionen i efterhand. Många sjukresenärer försöker därför få tillstånd för att åka taxi, då de tycker det är enklare att betala egenavgiften, som är 80 kronor, direkt till föraren. Om fler reser sjukresenärer med kollektivtrafiken kan driftkostnaderna bli dyrare, då fler fordon och förare kan behövas. Men om samtidigt kostnaderna för sjukresor med egen bil och taxi minskar blir resultatet en besparing, där pengarna istället kan läggas på förbättrad sjukvård.

Det andra förslaget handlar om att införa fler sjukreselinjer. I dagsläget finns endast linjen mellan Sundsvall och Ånge, men med tanke på dess kostnadseffektivitet skulle det vara lönsamt att införa fler. Det finns andra sträckor i länet där resandeunderlaget är betydligt större än mellan Sundsvall och Ånge, men där sjukreselinjer saknas. Istället genomförs nu sjukresorna främst med taxi på sådana relationer. Alla sjukreselinjer bör vara öppna för allmänheten i mån av plats.

Ett tredje förslag menar att regelverket för att resa med egen bil vid sjukresa bör förändras. Att ersätta resor med bil konkurrerar med den allmänna kollektivtrafiken, då de båda färdsätten likställs. Eftersom det krävs att vårdtagaren måste skicka in reseräkning när egen bil har använts vid sjukresa, precis som att biljetter för kollektivtrafiken måste skickas in, så gynnas bilåkande.

Det beror på att vårdtagaren kan styra resan själv i högre grad vid resa med egen bil och bestämma tidpunkt för avresa. Dessutom slipper de väntetid och att ligga ute med pengar.

Att försvåra resandet med egen bil anses viktigt för att begränsa kostnaderna för det alternativet, inte minst på ett administrativt plan. Av den anledningen föreslås Landstinget upphöra med att ersätta sjukresor med privat bil. Det har nämligen visat sig att flera vårdtagare skickar in reseräkning för privat bil, trots att kostnaden inte överstiger egenavgiften och föranleder någon utbetalning. Därmed blir det stora kostnader för administration med att granska och registrera alla inkomna underlag. Förutom detta finns även säkerhetsaspekter med ett sådant resonemang. Att trafik med privatbilism är stor till/från och utanför vårdenheter är inte trafik-säkert eller bra för miljön i jämförelse med att kollektivtrafiken utnyttjas för sjukresor. Det bör dock finnas undantag då resor med egen bil ersätts, när bil är det enskilt bästa och optimala alternativet för en viss vårdtagare i ett visst läge. Det hade då varit möjligt att ersätta en högre summa än vad som görs idag, för de som verkligen har behovet av att använda privat bil. (Fuchs och Rapp, 2012).

Förslag fyra handlar om att höja egenavgifterna för sjukresor. Idag är taxi det enskilt dyraste alternativet för både resenären och vården vid en sjukresa i Västernorrland. Trots det utnyttjas taxi i högst grad. Att resa med taxi resulterar i mycket arbete för inblandade, framför allt administrativt. Genom att höja egenavgifterna ökar medfinansieringen vilket kan lindra kostnadsutvecklingen. Sjukreseutredningen belyser också problemet att färdtjänstberättigade kan resa med taxi vid sjukresa utan att något särskilt intyg behövs. På ett sätt minskar det administrationen men det gör också att ju fler färdtjänstillstånd som utfärdas, desto dyrare kan sjukresorna bli.

Att höja gränsen för högkostnadsskyddet för sjukresor är det femte förslaget. Idag ligger dess nivå på 1200 kronor. Skulle dock högkostnadsskyddet likställas och sammankopplas med det som gäller för hjälpmedel och läkemedel, skulle takbeloppet kunna höjas till 1 800 kronor per påbörjad tolv månadersperiod.

Det sjätte förslaget handlar om att en organisationsförändring bör ske, där länets trafikenhet integreras med nuvarande sjukresekontor. Idag sker arbetet vid de olika sektionerna isolerat från varandra och det saknas incitament för att arbeta med gemensamma mål. Problemet är att arbetet med sjukresor inte svarar upp mot de mål som finns i Landstingets övergripande styrdokument. Av den anledningen ser projektledningen för sjukreseutredningen det som angeläget att det skapas ett samlat, övergripande ansvar för sjukresor för att bättre samordna de frågor som rör sjukresor. En förändrad organisation för sjukresor skulle vidare kunna innebära att kontakten mellan sjukreseorganisationen och vården blir bättre, vilket kan öka kunskaps-spridningen kring sjukresor.

Projektledningen betonade noga att de sex förslagen måste införas samtidigt för att de skall få någon effekt. Att bara tillföra nya resurser som nya bussförbindelser kan visserligen göra att bussresandet ökar, men om bil- och taxiresor fortsätter i samma utsträckning som innan, blir den nya resursen endast en kostnad. Därför anses det vara av största vikt att samtidigt förändra regelverk och skapa incitament för att motivera människor att byta färd sätt. Sjukreseutredningen från Västernorrland menar att det skulle vara möjligt att minska kostnadsmassan för sjukresor med 13 miljoner kronor om en omfördelning av sjukresenärer sker från taxi till kollektivtrafik. (Fuchs och Rapp, 2012).

6.4 Samres

Intervjun hos Samres inleddes med en presentation av deras roll som beställningscentral. Trafikchefen Jennie Fassé kom sedan in på att diskutera Ronden och hur de tycker upplägget fungerar idag. När ett samtal kommer in till Samres från en person som vill göra en sjukresa knappar operatören in personens uppgifter i planeringssystemet Planet och mellan vilka hållplatser alternativt adresser personen vill åka. Finns det en avgång med Ronden kommer det upp som förslag. När det händer så föreslår operatören det och marknadsför på så sätt Ronden. Jennie säger att hon och Samres tycker att Ronden är jättebra. Hon tycker dock inte att Rondenskonceptet är tillräckligt kommunicerat och det måste säljas in ännu bättre. Fördelar som hon ser med Ronden är att resenären vet vid vilken tidpunkt denna är framme vid sin destination. Dessutom kör inte Ronden någon omväg för resenären, vilket är risken när resan sker i en samordnad taxi. Vill resenären istället åka taxi så får han eller hon det. Samres upplyser då resenären om att ett vårdgivarintyg för taxiresa krävs. Samres får dock aldrig neka någon taxi. Det faller på Västra Götalandsregionens ansvar att följa upp och kontrollera i efterhand om intyg finns. Taxiresan samordnas sedan efter olika premisser. Jennie tar upp ett exempel med två framsättesresenärer som skall åka till samma ort vid samma tidpunkt. De får varsin taxi då de båda har behov av att sitta fram på passagerarsidan i fordonet och just den resan kan således inte samordnas. Alternativt kan taxin slingläggas, vilket innebär att den kör en framsättesresenär åt gången.

För operatörerna är det idag en omständlig process att är att boka en Rondenresa. En genomsnittlig bokning för en van operatör tar mellan fem och sex minuter. Anledningen är att det planeringssystem som används för att boka resorna i inte är ändamålsenligt utformat för Ronden. Enligt Jennie är det lätt hänt att det blir fel och hon menar att det finns andra planeringssystem som är bättre. Planeringssystemet Planet tillhandahålls från Västtrafik och det är även de som administrerar systemet. Samres själva får inte välja vilken mjukvara som skall användas. Skall förändringar göras måste de således initieras från Västtrafiks sida.

Vid insamling av enkätsvar hände det vid flera tillfällen att resenärer kom till bussen och frågade om de kunde åka med och bokas in strax före avgång. När de ringde beställningscentralen fick de dock beskedet att bussen var full och således skulle de åka taxi istället. I verkligheten fanns det dock gott om plats på bussen och resenärerna fick naturligtvis åka med. Detta fenomen kan direkt härledas till systemet för planering och bokning av resor. Det är inte utformat efter bussar i linjetrafik utan optimerat för taxi. Det innebär att systemet, om inget görs, kan planera en resa som gör att bussen får besked om att åka till en viss hållplats för att sedan byta färdriktning och åka tillbaka samma håll som den kom ifrån. För att motverka detta måste fiktiva resenärer, som kallas för styrkunder, bokas in på bussen så den kan följa den färdväg som anges i tidtabellen. Dessa styrkunder tar sedan upp plats på bussen. Operatörerna är medvetna om att så är fallet, men det är mycket komplicerat att urskilja styrkunder och riktiga resenärer. För det krävs en djup systemkunskap som endast de mest erfarna operatörerna besitter.

Det finns en annan felkälla som förklarar varför en resenär inte kan inplaneras på en viss resa. När personal på bussen trycker fram beställningarna (noderna) i sina handenheter spärras bokningarna och gör att fler resenärer inte kan bokas in från den aktuella platsen. Om en värd eller värdinna av misstag trycker ut beställningar för tidigt innebär det att resenärer som bokar resan tätt inpå får beskedet att de inte kan åka med.

Samres beställningscentral är idag lokaliserad på flera platser. Samtal som kommer in fördelas i telefonväxeln till de olika kontoren. Dessa finns förutom i Falköping även i Chişinău i Moldavien, Tartu i Estland och Dakar i Senegal. I Chişinău har Samres en egen lektor, som tidigare arbetade på universitetet i staden, anställd för att lära ut svenska. Något som framkom både från resenärerna samt personalen på Ronden var att operatörer i utlandet ibland har svårt att förstå det som sägs. Det kan innebära att resenärer tidvis bokas in på en resa från fel hållplats. Det leder i sin tur till onödiga taxiresor och förvirring. Även för de mest bevandrade i det svenska språket kan det vara svårt att skilja på till exempel Bengtsfors och Bäckefors när det uttalas på grov dalsländska. Tidigare fanns en lokal beställningscentral i Färgelanda, cirka fyra mil norr om Vänersborg, som lättare kunde förstå resenärerna samt hade mycket god lokalkännedom. Den finns inte kvar idag. Att etablera sig utomlands behövs för att uppnå konkurrenskraft och större effektivitet, säger Jennie. Det sker avstämningar varje kvartal mellan Västtrafik och Samres. Där får Samres mycket bra omdömen, som ligger mellan 4,8 och 4,9 på en femgradig skala. Västtrafik åker även till beställningscentralerna ett par gånger om året och gör revisioner.

Avslutningsvis diskuterades förbättringsåtgärder för Ronden i allmänhet. Jennie menar här att ökad personalnärvaro på sjukhusen kan göra att resandet med Ronden kan öka. Det kan handla om att det finns ledsagare som kan hjälpa resenärer rätt och även finnas till hands när resenärerna har med sig väskor och dylikt. Just att resenärer behöver den sortens hjälp används ofta som en ursäkt för att få åka taxi, berättar Jennie. Tidigare har Röda Korset funnits på plats för att hjälpa till med dessa uppgifter, det gör de inte längre. En lösning kan vara att en mötesplats för taxi inrättas i sjukhusentréerna, där personal på Ronden kan hämta och ledsaga resenärerna ut den korta sträckan till bussen.

7. Resultat och analys

I detta kapitel presenteras svaren från enkätundersökningen, som riktade sig till kvinnor ombord på Ronden. Svaren analyseras utifrån tidigare studier, den teoretiska referensramen samt intervjuresultatet.

7.1 Vilken roll spelar Ronden för att tillgodose äldre kvinnors mobilitet för resor till och från sjukvården?

Mobilitet

Mobilitet handlar, som tidigare nämnts, om att kunna förflytta sig. Resultaten visar att så många som 80 procent av resenärerna på Ronden har körkort och 75 procent av dessa har ofta eller alltid tillgång till bil. Det stämmer väl överens med Banisters och Bowlings (2004) undersökning som sa att 75 procent av personer över 65 år har tillgång till bil i någon utsträckning. Respondenterna säger dock att bilen är något som de helst undviker. Många lyfter fram att det är svårt att hitta rätt i centralorter, leta efter parkeringsplats samt att trafiktempot kan vara högt. Det blir ett orosmoment och respondenterna känner sig således mer avslappnade på Ronden.

”Bekvämt sätt att resa. Slipper åka/köra bil till Göteborg och ha bekymmer om att hitta parkeringsplats” (65 år från Vänersborg).

”Bekvämt att kunna slappna av och inte behöva köra själv” (62 år från Åmål).

Samtliga respondenter fick frågan om de har någon anhörig som vid behov kunde köra dem till och från en vårdinrättning. Där svarade 39 procent att de oftast eller alltid har det. 25 procent svarade ibland och resterande 36 procent svarade att de sällan eller aldrig har en anhörig som kan köra dem. Bland de 20 procent som svarade att de inte har körkort sade närmare hälften att de sällan eller aldrig hade någon anhörig som kan köra dem. Att göra en sjukresa med Ronden, taxi eller allmän kollektivtrafik är för dessa personer det enda sättet att ta sig till och från en vårdinrättning på. Mobiliteten hos dessa personer kan anses som låg. Titheridge *et al.* (2009) har visat att personer med låga inkomster kombinerat med hög ålder alternativt funktionshinder är särskilt utsatta när det gäller att få tillgång till samhällsservice så som vård. Det bidrar till en social exkludering för dessa personer. Ronden har därför en mycket betydelsefull roll i vissa av våra respondenters mobilitet.

En av slutsatserna som Gombeski och Smolensky (1980) kommer fram till är att med ökad ålder tenderar många fler bli beroende av andra för sina transporter. Det beror främst på fysisk oförmåga att köra själv samt de höga kostnaderna för att äga en bil och betala dess försäkring. Sjukresenärerna på Ronden har relativt små inkomster, speciellt bland ensamstående. De höga kostnaderna kan vara en faktor som gör att sjukresenärer med Ronden väljer att ställa bilen hemma. Det som dock framkommit i undersökningen är att resenärerna ser bilen som ett sekundärt val då de finner trafiksituationen besvärlig. Det är således inte nödvändigt att just fysiska problem hindrar dem från att ta bilen, utan det är mer av bekvämlighetsskäl som resenärerna väljer att åka Ronden. Det samstämmer mycket väl med det som Beirão och Cabral (2007) lyfter fram som kollektivtrafikens fördelar gentemot bilen.

Det är väldigt få resenärer som är i behov av hjälpmedel vid resor med Ronden. Trots att bussarna är utrustade för att ta emot både rullstolar och permobiler så utnyttjas inte de resurserna. Det är 93 procent som inte har något behov av hjälpmedlen rullstol, rullator, permobil eller kryckor. Fem personer av 91 uppgav att de var i behov av rullator, en person uppgav sig vara i behov av kryckor. Sjukresor generellt med rullstol har ökat, det visar statistik som Jonas Johansson (2012) presenterade under intervjun med honom. Antal rullstolsresor med Ronden har dock minskat. Under enkätundersökningens insamlande var det ingen ombord som hade rullstol eller permobil med sig. Vad som kan konstateras är att personer med speciella behov av hjälpmedel, så som rullstol och permobil, väljer andra färdmedel vid resa till och från sjukvården. 11 procent av resenärerna har alltid eller ibland behov att en ledsagare som följer med dem vid resor med Ronden. Hälften, alltså 5,5 procent, har alltid behovet vilket innebär att cirka var 18:e sjukresenär tar upp två platser på bussen.

Tillgänglighet

Tillgänglighet till billiga och lämpliga transporter skapar levnadsutrymme för äldre personer och ökar deras möjlighet till självförsörjning. Det har Gombeski och Smolensky (1980) konstaterat. Det finns ett motsatsförhållande mellan mobilitet och tillgänglighet. Med ett ökat resande över längre avstånd blir tillgängligheten sämre (Carlsson *et al.*, 2012). Tillgänglighet bedöms vara det viktigaste för alla resenärer inom kollektivtrafiken (SOU, 1995). Ronden är idag tillgänglig för dess resenärer i hög utsträckning. För att ta sig från och till en hållplats finns det flera olika alternativ. Resenärer med Ronden fick frågan hur de tar sig till hållplatsen, alternativt hur de tar sig därifrån. Diagram 7.1 visar hur de svarade.

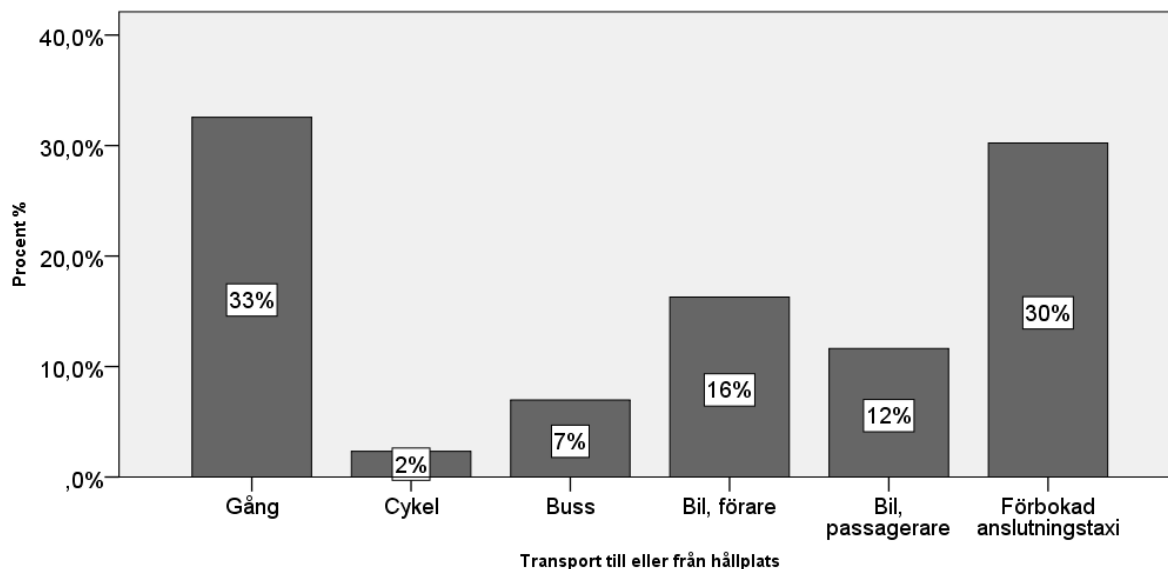


Diagram 7.1 Färsätt till eller från Rondens hållplats (i %) (N=86).

En tredjedel av Rondens resenärer tar sig till och från hållplatsen via gång från hemmet. De kan således antas ha nära till hållplatsen. Om resenären inte har nära till en hållplats finns det möjlighet att åka med anslutningstaxi utan extra kostnad. En tredjedel väljer detta alternativ. Resenärerna åker alltså inte med kollektivtrafik till och från hållplatserna i någon större utsträckning. Bristande överensstämmelse mellan tidtabell och tid för sjukhuset samt bekvämlighetsskäl gör att det är få som åker med ordinarie linjetrafik för att komma hela vägen till sjukvården enligt Sjukreseutredningen (1981). Resenärer som väljer att åka med kollektivtrafik måste också i många fall göra flera byten för att komma hela vägen till slutdestinationen. För många är det en försvårande omständighet.

Jonas Johansson (2012) säger att mycket kraft lagts ner på att göra hållplatserna tillgängliga för alla med olika typer av anpassningar. Vägen till och från hållplatsen tycker han dock är förbisedd ur en tillgänglighetssynpunkt.

Den genomsnittliga restiden för resenärerna mellan sin bostad och närmsta Rondenhållplats uppgår till cirka 15 minuter, med en standardavvikelse på 13 minuter. På frågan hur länge resenären väntat på Ronden erhöles stor spridning i svaren. Den genomsnittliga väntetiden för en resenär som reser till sjukvården är 20 minuter. För en resenär som åker från sjukvården till hemmet är den 39 minuter. Standardavvikelsen är 43 respektive 53 minuter, vilket visar på en stor spridning av svaren. 80 procent av respondenterna fann väntetiden vara rimlig eller mycket rimlig. Samtidigt ger en del respondenter i undersökningen uttryck för att vilja ha fler avgångar med tåtare mellanrum. 13 procent säger att de inte är nöjda med de avgångar som finns idag.

”Det är långt mellan turerna.” (81 år från Uddevalla).

”Tåtare avgångar så det inte blir så långa väntetider.” (62 år från Åmål).

När Ronden inte passar kan taxi hela sträckan vara ett alternativ. Bland respondenterna var det cirka 20 procent som någon gång åkt taxi hela vägen från hemmet till vårdinrättningen eller motsatt de senaste 30 dagarna. 35 procent av dem gjorde det på grund av medicinskt tillstånd, 30 procent för att deras väntan på sjukreselinje skulle överstiga tre timmar. Resterande 35 procent valde svaret annat, där bland annat missad buss gavs som anledning tillsammans med att inga tillgängliga bussar fanns vid önskad resetidpunkt. Av dessa 20 procent som åkt taxi svarade 76 procent att de endast åkt taxi en gång de senaste 30 dagarna. Sex procent svarade att de åkt taxi två respektive tre gånger samt tolv procent hade åkt fyra gånger.

Ronden som transportmedel

I enkätundersökningen framkom det att många resenärer åker relativt sällan, alternativt intensivt under en kortare period. I tabell 7.1 visas grupperat hur många gånger resenärerna rest med Ronden de senaste 30 dagarna vid svarstillfället fördelat på typ av behandling.

Tabell 7.1 Antal resor med Ronden senaste 30 dagarna samt fördelning på typ av sjukbesök (i %).

	Typ av sjukhusbesök				Totalt
	Konsultation/ diagnostice- ring/utredning	Strålbehand- ling/kemoterapi	Övrig löpande återkommande behandling	Annat	
högst 4	100,0	28,6	91,7	78,3	69,4
5-9		21,4	8,3	17,4	12,9
10-14		25,0		4,3	9,4
15-19		7,1			2,4
minst 20		17,9			5,9
Totalt (N=85)	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Det är främst vårdtagare som ska på strålbehandling eller kemoterapi som står för det mest frekventa resandet. Bland respondenterna var det endast sju stycken som åkte Ronden för första gången. De som åkt få gånger de senaste 30 dagarna är återvändande vårdtagare alternativt vårdtagare i början av sin behandling. Det var ett väntat resultat då Sjukreseutredningen redan år 1981 konstaterar att resandet med sjukresor sker oregelbundet och i relativt liten omfattning (SOU, 1981). Det har således inte skett någon förändring sedan dess.

Andelen resenärer som har frikort uppgick till 17 procent, vilket förklaras av tabellen ovan. Det är få resenärer som kommer upp i maxbeloppet eftersom de inte åker med någon hög frekvens. Vad som också kan sägas av undersökningen är att Rondens resenärer åker mellan samma hållplatser, 88 procent anger att de oftast eller alltid gör så.

7.2 Vilka bakomliggande faktorer påverkar beläggningen på sjukreselinjerna Ronden i stråket mellan Fyrbodals och Göteborg?

Beirão och Cabral (2007) menar att kollektivtrafiken behöver utformas på ett sådant sätt att den rymmer de servicenivåer som krävs av kunderna, om resandet med kollektivtrafiken skall öka. För att kunna öka beläggningen är det således viktigt att förstå vad det är som dagens resenärer uppskattar mest med Ronden. Respondenterna fick möjligheten att värdera ett antal faktorer och ange hur viktiga dessa var när de reste med Ronden. De fick ta ställning till varje faktor på en skala 1-5 där 1 är helt nödvändigt, 2 = mycket viktigt, 3 = viktigt, 4 = lite viktigt, 5 = inte alls viktigt. Tabell 7.2 presenterar medelvärdena för varje faktor.

Tabell 7.2 Faktorer som påverkar beläggningen ombord på Ronden.

Rank	Faktor	Medelvärde (N)	Standardavvikelse
1	Trafiksäker resa	1,61 (89)	0,90
2	Passande avgångstider	1,75 (84)	0,85
3	Punktlighet	1,83 (88)	0,96
4	Hjärt- och lungräddning	1,84 (86)	1,04
5	Toalett ombord	2,01 (86)	1,20
6	Frekventa avgångar	2,21 (82)	1,02
7	God komfort	2,23 (87)	1,01
8	Låg egenavgift	2,28 (88)	1,24
9	Nära till hållplats	2,30 (87)	1,00
10	Få antal byten	2,40 (85)	1,13
11	Miljövänlig resa	2,41 (87)	1,11
12	Lätt att lasta hjälpmedel	2,46 (85)	1,37
13	Värdinna ombord	2,48 (86)	1,21
14	Få antal stopp	3,07 (84)	1,22
15	Kaffe ombord	3,19 (88)	1,34
16	Ostördhet	3,28 (83)	1,29
17	Möjlighet att värma mat	4,39 (83)	1,10

Genom enkätundersökningen är det en grupp om fyra faktorer som kan ses som helt nödvändiga. Det är trafiksäker resa, passande avgångstider, punktlighet samt att personalen är utbildad i hjärt- och lungräddning. Trafiksäker resa samt hjärt- och lungräddning kan ses som trygghetsfaktorer. Resenärerna lyfter gärna fram tryggheten när de själva fick svara fritt vad de uppskattade mest med Ronden. Jonas Johansson på Västtrafik och personalen på Ronden har även tryckt på denna punkt som viktig. Jonas säger att han gärna vill skapa den här trygghetskänslan även i den allmänna kollektivtrafiken. En ökad trygghet där kan innebära att fler sjukresenärer väljer att åka med den allmänna kollektivtrafiken när Rondens avgångar inte passar. Genom att sjukresor går med den allmänna kollektivtrafiken istället för med taxi eller specialtransporter kan kostnaderna för sjukresor minska kraftigt. (SOU, 1995). Att trafiksäkerheten hamnade i topp visar att resonemanget som förts under föregående rubrik stämmer. Sjukresenärer ser bilen som ett sekundärt val då den inte uppfyller deras krav på trafiksäkerhet. Resenärerna med Ronden vill också ha passande avgångstider, de har inte lust att stå och vänta för länge vid busshållplatsen. Som tidigare nämnts är den genomsnittliga väntetiden 20 minuter för en resa till sjukvården, den är nära dubbelt så lång i motsatt riktning. Även om majoriteten av dagens resenärer finner väntetiderna som rimliga kan denna faktor ändå göra att många andra väljer att ta bilen eller åka taxi istället.

Efter dessa fyra helt nödvändiga faktorer kan nästa gruppering om fem faktorer urskiljas. Den första av dessa är toalett ombord. Idag är det bara de stora bussarna som trafikerar Ronden 8 och 9 som har toalett. På linjerna som körs med minibuss får de stanna efter behov på lämpliga ställen längs vägen. Den genomsnittliga reslängden per person i vår enkätundersökning uppgår till 107 minuter per tur, med en standardavvikelse på 35 minuter. Det kan således vid långa resor uppstå ett behov av toalett vilket förklarar vikten av att ha denna facilitet ombord. Frekventa avgångar hamnar relativt högt upp på listan. Respondenterna hade i enkätundersökningen möjlighet att uppge om det var något de saknade eller var missnöjd med vid resor med Ronden. Många utelämnade denna fråga, men de som svarade sade nästan uteslutande att de önskar tätare turer. Beirão och Cabral (2007) bekräftar att frekventa avgångar är något som efterfrågas vid resor med kollektivtrafiken. Att öka antalet avgångar är dock lite av ett dilemma. Det är få som reser och behovet av att sätta in fler avgångar är således litet. Dock för att öka beläggningen kan en ökad frekvens behövas. Ett ökat antal avgångar måste således kombineras med andra typer av insatser för att kunna användas. Bristande komfort är något som Beirão och Cabral (2007) lyfter fram som en av nackdelarna med kollektivtrafik. När det gäller Ronden är det tvärtom. Här har resenärerna visat att de är mycket nöjda med komforten och uppskattar att ta Ronden istället för bilen på grund av detta. Det är således inte förvånande att god komfort ses som något viktigt.

Låg egenavgift ses ungefär lika viktigt som god komfort. Beirão och Cabral (2007) hävdar att priskänsligheten för kollektivtrafik inte är speciellt stor. Enkätundersökningen visar därmed avvikande resultat. Beirão och Cabral har undersökt allmän kollektivtrafik, denna uppsats studerar icke akuta sjukresor som till stor del görs av äldre, många med låga inkomster. Priset på transporter får då en betydligt högre signifikans vid sjukresor. Tidigare i detta kapitel presenterades att få kommer upp i högkostnadsskyddet. Det bevisas bland annat genom att endast 17 procent har frikort. Även om en resenär åker mycket krävs det 25 turer med Ronden inom en 12-månadersperiod för att nå 1500 kronor. För en resenär som åker varje vardag, till exempel vid en 3-veckors strålbehandling, får den betala 1500 kronor under en kort tidsperiod. Det är en stor summa för många resenärer med ansträngd ekonomi. Transporten till sjukhuset blir således en barriär som ska överkommas, något som TPMAE (2001) tar upp i sin rapport.

Att ha nära till hållplatsen ses också som viktigt. Det är därför av vikt att trafikplaneringen med linjedragning och dylikt görs med hänsyn till var resenärerna finns. Det är som tidigare visat jämnt fördelat mellan färdställen till hållplatsen mellan gång, taxi och bil. Det tar ungefär 15 minuter i genomsnitt för resenären att ta sig till hållplatsen.

Efter dessa fem faktorer kommer det ett hopp ner till nästa fyra faktorer som grupperat sig med ungefär lika medelvärden. Den första är få antal byten. Det är många som uppskattar direktheten som Ronden erbjuder. Beirão och Cabral (2007) bekräftar att resenärer i högre utsträckning föredrar direkta förbindelser mot resor där byte är inblandade. Resenären får idag en möjlighet att resa med Ronden snabbt till sjukhuset utan byten och bussen stannar precis vid sjukhusentrén. Detsamma gäller efter besöket på vägen tillbaka. Om resenären genomgått en påfrestande behandling är det behagligt att kunna åka direkt utan att tänka på byten och liknande. Behöver resenären anslutningstaxi finns en sådan väntandes vid hållplatsen som kan ta resenären den sista sträckan hem till dörren.

En resa med kollektivtrafik är ett miljövänligt färdsställe och lyfts fram som en fördel i en jämförelse med bilen (Beirão och Cabral, 2007; Fuchs och Rapp, 2011). Resenärerna med Ronden tycker det är en viktig faktor även om den inte är primär. På enkätens öppna fråga om vad resenären uppskattar mest med Ronden var det få som nämnde miljöaspekten. Det var två stycken var de till antalet som uppgav detta, vilket styrker påståendet. På nästan samma medelvärde som miljövänlighet kom lätt att lasta hjälpmedel. Trots att resenärerna med Ronden idag alltså har ett litet behov av hjälpmedel så anser de att möjligheten att lasta hjälpmedel på ett enkelt sätt är viktigt. Det kan förklaras av att många är empatiska och tänker på de som faktiskt har ett behov. De tycker det är bra att andra kan ta med de hjälpmedel som personen har behov av.

Värdinna ombord ses som en viktig faktor, men den hamnade längre ner på listan än vad som skulle kunna förväntas. Många resenärer talade under resorna väldigt varmt om värdinnorna och även när de svarade fritt om vad de gillade med Ronden så var värdinnorna frekvent med. Det är dock värt att påpeka att de fortfarande har ett medelvärde som innebär att de är mycket viktiga för Rondens resenärer. Värdinnorna bidrar till den trygghetskänsla som visat sig vara så viktig. De representerar ett omhändertagande och skapar ett möte människor emellan.

”Känner mig väl omhändertagen. Känns tryggt.” (75 år från Åmål).

En sista grupp faktorer som kan urskiljas har hamnat på ett medelvärde något över tre. Den första är få antal stopp. Ronden har precis som en buss i linjetrafik ett antal stopp inlagda i tidtabellen. På vissa hållplatser stannar den alltid, men de flesta hållplatser angörs bara efter behov. Det har även framkommit att många resenärer uppskattar att Ronden går efter en fast tidtabell, så att de vet hur lång tid resan kommer att ta. Vid samåkning i taxi är det nämligen vanligt att resenärer ibland får åka ganska långa omvägar för att andra resenärer skall stiga på eller av längst vägen. Det gör att restiden med taxi kan variera från gång till gång vilket skapar en osäkerhet för resenären.

Antalet stopp och antalet avgångar är två påverkbara faktorer som direkt påverkar restiden. Beirão och Cabral (2007) gör gällande att restiden är en avgörande faktor för val av färdmedel. Därför följer nedan ett exempel som jämför Ronden med färdstället bil. Sträckan som valts är Sahlgrenska-Uddevalla. Det är den sträckan med flest resande i vår enkätundersökning. Alla värden för resor med Ronden har presenterats tidigare.

Bilens restid har räknats ut med Google Maps efter kortaste väg. Tiden det tar att hitta parkering, betala parkeringsavgift och ta sig till entrén är godtyckligt vald.

Tabell 7.3 Restid med Ronden jämfört med bil på sträckan Sahlgrenska-Uddevalla (i minuter).

Moment	Ronden	Bil
Ta sig till färdmedel	15	0
Väntetid	20/39	0
Restid	98	69
Parkering	0	15
Totalt	133/152	84



Karta över körsträcka för Ronden mellan Sahlgrenska och Uddevalla. Karta hämtad från Rondens tidtabell.

Som resultatet ovan visar är bilen 49 alternativt 68 minuter snabbare än Ronden på typresan beroende på om resenären åker till eller från sjukvården. Det skulle kunna innebära att bilen ses som det primära valet. Den genomsnittliga resenären skulle enligt Beirão och Cabral (2007) tagit bilen i detta fall. Dock med fokus på sjukresenärer och när faktorer som trygghet, ekonomi och social omgivning vägs in är valet, som diskuterat tidigare, långt ifrån självklart. Gratis kaffe ombord är något som uppskattas, men ses inte som något essentiellt för att resenären valde att just resa med Ronden.

En intressant aspekt ur ett samordnings- och främst samåkningsperspektiv är att resenärerna på Ronden inte direkt upplever att de blir störda av sina medpassagerare. Snarare är det tvärt om enligt de upplevelser vi fått ta del av från resenärer utanför enkäten. Att kunna prata med medpassagerare under resan är även något som visat sig vara positivt med kollektivtrafiken i studien som Beirão och Cabral (2007) genomfört. Eftersom det är få som åker med Ronden idag och många dessutom gör det regelbundet, har många resenärer lärt känna varandra. Både resenär-värdinna och resenär-resenär. Därmed blir medpassagerarna en faktor som bidrar till att skapa en trevlig stämning under resan.

Möjligheten att värma mat ombord finns det inget behov av och ses som nästintill helt oviktigt. I trafikavtalet står det dock idag inskrivet att möjligheten skall finnas ombord. De större bussarna är utrustade med mikro och kostar inga summor att ha installerat. I dagsläget används mikron mestadels för att personalen ska värma sin medhavda mat, passagerarna använder inte servicen.

För att summera så är det alltså 13 faktorer som ses som helt nödvändiga eller mycket viktiga för resenärerna med Ronden. Ett mönster är att nio av dessa är transportrelaterade, däribland de tre första. Det är således dessa faktorer Västtrafik ska fokusera på vad gäller förbättringsåtgärder och marknadsföringsåtgärder. Att resenärer garanterat kommer fram, ofta dörr till dörr menar Jonas Johansson (2012) är den anropsstyrda trafikens stora styrka. Det är kanske inte alltid som det går att åka den snabbaste resvägen, med hänsyn till samordningen, men resenären kommer garanterat fram. Att få fler att inse att det är lika tryggt och bekvämt att åka med Ronden som taxi, tror Jonas Johansson är viktigt. Svarsfrekvenserna i tabell 7.2 är höga vilket medför att dessa resultat är att betrakta som generaliserbara. Som nämnts tidigare i uppsatsen skulle inte ett ökat antal respondenter förändrat resultatet nämnvärt. Det skulle vara vissa faktorer med väldigt liten värdeskillnad som kan byta plats med varandra, till exempel få antal byten och miljövänlig resa.

7.3 Hur kan resandet med Ronden öka för att minska kostnaderna för sjukresor?

Information

Något som framkommit både under samtal med resenärer och med personal är att informationen om Ronden måste förbättras om beläggningen ombord skall kunna öka. Med rätt informationsinsatser menar många i personalen att Ronden kan gå fullsatt med enbart sjukresenärer. En bra förutsättning för att boka en resa med Ronden är att känna till att konceptet är ett alternativ vid sjukresa. Här säger Fuchs och Rapp (2011) att bara det faktum att taxi står för majoriteten av sjukresandet gör att det brukar ses som synonymt med sjukresa. Respondenterna fick svara på var de först fick reda på att Ronden var ett alternativ vid sjukresa. Här hade de möjlighet att välja flera svarsalternativ, därav en summa som överstiger 91. Flest kryss fick personalen på sjukhuset med 33. Detta alternativ kan alltså röra sig om både personal på avdelning och vid informationsdisk. Nästan uteslutande var det personer som varit på strålbehandling alternativt kemoterapi som kryssade i detta alternativ. Släkt och vänner fick 12 respektive 24 kryss. Det var elva stycken som hade kryssat för att de fått information i Rondens tidtabellshäfte. Vårdportalen/Sjukvårdsupplysningen och beställningscentralen fick åtta kryss vardera. Västtrafiks hemsida fick inget kryss.

Förutom i intervjuerna och samtalen med resenärerna så har, genomgående i denna uppsats, vikten av information framkommit som en nödvändig faktor för att kunna öka resande med kostnadseffektiva alternativ som Ronden. TPMAE (2001) säger att förbättrad information om resmöjligheter vid icke akuta sjukresor är viktigt för att uppnå effektiva transporter. Shook (2005) instämmer genom att säga att beläggningen kan öka genom bättre information.

Syftet med en förbättrad information är att minska resenärens otrygghet. Tidigare i kapitlet har resenärens känsla av trygghet visat sig vara en nödvändig faktor för deras val att resa med Ronden. Som Sundvall och Tarberg (2000) nämnt har information både en kommunikativ och pedagogisk funktion. Kommunikativt genom att resenärer ska känna igen systemet, det vill säga Ronden ska ha ett gemensamt formspråk. Det är något som saknas idag. Personalen på Ronden vittnar om att namnet Ronden inte är speciellt kommunicerat. Det är istället betydligt vanligare att resenärerna känner till Jumbolans, som konceptet hette fram till 3 mars 2008. Konceptet Ronden skiljer sig också i Västra Götalandsregionen på många sätt. Det är till exempel skillnad på vem som får åka med, hur betalning går till, vilken typ av fordon som körs och utbildning på värdinnor. Det gör att Ronden inte alltid ses som ett enhetligt koncept.

Den pedagogiska funktionen innebär att det ska vara snabbt och enkelt att lära sig principen för kollektivtrafikens informationssystem. SOU (1995) säger att särskild uppmärksamhet bör riktas mot äldre och funktionshindrade. Dessa resenärgrupper kan ses som mer sårbara än andra ställer det höga krav på hur information utformas och förmedlas. Regelverket kring sjukresor är idag komplicerat och svårt att överskåda. Vilket således ställer höga krav på att information förmedlas så lättförståeligt som möjligt.

Mobility Management har för avsikt att försöka påverka en resa innan den har börjat. Precis så behöver ske även vid sjukresor. Redan på kallelsen som skickas till en vårdtagare bör information om Ronden finnas samt den tid som getts för sjukbesöket skall passa med Rondens tidtabell. Personal på Ronden tar upp detta som en bra åtgärd. Det ställer dock krav på att vården är medveten om Rondens tidtabell och var vårdtagaren bor.

Kunskap om vad resenärer på sjukreselinjer tycker är viktigt för att de skall åka saknades sedan tidigare, men är av största vikt att känna till för att kunna marknadsföra och utveckla sjukreselinjer på ett sätt som får fler att resa med dem. Den kunskap som funnits tillgänglig har handlat om kollektivtrafikresenärers och bilisters preferenser i allmänhet, men våra resultat visar alltså att det finns en viss skillnad gällande preferenser för att resa kollektivt när sjukresenärer tillfrågas.

Allmänt resande med Ronden

Sjukreselinjerna i Fyrbodal är idag inte öppna för allmänheten. För att öka beläggningen kan en förändring på den punkten vara ett alternativ. Fuchs och Rapp (2011) har genomfört en sådan förändring och noggrant studerat resultatet av en sådan förändring. Ett öppnande för allmänheten på linje 190 mellan Sundsvall och Ånge föll mycket väl ut. Det har nu lett till en diskussion om fler sjukreselinjer där reseunderlag finns som ska vara öppna för allmänheten. Jonas Johansson (2012) på Västtrafik talar sig också varm om ett öppnande för allmänt resande. Det ses som gynnsamt att fler kan ha glädje av den trygghet som Ronden bidrar till, där resan bevakas och personal som hjälper till vid behov. Ronden kan också vara ett komplement till dagens trafikutbud för att åka antalet turer i Fyrbodal. Att neka resenärer möjlighet att åka när det ändå går en buss bara för att det är en sjukresebuss tycker Jonas är fel. I betänkandet av Samreseutredningen tilläggs även att det är önskvärt att undvika särskilda lösningar för särskilda resenärskategorier. Det är både dyrt och ett resursslöseri (SOU, 1995).

På frågan om hur resenärerna ställde sig till att Ronden öppnas för allmänheten i mån av plats svarade majoriteten (57 procent) att de var positiva eller mycket positiva. Hur svaren fördelade sig i sin helhet presenteras nedan.

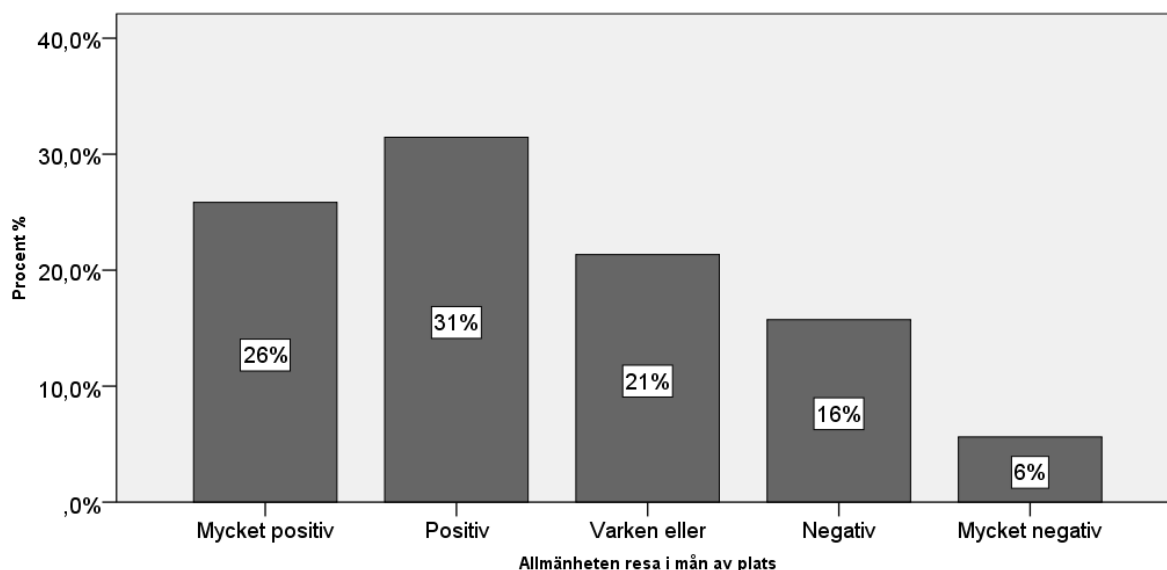


Diagram 7.2 Respondenternas uppfattning om att tillåta allmänheten resa med Ronden (i %) (N=89).

Det finns en grupp på sex procent som är mycket negativa till en förändring av dagens upplägg, samt ytterligare 16 procent som är negativa. Vid ett öppnande för allmänheten kan det således finnas en risk för att några eller alla av dessa slutar resa med Ronden och väljer om möjligt andra färdstätt. Om de resenärerna är fler än det antal som kan beräknas tillkomma i form av allmänt resande så blir lösningen ineffektiv. Det faktum att tidigare studier visat att lösningen fungerat gör att det känns som ett mindre sannolikt utfall. Ronden är även på vissa linjer i Skaraborg redan öppen för allmänheten. Att införa samma villkor för linjerna som trafikerar Fyrbodal bidrar till att göra Ronden som koncept mer enhetlig, vilket kan stärka varumärket.

En faktor som talar för att öppna Ronden för allmänheten är att trafikens medfinansiering ökar. De egenavgifter som regionen får in på Ronden linje 5-10 uppgick under 2011 till drygt 1,18 miljoner kronor. Den totala årliga kostnaden för Ronden i Fyrbodal är 8,8 miljoner kronor. Lösningen i Fyrbodal idag är således som tidigare nämnt i uppsatsen inte lönsam.

För en person som känner till systemet är det redan idag möjligt att åka med Ronden i Fyrbodal utan att vara sjukresenär. Det är fritt fram att boka in sig som sjukresenär, varken beställningscentralen eller personalen på Ronden kontrollerar att resenären verkligen har någon kallelse till sjukvården. Det innebär att en icke sjukresenär kan betala endast 60 kronor för en resa mellan till exempel Åmål och Göteborg, en sträcka på cirka 18 mil. Det går idag inte att säga hur många som åker med Ronden i detta syfte, uppskattningsvis är det väldigt få. Att möjligheten ändå finns gör det motiverat att se över regelverket och organisera resandet på ett sätt som gör att normal kollektivtrafiktaxa betalas för resan för icke sjukresenärer.

Den kritik som lyfts fram mot ett öppnande för allmänheten kommer till stor del från personal på Ronden. De är starkt kritiska, särskilt med anledning av deras upplevelser från dåvarande Jumbolans när vissa sträckor i Dalsland var öppna för allmänheten.

De berättar exempel med alkoholpåverkade personer och högljudda skolungdomar som klev på bussarna, vilket gjorde att sjukresenärernas miljö försämrades kraftigt. Jonas Johansson säger att det handlar om att dra upp riktlinjer för vilket klimat som skall gälla ombord. Främst att det skall vara tyst och lugnt, med hänsyn till sjukresenärerna. Han jämför det med tysta avdelningar som brukar finnas på tåg. En annan punkt där Rondens personal är kritiska är det faktum att vissa resenärer på grund av behandling kan ha nedsatt immunförsvar och allergier och således inte bör samåka med allmänheten på grund av infektionsrisk. Det kan dock argumenteras för att sjukresenärer som är så pass dåliga inte bör samåka med andra överhuvudtaget, utan istället resa enskilt i taxi.

Det är av största vikt att regelförändringar på Ronden införs varsamt, och att det sker på sjukresenärernas villkor. Ytterligare tänkbara problem med att även ta upp allmänt resande är att körtiderna kan förlängas. Redan idag blir bussarna ofta försenade mellan 15-20 minuter om det är fler än tre stopp under resan. Det händer ofta att bussarna kan köra utan stopp mellan Göteborg till Trollhättan respektive Uddevalla. Skall allmänhet kunna åka med, finns risken att Ronden behöver angöra alla de hållplatser som anges i tidtabellen. Det innebär en kraftig försämring för sjukresenärerna då resan kommer att ta längre tid samtidigt som det blir omvägar, på liknande sätt som kan ske med taxi idag. Den bästa kompromissen skulle här vara att även de resenärer som gör en vanlig kollektivtrafikresa omfattas av kravet att förboka. Men en sådan lösning är också förknippad med vissa problem, som att det blir dyrare att driva beställningscentralen då Samres får betalt för varje bokning de genomför.

Ett annat problem som också uppstår handlar om vid vilken tidpunkt allmänheten skall kunna boka sin plats. Dagens resenärer med Ronden bokar sina resor relativt sent. På frågan om när resenären bokade resan de gjorde vid svarstillfället svarade de enligt diagrammet nedan.

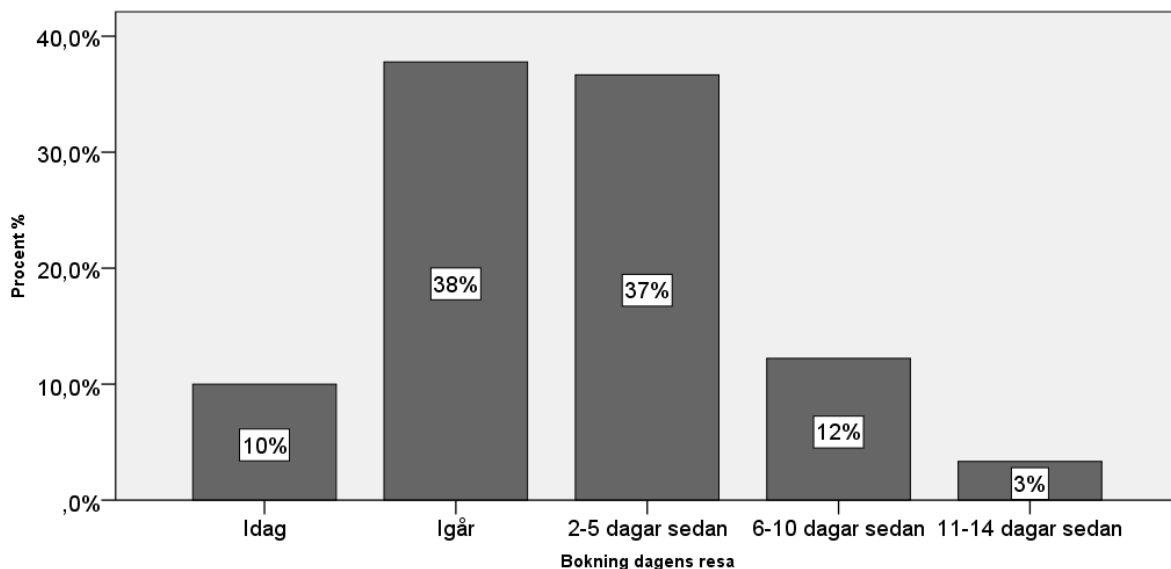


Diagram 7.3 Antal dagar från respondenternas bokning till resa med Ronden (i %) (N=90).

Om de skall ha möjlighet att boka, precis som sjukresenärerna, två veckor före avgång finns det en teoretisk risk att platserna bokas upp av allmänna resenärer. Det gör att sjukresenärer inte kommer med. En annan variant skulle vara om de allmänna resenärerna kan boka sin plats strax före avgång alternativt gå till bussen då den står vid sjukhus och fråga om det finns plats kvar.

Problemet som finns idag är att personalen inte kan se direkt från starthållplats hur många resenärer som är bokade senare under resan. Det beror på att ändamålsenliga systemstöd saknas. Att som allmän resenär inte ha möjlighet att förboka sin plats medför att Ronden skulle behöva stanna i betydligt fler orter än idag för att se om det finns resenärer som vill åka med.

IT-stöd för sjukresor

Teorin har visat att användning av bra IT-stöd är en nyckelfaktor för att uppnå god logistisk effektivitet. IT kan användas till att bland annat förbättra servicenivån mot kunder. Det IT-stöd som Ronden använder sig av idag har varit ett frekvent diskussionsämne under de intervjuer som gjorts. Vad som kan konstateras är att ingen är helt nöjd med hur dagens systemstöd fungerar.

Cavusgil *et al.* (2005) har identifierat flera punkter där förbättrad IT kan hjälpa ett företags leveranskedja. Den första punkten innebär att IT har potentialen att öka snabbheten, kvaliteten samt möjlig kvantitet av information som överförs. Det gör att relevant och viktig information blir tillgänglig i rätt tidpunkt för alla som har nytta av den. Idag fungerar det inte så med planeringssystemet som används. Information som är nödvändig kan komma till exempel komma i fel ordning samt även bli tillgänglig försent. En annan punkt är att IT kan öka koordinationen i leveranskedjan, en integration mellan alla parter kan också vara aktuell. Dagens IT-lösning kan sägas vara integrerad. Alla använder samma mjukvara, fast med olika gränssnitt. Poängen med en integrerad lösning är att alla ska ha all nödvändig information för att kunna uppnå balans över hela leveranskedjan. Så är det inte idag när till exempel beställningscentralen inte på ett enkelt och överskådligt sätt kan se beläggningen ombord på bussarna. Det innebär att resenärer ibland nekas resa och hänvisas till andra alternativ. Det uppstår således ingen balans mellan utbud och efterfrågan.

En sista faktor är att IT ger företaget möjligheter att svara på förändringar och möta önskemål från kunder snabbare. Förändringar i form av till exempel ändrade tider för anslutningstaxi går idag smidigt. Skulle Ronden till exempel vara sen så ringer värdinnan på bussen upp beställningscentralen som meddelar taxichauffören om läget och koordinerar anslutningen. Resenären med anslutningstaxi behöver således inte vara orolig att missa sin anslutning, vilket är ytterligare en trygghetsfaktor. Ett annat exempel är att det för Rondens personal går snabbt att boka in kunder nära inpå avgång för resenärer som glömt boka innan, alternativt har blivit klara tidigare med sin behandling och hinner med en tidigare avgång. I enkätundersökningen har önskemålet om att kunna boka en viss plats i bussen förts fram. Det är inte möjligt idag. Vissa personer är känsliga mot ljus, lukter och kan behöva sitta långt bak med få passagerare runt sig och fördragna gardiner. Andra vill kanske kunna sitta långt fram för att de är åksjuka och vill kunna se ut. Idag brukar det lösa sig på plats då antalet resande på varje tur är så få. Skulle dock Ronden få ett ökat resande kan det vara bra att se över denna möjlighet.

I enkätundersökningen är det några lyfter fram att det är krångligt och tar lång tid att boka resorna med Ronden. Med anledning av det som sagts i intervjuer med både Jumbolans och Samres så beror det till stor del på systemstödet som används. Hur ett system fungerar är mycket en intern angelägenhet, men det får i slutändan effekter på kunderna.

Mer om samordning

Det finns flera typer av samordning. Samordning är inte att betrakta som en synonym till samåkning med fler resenärer i samma fordon, utan det sistnämnda är bara en del i att samordna resor. (SOU, 1995). Det krävs vidare att mål och regler utformas på ett tydligt sätt, planering och framtagande av transportlösningar, informationsinsatser om trafiken och vilka regler som gäller för den med mera. Några typer av samordning har således redan behandlats. Nu följer ytterligare samordningsåtgärder som identifierats som viktiga för att öka resandet med sjukreselinjer och minska kostnaderna för sjukresor.

Det har tidigare konstaterats och bekräftats via enkätundersökningen att sjukresor är något som sker oregelbundet och i liten omfattning, jämfört med till exempel jobbpendling. På grund av detta föreslog sjukreseutredningen 1981 sjukresor inte skall planeras separat och tillhöra en egen organisation utan istället bör de inkluderas i ordinarie busstrafik vid trafikplanering och upphandling. En egen organisation för sjukresor anses inte vara ändamålsenlig. Inom Västra Götalandsregionen finns idag en sådan här uppdelning, där Västtrafik upphandlar avtal med trafikföretag som i sin tur kör sjukreslinjer och anropsstyrd trafik med både buss och taxi. Fuchs och Rapp (2011) menar dock att en framgångsfaktor kan vara att ta ytterligare ett steg. De anser att även administrationen med utbetalningar för sjukresor bör slås samman med den planerande parten. När arbetet vid olika sektioner sker isolerat från varandra uppstår lätt en situation att incitament saknas för att arbeta mot gemensamma mål.

En sammanslagning skulle innebära fler fördelar. Få landsting har idag personal anställd som arbetar proaktivt med att utveckla nya trafiklösningar för resor till och från sjukvården. En proaktiv syn är även något som Wake (2007) kommer fram till behövs, där i fallet hur trafikflöden skall styras vid sjukhus för att tillgängligheten ska förbättras. Fuchs och Rapp (2011) menar att ett långsiktigt perspektiv för sjukresor saknas idag. Det behöver tillföras om det skall vara möjligt att få en överblick över sjukresors kostnadsutveckling och utveckla formerna för resandet. En annan fördel är att en enhetlig organisation skulle kunna innebära att kontakten mellan sjukreseorganisationen och vården blir bättre. Kunskapsspridningen om sjukresor skulle således kunna öka.

En annan form av samordning har identifierats som ett ökat samarbete mellan de aktörer som idag är inblandade i sjukresor. En effekt av den organisation som finns idag är att aktörer kan motverka varandra. En besparing för den ena parten kan innebära en ökning för någon annan (SOU, 1995). TPMAE (2001) fyller i att ett ökat samarbete mellan sjukhusen och transportörerna måste till samt skapa en förståelse bland vårdpersonal för individens resebehov. Jonas Johansson (2012) nämner att samarbetet med vården idag inte är tillfredsställande, han skulle gärna se en utökad dialog. TPMAE (2001) föreslår att ett nätverk för sjukvårdsrelaterade transporter inrättas. Nätverket ska föra samma de olika intressenterna som berörs av sjukresor. Tanken är att de tillsammans ska diskutera frågor som berör alla och uppmuntra till ett stabilt utbud av transporter för resenärerna.

Incitament för resenären är också viktigt för att samordning av sjukresor skall bli verklighet (SOU, 1981). Resenären skall ha en fördel av att välja kostnadseffektiva färdssätt jämfört med dyrare. De dyra färdssätten som avses här är taxi och privat bil. Fuchs och Rapp (2011) föreslår att ersättning vid sjukresa med privat bil tas bort. Det skulle vid implementering i Västra Götalandsregionen ge en väldigt stor kostnadsbesparing. Det finns ett par anledningar till varför Fuchs och Rapp kommer fram till detta. Bilen likställs idag med allmän kollektivtrafik vid sjukresa och blir därmed en tuff konkurrent.

Med det menas att för båda färdmedlen måste reseräkningar skickas in till ett sjukresekontor. Att försvåra resandet med egen bil anses även viktigt för att begränsa kostnaderna på ett administrativt plan. Att administrera utbetalningarna är kostsamt, mycket på grund av felaktiga reseräkningar. Det är vanligt att resenärer skickar in reseräkningar för belopp som understiger egenavgiften och således inte berättigar till ersättningar. Dessa ansökningar skall alla behandlas och tar resurser i anspråk. Det finns även trafiksäkerhets- och miljöaspekter som kan vägas in i resonemanget. Det bör dock finnas undantag där bilresor kan ersättas. Det kan finnas tillfälle där bilen är det enskilt bästa och optimala alternativet för en viss vårdtagare i ett visst läge. Det hade då varit möjligt att ersätta en högre summa än vad som görs idag, för de som verkligen har behovet av att använda privat bil. (Fuchs och Rapp, 2011). Hela tanken med att inte kompensera resande med privat bil kan kopplas till teorin om Mobility Management. Där målet att uppmuntra en förändring av beteenden för att kunna få till hållbara transporter.

Från vårdens sida finns det två åtgärder till som bör beaktas. För att öka beläggningen på icke-akuta sjukreselinjer skriver TPMAE (2001) att sjukvården måste vara beredd att anpassa sina mottagningstider. Det kan i detta fall till exempel handla om att konsolidera mottagnings-tiderna för ankommande resenärer med en viss Rondenlinje. Även sjukreseutredningen föreslår samma sak (SOU, 1981). Det sägs att vården ska försöka ta hänsyn till vårdtagarnas olika resmöjligheter. För att få detta att fungera så ställer det höga krav på den interna logistiken inom vården. En nära relaterad samordningsform är att ge sjukvården ett budgetansvar för sjukresor. TPMAE (2001) menar att frågor rörande transporter och tillgänglighet bör integreras i vårdplaneringsprocessen. Genom att ge avdelningar inom vården ett budgetansvar uppmuntras de till att informera och i högre grad styra resenärer mot mer kostnadseffektiva alternativ. De kan även bli mer villiga att uppmärksamma otillfredsställda transportbehov och förmedla dem till trafikplanerare.

8. Slutsatser och slutdiskussion

I detta avslutande kapitel sammanfattas det kunskapsbidrag som uppsatsen tillfört. Resultaten diskuteras också av författarna.

8.1 Slutsatser

Uppsatsens syfte har varit att öka vår förståelse för hur sjukvårdsrelaterade resor i Västra Götaland kan effektivieras. Empiriskt har detta undersöks genom att närmare studera kvinnors preferenser vid val av sjukreselinjer. Svaren på de frågeställningar som formulerats utifrån syftet är följande:

- Vilka bakomliggande faktorer påverkar beläggningen på sjukreselinjerna Ronden i stråket mellan Fyrbodal och Göteborg?

Det är främst transportrelaterade faktorer som påverkar beläggningen på Ronden. Viktigast är att skapa en trafiksäker resa där resenären kan känna sig trygg. Utöver detta framträder även passande avgångstider, punktlighet och personalens utbildning i hjärt- och lungräddning som helt nödvändiga.

- Hur kan resandet med Ronden öka för att minska kostnaderna för sjukresor?

Antalet sjukresor har ökat totalt sett men resandet med Ronden har inte gjort det. Ronden som koncept är idag inte tillräckligt kommunicerat. Förbättrad information om Ronden har identifierats som en nyckelfaktor för att kunna öka resandet. Det bokningssystem som används är inte ändamålsenligt efter Rondens trafikupplägg vilket får till följd att potentiella resenärer kan nekas resa. Ett byte av mjukvara som kan hantera Rondens egenskaper rekommenderas. Ett öppnande av Ronden i Fyrbodal för allmänheten är även något som bör införas. Dagens resenärer är i majoritet positiva till en sådan förändring.

- Vilken roll spelar Ronden för att tillgodose äldre kvinnors mobilitet för resor till och från sjukvården?

Ronden spelar en central roll för mobiliteten hos äldre kvinnor med låga inkomster. Utan tillgång till Ronden skulle en stor risk för social exkludering föreligga. Majoriteten av de äldre kvinnor som reser med Ronden kan ses som mobila.

Mobiliteten har sedan tidigare visat sig vara låg bland äldre kvinnor med låga inkomster. Det visar bland annat Gombeski och Smolensky (1980). Det är dock inte de som i majoritet åker med Ronden. För att återkoppla med den inledande problemformuleringen med ökande centralisering och åldrade befolkning kan vissa slutsatser dras. Transporterna till och från sjukhus väntas öka, det är främst äldre som kommer stå för ökningen. Huggins och Shugg (2008) håller med och säger att den icke-akuta transportsektorn kommer ta upp en del av den ökningen. Vad som kan konstateras av den här uppsatsens resultat är att personer, som är att betrakta som mobila kommer stå för mycket av den ökningen. Det är ett mycket viktigt kunskapsbidrag då det tillåter trafikplanerare utforma framtidens sjukresesystem efter den premisen.

För att kunna locka över ännu fler mobila personer till Ronden så är det viktigt att veta vad dessa personer uppskattar. För att summera så är det alltså 13 faktorer som ses som helt nödvändiga eller mycket viktiga för resenärerna med Ronden. Ett mönster är att nio av dessa är transportrelaterade, däribland de tre första. Av dessa faktorer, vilket resultatet visat, har passande avgångstider, frekventa avgångar, få antal byten och punktlighet tydligt stöd i den tidigare forskning som Beirão och Cabral (2007) genomfört. Dessa faktorer kan betraktas som mycket centrala för val av ett visst färdmedel.

Ett mönster som kan ses i tidigare forskning är vikten av information. Beirão och Cabral lyfter fram att det är ett problem för kollektivtrafiken att informationen om den ofta är bristfällig och svårtillgänglig. Även Sundvall och Tarberg (2000) tar upp informationsaspekten som central liksom TPMAE (2001) och Sjukreseutredningen (1981). I de intervjuer som genomförts framkommer att informationen om Ronden måste förbättras om dess beläggning skall kunna öka. Uppsatsen studerar inte personer som inte åker med Ronden. Därför kan det inte ges något svar på hur stort informationsbehovet är hos sjukresenärer som åker taxi eller privat bil, för att de skall välja Ronden för sina sjukresor. Det förefaller rimligt att den höga andelen sjukresenärer i bil och taxi beror på att informationen om Ronden brister. Samtidigt är detta en åtgärd som inte kostar speciellt mycket att påverka för regionen och Västtrafik. Bättre information kan däremot bidra till stora besparingar om det leder till att fler åker med Ronden.

Något som Beirão och Cabral pekar på är att information hänger starkt samman med inställning och attityder till olika färd sätt. Deras forskning visar att förbättringar av kollektivtrafiken inte per automatik får fler att åka med den. Individens inställning till kollektivtrafiken påverkar i hög grad om de åker med den eller inte. Vår enkätundersökning visar att nästan samtliga resenärer på Ronden är mycket nöjda. Däremot kan vi inte uttala oss om hur attityden till Ronden är bland de som åker med andra alternativ idag. Från våra olika intervjuer framkommer dock tendenser att kollektivtrafiken ibland betraktas som ett sämre alternativ än taxi eller privat bil. Buss är inte lika fint att åka som taxi, eftersom en bussresa inte blir lika personlig har det antytts från vissa respondenter. I en buss behöver sjukresenären sitta tillsammans med andra, medan en taxiresa upplevs som mer privat. Det intressanta är dock att tidigare forskning från Beirão och Cabral visar på att de som åker buss upplever det som trevligt att kunna prata med sina medresenärer. Det är något som även stämmer väl överens för Rondens resenärer, där vissa uttryckt att gemenskapen ombord är som en del av deras behandling. När det gäller vår forskning givet sjukresor kan två grupper urskiljas, de som alltid eller ibland åker med Ronden och uppskattar gemenskapen ombord samt de som inte åker Ronden överhuvudtaget. Att inte välja Ronden behöver ej vara synonymt med att ogilla resa med andra resenärer. Snarare kan det sägas bero att dessa icke-resenärer saknar tillräcklig information om Ronden. Det kan i sin tur påverka resenärernas inställning till att resa kollektivt. Att förstå vilka motivationsfaktorer som kollektivtrafikens icke-användare värderar är viktigt för att kunna få fler av dem att resa kollektivt. Alla resenärer har olika preferenser, det kan vara en svårighet för ökad samåkning.

Den faktor som värderats högst av resenärerna i enkätundersökningen är den om trafiksäker resa. Även hjärt- och lungräddning värderas högt liksom tillgång till toalett ombord. Dessa tre faktorer bildar tillsammans en egen grupp som alla kännetecknas av trygghet. Just trygghet under resan har framkommit, både i enkätsvar och vid intervjuer med tjänstemän, som något viktigt. Eftersom resenärerna är på väg till eller från sjukvården i kombination med en hög ålder gör det att trygghet kan ses som en naturlig faktor i sammanhanget.

Trygghet har inte utmärkt sig i tidigare forskning om faktorer som påverkar färdmedelsval. Att vi inte ser någon överrensstämmelse här beror sannolikt på att tidigare forskning inte studerat sjukreselinjer specifikt. Ett viktigt kunskapsbidrag som den här uppsatsen därmed ger är att trygghet är något som värderas särskilt högt vid just sjukresor och måste beaktas vid utformandet av sjukresesystem. Trygghet bör även användas i information och marknadsföring av sjukreselinjer. Genom att få icke-resenärer till Ronden att inse att det är lika tryggt och bekvämt att åka med den som med taxi finns stora möjligheter att få fler resenärer på Ronden. Viktigt att komma ihåg är dock att det inte räcker att ensamt visa på Rondens fördelar, utan det behöver ske tillsammans med andra åtgärder. Det är något som sjukreseutredningen från Landstinget i Västernorrland (2011) menar. Den slutsatsen får även stöd från Beirão och Cabral (2007). Förbättrad information om Ronden med fokus på tryggheten skulle kunna kombineras med åtgärder som att slopa milersättningen för egen bil. Det finns dock inget stöd i tidigare forskning som visar att en sådan åtgärd per automatik skulle leda till en högre beläggning på Ronden. Resandet med privat bil skulle mycket väl kunna tänkas fortsätta i samma omfattning även om det inte berättigar till reseersättning. Den stora fördelen med att ta bort alternativet egen bil vid sjukresa är i så fall den kostnadsbesparing som görs.

En slutsats som dras kring samordning av sjukresor och därmed effektiviseringsmöjligheter är att det är väldigt komplext att genomföra. I teorin visar Samreseutredningen från 1995 på de olika aktörer som är involverade i sjukresor. Flera fördelar med att integrera sjukresors organisation tas upp, liksom att låta olika resenärskategorier resa i samma fordon. I verkligheten är dock detta inte lika enkelt. Orsaken till det är svårigheterna med att tillmötesgå olika grupper som berörs av sjukresor. Vilka grupper som det skall visas störst hänsyn till är inte självklart. När det gäller att öppna Ronden för allmänheten kan olika intressen ställas i konflikt mot varandra. Allmänna resenärer kan vilja kliva på och av på fler hållplatser än vad som är möjligt idag, vilket då gör att Rondens körtider förlängs ännu mer. Det är något som i sin tur gör bilen ännu snabbare. Att hitta en kompromiss som passar både sjukresenärer och allmänna resenärer är inte självklart. Förändringar av Ronden bör ske på de huvudsakliga användarnas villkor, det vill säga sjukresenärernas. Genom att allmänhet tillåts åka med i mån av plats försämrar inte det sjukresenärernas tillgänglighet. Men om allmänna resenärer inte vet om de får åka med eller inte, beroende på platstillgänglighet, skapas det en osäkerhet för dessa resenärer som kan göra andra resalternativ attraktivare. Därför borde det även vara möjligt för allmänna resenärer att boka plats på Ronden. Då uppkommer dock ett annat problem, som handlar om att kostnaderna för beställningscentralen ökar om fler ringer dit. Samtidigt finns det också en potentiell risk för att de allmänna resenärerna blir så många att sjukresenärerna inte kommer med Ronden. Vad som då sker är en omfördelning av resenärer som skulle kunna leda till att sjukresenärer tvingas åka med andra alternativ än Ronden, för att den är fullsatt av andra resenärer. En lösning på ett sådant problem är att införa ett kvotsystem, där ett visst antal platser reserveras för allmänna resenärer. Det går inte att med uppsatsens resultat svara på hur eventuellt stor efterfrågan på Ronden blir om den öppnas för allmänheten. De erfarenheter som finns från Landstinget i Västernorrland, om att göra sjukreselinjer tillgängliga för alla, är dock väldigt goda. Därför finns det anledning att prova att förändra Ronden på ett liknande sätt.

Uppsatsens resultat bekräftar tidigare forskning om låg mobilitet hos äldre kvinnor med små inkomster. Vad den här uppsatsen ytterligare bidrar med är att majoriteten av de kvinnliga resenärerna ombord på icke-akuta sjukreselinjer ser bilen som ett sekundärt val. Anledningen är att resenärerna värderar att få en trafiksäker resa väldigt högt. Ny kunskap har även tillförts vad gäller faktorer som är viktiga för kvinnors val av icke-akuta sjukreselinjer. Tidigare studier har inte haft en sådan inriktning. Flertalet förbättringsåtgärder för att öka beläggningen har framkommit och analyserats.

En hög beläggning på Ronden gör den till ett kostnadseffektivt alternativ till taxi och privat bil i sjukresesammanhang. Det gäller både för regionen och för sjukresenärerna.

8.2 Avslutande diskussion

Framtida utveckling

Antalet sjukresor i Västra Götalandsregionen har ökat med drygt 22 procent mellan 2006 och 2011. Under samma period har kostnaderna har ökat med 31 procent. En del av kostnadsökningarna kan förklaras av de årliga indexhöjningar som till exempel sker med avseende på löner och bränslepriser. Majoriteterna av sjukresorna går med färdstättet taxi och privat bil. Samtidigt finns sjukreselinjerna Ronden, som har ett lågt utnyttjande. Sättet som sjukresorna bedrivs på kan ifrågasättas ur ett kostnads- och miljöperspektiv. Genom att minska dess kostnader är det möjligt att istället lägga mer pengar på att förbättra sjukvården.

För att kunna uttala sig om hur sjukresorna bör utvecklas framgent är det intressant att studera olika mål- och styrdokument från regionen, för att se den önskvärda utvecklingen av transporter. Västra Götalandsregionen har utarbetat ett miljöpolitiskt program där alla regionens verksamheter, förvaltningar och bolag omfattas. Programmet är en utveckling av den miljöpolicy som blev antagen år 2004. Under rubriken ”Transporter” i programmet, som sträcker sig från 2011-2013, står det att utsläpp av fossil koldioxid som kommer från sjukresor skall minska med 5 procent år 2013 jämfört med nivåerna för 2009. (VG-Region, 2011).

Det regionala trafikförsörjningsprogrammet för Västra Götaland, som regionens kollektivtrafikmyndighet tar fram, redogör för kollektivtrafikens strategiska inriktning i framtiden. Ett utkast finns utarbetat, som är ute på remiss hos kollektivtrafikens intressenter däribland kommunerna. Regionfullmäktige fattar ett slutgiltigt beslut om programmet i september 2012. I programmet visas hur målen för kollektivtrafiken skall uppnås, däribland resandemålet, genom att förslag ges på hur och var kollektivtrafiken skall byggas ut. Det betonas att en balansgång är viktig mellan att erbjuda ett grundläggande trafikutbud i glest befolkade områden samtidigt som en utbyggnad av kollektivtrafiken behöver ske i områden där det finns potential för resandeökningar. En viktig utgångspunkt för trafikförsörjningsprogrammet är ”Vision Västra Götaland – Det goda livet”. Det är en vision som utgör en grundpelare med syftet att stärka Västra Götaland som region och göra den livskraftig där hållbar tillväxt, välfärd och god miljö står i centrum. Kollektivtrafiken beskrivs som en funktion som bidrar till att utveckla Västra Götalandsregionen och tre mål fastslås särskilt. De berör ett trafikutbud som är konkurrenskraftigt, kortare restider för ökad tillgänglighet samt en jämställd kollektivtrafik anpassad efter både kvinnors och mäns samt funktionshindrades transportbehov. (VG-Region, 2012c). Den särskilda kollektivtrafiken i allmänhet eller sjukresor i synnerhet berörs inte specifikt i programmet. Ett övergripande mål som presenteras för den regionala kollektivtrafiken fram till år 2025 är att ännu fler än idag skall resa med kollektivtrafiken och att det skall ske en överföring av resor från bil. Det finns ett uttalat mål som också är starkt förankrat politiskt om att kollektivtrafikens marknadsandel skall vara 40 procent år 2025. Det innebär en ökning av antalet resor från 200 miljoner år 2006 till 380 miljoner. (VG-Region, 2012c).

Kollektivtrafikstråk identifieras i trafikförsörjningsprogrammet där Åmål-Bengtsfors-Uddevalle-Göteborg samt Åmål-Mellerud-Vänern-Trollhättan-Göteborg pekas ut som särskilt viktiga. Det är främst dessa stråk som Ronden Fyrbodals trafikeras idag. I programmet nämns också svårigheterna med att få till en kostnadseffektiv kollektivtrafik på landsbygden, där boendet är mer utspritt.

Det som styr vilket trafikkoncept som skall tillämpas med linjetrafik alternativt anropsstyrd trafik eller en kombination av dem beror på resandeunderlaget samt miljökrav. En av många omvärldsförändringar som belyses i programmet är att ålderssammansättningen förändras i samhället, där det sker en förskjutning mot ett ökat antal äldre. Det medför att krav ställs på att kollektivtrafiken anpassas till de förändrade behov som uppstår.

Regelförändringar

Regelförändringar krävs för att få till en förändring av färdhetsval vid sjukresor. Genom rätt typ av förändringar skulle det vara möjligt att direkt spara 30-40 miljoner på sjukresor, om ersättning för privat bil slopas. Resor med det färdstättet bör endast ersättas efter särskild prövning, då det i vissa fall kan vara det bästa alternativet. Ersättningarna för egen bil har på sju år eskalerat och resornas omfattning är inte förenligt med regionens eget miljöpolitiska program. Att skattepengar skall finansiera privat bilåkande i den omfattning som idag sker anser vi vara helt felaktigt. De som äger bil har det generellt sett ganska gott ställt, eftersom bilinnehav är förknippat med ganska höga kostnader. Att ta av samhällets pengar och ge till dem som redan har ganska mycket pengar är inte rätt. Det kan också ifrågasättas om vårdtagare som genomgått behandling verkligen är lämpliga i trafiken. Eftersom vårdbehovet ökar med stigande ålder, kan det antas att även sjukresandet gör det. Vår enkätundersökning visar att medelåldern på de som åker med Ronden är 65,5 år. Det finns starka skäl att tro att det även för andra färdstätt är en hög medelålder vid sjukresa, vilket kan påverka trafiksäkerheten negativt. Det finns dessutom risk att de som åker bil i samband med sjukresa passar på att åka via ett köpcentrum för att handla, när de ändå är ute och kör. Det är i sådant fall något som skattebetalarna får stå för. Det är inget effektivt utnyttjande av skattemedel. Att ta bort ersättningen för egen bil kan leda till att anslutningsresorna till och från Ronden och annan kollektivtrafik ökar. Det tror vi däremot inte eftersom egenavgiften idag gör att ersättning utbetalas först efter fyra mil. Dock kan det inte vara särskilt många av regionens invånare som har längre än fyra mil till en busshållplats. Det är också tänkbart att de administrativa kostnaderna ökar om fler bokar anslutningstaxi för resa till och från hållplats för allmän kollektivtrafik. Men det är högst otänkbart att kostnaderna skulle uppgå till 30 miljoner kronor, den summa som färdstättet egen bil kostade regionen år 2011. Att ersätta egen bil konkurrerar dessutom direkt med den allmänna kollektivtrafiken och sjukreselinje Ronden.

Ersättningen för egen bil bör tas bort samtidigt som det vid sjukresa blir avgiftsfritt att resa med kollektivtrafiken. Som färdbevis skall kallelsen från vården gälla. Främsta skälet för denna åtgärd är att förenkla resandet med kollektivtrafiken. Genom att det inte kostar vårdtagaren något behöver denna inte ligga ute med pengar och krångla med att skicka in biljetter och kvitton i efterhand för att få ersättning. Det bör tilläggas att vi inte tycker att kollektivtrafik i allmänhet bör vara avgiftsfri. Att göra kollektivtrafiken avgiftsfri vid sjukresa, och på så sätt prisdiskriminera en viss resenärskategori, kan jämföras med att många seniorer idag reser utan kostnad precis som skolungdomar gör.

För att underlätta resandet med kollektivtrafiken bör det också vara avgiftsfritt för en ledsagare att följa med. Det finns flera skäl till att få över fler till den allmänna kollektivtrafiken, främst för att den är det billigaste färdstättet för regionen, för resenären, bäst för miljön och trafiksäkerheten. Kollektivtrafiken är redan betald av regionen och det kostar inget extra att fler reser med. Om resandet ökar väldigt mycket kan kostnader för fler fordon och förare tillkomma. Men kan samtidigt resorna med taxi minska kan pengar till kollektivtrafiken tas därifrån om så är nödvändigt. Därför måste regelverket för sjukresor gynna kollektivtrafiken och det skall alltid vara förstahandsvalet vid sjukresa. Dyrare alternativ skall betraktas som undantag. Idag är det precis tvärtom.

När det gäller utvecklingen av sjukresor med taxi så är den också ohållbar. Många av dem som åker taxi idag kan med stor sannolikhet utan vidare åka med Ronden eller allmän kollektivtrafik istället. Taxi är dock väldigt lätt för alla inblandade parter att boka och använda och det förefaller rimligt att tro att många av dagens vårdgivarintyg utfärdas på patientens begäran och inte på en medicinsk bedömning. Att åka taxi är något som behöver bli mer arbetsamt för resenären, om det skall vara möjligt att öka resandet på de kostnadseffektiva alternativen. Idag räcker det i princip med att lyfta telefonluren. Vi menar att många inom vården idag bokar taxi till patienter på slentrian. Ett av skälen är bekvämlighet, eftersom det ofta är möjligt att taxiföraren kommer upp till vårdavdelningen och hämtar patienten där. Eftersom taxi är så dominant är också kunskapen om det färd sättet mest utbrett. Här behövs en förändring så att Ronden blir det mest kända alternativet vid en sjukresa tillsammans med allmän kollektivtrafik.

När det gäller sjukreselinjerna Ronden så bör de öppnas för allmänheten. Att det finns separata trafiksystem för vissa grupper är ohållbart. Däremot bör inte Ronden slås samman med vanlig linjetrafik. Att dock stänga ute allmänna kollektivtrafikresenärer på Rondens linjer i Fyrbodalen är ineffektivt med tanke på hur mycket kapacitet som finns outnyttjad ombord. Om inte fler resenärer väljer Ronden är det svårt att motivera trafikens fortsatta överlevnad. Att lägga ner Ronden skulle dock slå hårt mot de som åker med bussarna och är beroende av den service Ronden erbjuder. Kritiker kan mena att det fåtal resenärer som reser med Ronden istället kan åka den allmänna kollektivtrafiken för att därigenom spara resurser. På så sätt behöver inte två bussar åka halvfulla, utan istället kan en buss åka fullsatt. Det kanske är bättre ur kostnadssynpunkt men det skapar inte fler resor med kollektivtrafiken. För att öka det kollektiva resandet är nyckeln fler resmöjligheter. Därmed skulle ett öppnande av Ronden kunna bidra till att uppfylla det fördubblingsmål som finns i Sverige och sträcker sig till år 2020. Sjuka resenärer utestängs inte från den allmänna kollektivtrafiken, därför borde inte heller friska resenärer utestängas från sjukreselinjer. Med dagens trafikavtal spelar det ingen roll för entreprenören Jumbolans om det är fullt på Ronden eller tomt. De får lika mycket pengar ändå. En annan typ av avtal med en rörlig del är därför att rekommendera, så att även Jumbolans tjänar mer pengar på att fler åker med Ronden. En sådan typ av avtal med incitament skulle vara möjligt att införa om samtidigt organisationen för sjukresor förändras samt nuvarande regelverk. Att förändra Ronden skall ske på sjukresenärernas villkor, vilket innebär att även allmänna resenärer får förboka sin plats ombord. Visserligen skulle det kunna öka de administrativa kostnaderna eftersom beställningscentralen får provision per genomförd bokning. Dock tror vi inte att det skulle bli någon större kostnad i sammanhanget. För allmänna resenärer skall ordinarie busstaxa gälla. Det innebär samtidigt att sjukresenärer måste visa upp en kallelse eller vårdkvitto för att få åka med Ronden och betala priset för en sjukresa, det vill säga 60 kronor. Att Ronden även tar med allmänna resenärer kan göra att kunskapen ökar om att resmöjligheterna finns. Det är gynnsamt också för sjukresandet med linjerna.

Organisationsförändringar

Ett decentraliserat budgetansvar bör införas för regionens samtliga vårdenheter, likt det exempel som Landstinget i Västernorrland arbetar efter. Det skulle göra det mer kännbart för varje vårdenhet då de bokar taxi för en patient. Därmed motiveras vården av att patienterna reser med kostnadseffektiva färd sätt.

Sjukresor administreras idag av regionen, eftersom regionen står som sjukvårdshuvudman. Men då sjukresor rör sig om en förflyttning är det tänkbart att ansvaret fullt ut istället skulle kunna ligga hos en reseansvarig sektor, som Västrafik.

De bör även ansvara för utbetalning av reseersättning, vilket idag hanteras av regionens särskilda sjukreseenhet. Sjukresor är så pass få till antalet att det inte finns skäl att ha en egen organisation för dem. Idag ses sjukresor som en administrativ ersättningsform och inte som en transportlösning. Det är ett stort problem, som delvis grundar sig i dagens organisationsform. Denna struktur gör att det inte finns något helhetsgrepp om sjukresor och dess utveckling. Administratörer på regionen betalar ut ersättning för sjukresor, utan att de direkt kan göra något åt kostnadsökningarna. Vården ställer ut vårdgivarintyg, men påverkas inte direkt av kostnaderna det medför. Västtrafik planerar Rondens upplägg men kan inte själva få fler att åka med. Västtrafik har upphandlat en beställningscentral som ansvarar för bokning och planering av sjukresor. Alla dessa parter gör situationen komplex och ett samlat ansvar för sjukresor saknas. Ingen har någon direkt kontroll över sjukresors kostnader och kan inte påverka den utveckling som idag syns. Det är därför ingen slump att sjukresandet ser ut som det gör och att kostnaderna ökat så kraftigt. Om sjukresors kostnader minskar med endast en procent ger det en besparing på närmare tre miljoner kronor. Det är pengar som direkt skulle kunna läggas på att förbättra vården.

Förslag till fortsatta studier

Färdtjänst nämns sekundärt i uppsatsen. För fortsatt forskning kan det vara intressant att studera hur sjukresor och färdtjänst påverkar varandra och om det är kostnadseffektivt att de med färdtjänsttillstånd kan boka taxi vid sjukresa utan vårdgivarintyg. Även på vilka grunder färdtjänst ges finns skäl att vidare studera. Därtill kan det vara intressant att studera män i sjukresesammanhang och arrangera fokusgrupper där resenärer från både taxi, egen bil och sjukreselinjer deltar för att få en djupare förståelse för hur och varför olika färdsätt väljs.

Den här uppsatsen har visat på hur sjukresor bedrivs i Västra Götalandsregionen idag och vad de kostar skattebetalarna. I huvudsak har resandet med Ronden mellan Fyrbodal och Göteborg studerats, med fokus på kvinnliga resenärers preferenser. Möjligheterna att effektivisera sjukresorna i regionen är stora. Det kan bland annat ske genom att öka resandet med Ronden, som är ett kostnadseffektivt alternativ vid sjukresor om beläggningen ombord är hög. Den kostnadsstegring som sker är ohållbar i ett längre perspektiv och om nuvarande utveckling fortsätter att hålla i sig är risken att en sjukresa blir en sjuk resa.

Källförteckning

Böcker

- Andersen I (1998) *Den uppenbara verkligheten*. Studentlitteratur, Lund
- Hartman J (2004) *Vetenskapligt tänkande – Från kunskap till metodteori*. Studentlitteratur, Lund
- Thomassen M (2007) *Vetenskap, kunskap och praxis – Introduktion i vetenskapsfilosofi*. Gleerups, Malmö

Vetenskapliga artiklar

- Banister D, Bowling A (2004) Quality of life for the elderly: the transport dimension. *Transport policy* 11: 105-115
- Barbosa DH, Musetti MA (2010) Logistics information systems adoption: an empirical investigation in Brazil. *Industrial Management & Data Systems* 110: 787-804
- Beirão G, Cabral Sarsfield JA (2007) Understanding attitudes towards public transport and private car: A qualitative study. *Transport Policy* 14: 478-489
- Cavusgil ST, Kim D, Yeniyurt S, Wu F (2005) The impact of information technology on supply chain capabilities and firm performance: A resource-based view. *Industrial Marketing Management* 35: 493-504
- Gombeski, WR, Smolensky, MH (1980) Non-Emergency Health Transportation Needs of the Rural Texas Elderly. *The Gerontologist* 20: 452-456
- Hains MI, Marks A, Georgiou A, Westbrook JI (2011) Non-emergency patient transport: what are the quality and safety issues? A systematic review. *International Journal for Quality in Health Care* 23: 68-75
- Huggins C, Shugg D (2008) Non-Emergency Patient Transport in Victoria: An overview. *Journal of Emergency Primary Health Care (JEPHC)* 6
- Jaslow D, Barbera JA, Johnson E, Moore W (1998) EMS-initiated refusal and alternative methods of transport. *Prehospital Emergency Care* 2: 18-22
- Loebbecke C, Powell P (1998) Competitive Advantage from IT in Logistics: The Integrated Transport Tracking System. *International Journal of Information Management* 18: 17-27
- Titheridge H, Achuthan K, Mackett R (2009) Assessing the extent of transport social exclusion among the elderly. *Journal of Transport and Land use* 2: 31-48
- Young T, Torner JC, Sihler KC, Hansen AR, Corinne P-A, Zwerling C (2003) Factors Associated with Mode of Transport to Acute Care Hospitals in Rural Communities. *The Journal of Emergency Medicine* 24: 189-198

Rapporter och utredningar

- Arvidsson L (2007) *Vårdlogistik – rätt patient får rätt vård av rätt kvalitet, på rätt nivå, på rätt plats, vid rätt tidpunkt, till rätt kostnad*. Sveriges kommuner och landsting
- Börjeson M (2001) *Erfarenheter av samordning av färdtjänst och sjukresor i Dalsland – Dals landsprojektet*. Vinnova rapport 2001:27
- Börjesson M (2005) *Samordning av färdtjänst och sjukresor i Uppsala län – Alternativa lösningar för trafikering och organisation av anropsstyrd trafik*. Regionförbundet Uppsala län
- Carlsson C-M, Emtairah T, Gammelgaard B, Jensen Vestergaard A, Thidell Å (2012) *Rethinking Transport in the Øresund Region – Policies, Strategies and Behaviours*. Lunds universitet

- Denmark D, Hurni A, Cooper B (2007) No Transport, No Treatment – community transport to health services in NSW. The Cancer Council New South Wales, Community Transport Organisation
- Ds 2003:56 (2003) Högspecialiserad sjukvård – kartläggning och förslag. Regeringen
- Eriksson O (2008) Tjänstelogistik inom vård och omsorgsverksamhet. Rapport nr. 2008:03. Högskolan Dalarna
- Forsell L, Grahn, K, Gustafsson N, Håkansson M, Ljungberg C, Neergaard K, Rosenlind H, Schelin J, Schnabel C, Wall K, Wendle B (2011) Hållbart resande i praktiken – Trafik – och stadsplanering med beteendepåverkan i fokus. Sveriges kommuner och landsting samt Trafikverket
- Fuchs H, Rapp E (2011) Sjukresor i Västernorrland – utredning 2011. Landstinget i Västernorrland
- Granberg A, Saarinen S, Koucky M, Behrends S, Creedy A (2008) Hållbar Mobilitet – en guide till hållbar lokal transportplanering
- Häll CH (2009) Utveckling av planeringsmetoder för samhällsbetalda resor. Linköping universitet
- KPMG (2010) Centralization of Healthcare Functions: A Key to Reduce Costs and Improving Efficiency
- Shook M (2005) Transportation Barriers and Health Access for Patient Attending a Community Health Centre. Field Area Paper
- SIKA (2008) Kollektivtrafik och samhällsbetalda resor 2008. Rapport nr. 2009:29
- SOU 1981:35 (1981) Sjukresor – samordning och förenkling. Betänkande av sjukreseutredningen
- SOU 1995:70 (1995) Allmänna kommunikationer - för alla? Betänkande av samreseutredningen
- SOU 2006:101 (2006) Se landsbygden! Myter, sanningar och framtidsstrategier
- Strömberg H (2011) Färdtjänst i glesa bygder. Umeå universitet
- Sundvall B, Tarberg C (2000) Samordnade buss-, färdtjänst- och sjukrestransporter i Sundsvalls kommun. KFB-rapport 2000:4
- Transport Planning and Management and Applied Economics (2001) Non-Emergency Health-Related Transport – Facilitating access to health services in NSW
- VG-Region (2010) Resa i Västra Götaland utan onödiga begränsningar av regler – förslag till gemensam organisation och gemensamma regler för färdtjänst samordnat med sjukresor och allmän kollektivtrafik.
- VG-Region (2011) Sammanfattning av miljöpolitiskt program för Västra Götalandsregionens verksamheter 2011-2013
- VG-Region (2012a) Befolknings- och vårdkonsumtionsutveckling fram till år 2020 i HSN-område 4, 5, 7, 11 och 12
- VG-Region (2012b) Hälsa på lika villkor i Västra Götaland 2011
- VG-Region (2012c) Regionalt trafikförsörjningsprogram för Västra Götaland – underlag för dialog avseende strategisk inriktning för kollektivtrafiken. Remissutgåva
- Wake D (2007) Managing travel to a major health campus: Travel plan for QEII Medical Center.

Internetkällor

- Bohusläningen (2003) Sjukresorna har blivit för dyra
<http://212.3.11.251/artikel_pm_standard.php?id=75026&avdelning_1=101&avdelning_2=140&avdelning_3=0> Blomgren U. hämtad: 2012-03-29
- Dagens Medicin (2003) Stigande sjukreskostnader när allt fler patienter tar taxi
<<http://www.dagensmedicin.se/nyheter/stigande-sjukreskostnader-nar-allt-fler-patienter-tar-taxi/>>
Nordin, J. hämtad: 2012-05-16
- Fyrbodalen (2012): *Om oss* <<http://www.fyrbodalen.se/page/229/omoss.htm>> hämtad 2012-03-31
- Jhonson K (2011) *Non-emergency Hospital Transport Services*, Ark Angel Transport
<<http://www.articlesbase.com/medicine-articles/non-emergency-hospital-transport-services-4210340.html>> hämtad: 2012-02-20
- Ljungberg C (2010) Mobility Management – a new route to sustainable transport
<http://www.tekno.dk/EPTA/documents/2010/p10_EPTA_Mobility%20Management%20-%20A%20New%20Route%20to%20Sustainable%20Transport%20-%20Christer%20Ljungberg.pdf>
Trivector Traffic AB hämtad: 2012-04-26
- NE (2012a) *Beläggning* <<http://www.ne.se/sve/belaggning>> hämtad: 2012-05-12
- NE (2012b) *Källkritiska principer* <<http://www.ne.se/k%C3%A4llkritik>> Torsten Thurén.
hämtad: 2012-05-20
- Regeringen (2012) *Tillgänglighet och valfrihet* <<http://www.regeringen.se/sb/d/13355/a/149062>>
hämtad: 2012-03-30
- Sahlgrenska (2012) *Om Sahlgrenska Universitetssjukhuset*
<<http://www.sahlgrenska.se/sv/SU/Om-sjukhuset/>> hämtad: 2012-03-31
- Samres (2012): *Om Samres* <<http://www.samres.se/om-samres>> hämtad: 2012-05-11
- SKL (2012): *Om landsting och regioner*
<http://www.skl.se/kommuner_och_landsting/om_landsting_och_regioner> hämtad: 2012-03-31
- Socialstyrelsen (2012) *Frågor och svar om rikssjukvård*
<http://www.socialstyrelsen.se/fragorochsvar/rikssjukvard#anchor_16> hämtad: 2012-04-26
- UT (2008): *Falck köper Ulfab* <[http://www.ut.se/nyheter/ulricehamn/falck-koper-ulfab\(801764\).gm](http://www.ut.se/nyheter/ulricehamn/falck-koper-ulfab(801764).gm)>
hämtad: 2012-05-13
- VG-Region (2003): *Åtgärder för att säkra ekonomi i balans tredje året i rad*
<<http://cf.vgregion.se/cfm/webforms/press/view.cfm?RecordID=2252>> hämtad: 2012-05-16
- Vårdportalen (2012a) *Ersättning vid sjukresor i Västra Götaland*
<<http://www.1177.se/Vastra-Gotaland/Regler-och-rattigheter/Ersattning-for-sjukresor-i-Vastra-Gotaland/>>
hämtad: 2012-05-10
- Vårdportalen (2012b) *Vårdgaranti i Västra Götaland*
<<http://www.1177.se/Vastra-Gotaland/Regler-och-rattigheter/Vardgaranti-i-Vastra-Gotaland/>>
hämtad: 2012-05-13
- Vårdportalen (2012c): *Sjukresor* <<http://www.1177.se/Halland/Regler-och-rattigheter/Sjukresor/>>
hämtad: 2012-05-16
- Västtrafik (2010): *Ronden 6-9 (Bohuslän och Dalsland till Göteborg)*
<<http://www.vasttrafik.se/Att-resa/Sjukresor-med-Ronden/Resamed-Ronden-6-10-Bohuslan-och-Dalsland-till-Goteborg/>> hämtad: 2012-05-13
- Västtrafik (2012a) *Anropsstyrd trafik* <<http://www.vasttrafik.se/Att-resa/sarskild-kollektivtrafik/>>
hämtad: 2012-05-17
- Västtrafik (2012b) *Trafiksamordning ger många fördelar – fördjupning*
<<http://www.vasttrafik.se/om-vasttrafik/Nya-samhallsnyttan/Trafiksamordning-ger-manga-fordelar/Fordjupning/>> hämtad: 2012-05-17

Övrigt

Byhlund M affärsområdeschef på Jumbolans. Möte 2012-04-23 i Åmål

Entré (2012) Projekt Entré – ett projekt för kompetensutveckling, medfinansierat av Europeiska socialfonden

Fassé J trafikchef på Samres. Möte 2012-05-09 i Falköping

Fuchs H, Rapp E projektledning på Landstinget i Västernorrland. Möte 2012-05-03 i kollektivtrafikmyndighetens lokaler i Ånge

HSN2 (2008) Protokoll från sammanträde med hälso- och sjukvårdsnämnden i Dalsland den 30 januari 2008 kl. 09.00-15.50 på Regionens Hus, Uddevalla

Johansson, J verksamhetsutvecklare på Västtrafik Anropsstyrd trafik och ansvarig för Ronden. Möte 2012-04-05 på Västtrafiks kontor i Göteborg.

Sjukreseenhetens årsredovisning 2011. Västra Götalandsregionen, Ekonomiservice

Sjukresehandbok (2010) Västra Götalandsregionen Version 3

Bilaga 1 - Tidtabell Ronden Fyrbodal, 11 december 2011 - december 2012.

SAMLINGSTIDTABELL

RONDEN FYRBODAL - GÖTEBORG



MÅNDAG TILL FREDAG

LINJE	R8	R6	R9	R9	R6	R7	R8	R6
ANMÄRKNING	ABT	ABT	AT	AT	AT	ACT	ACT	AT
Åmål Torget	05.30					10.00		
Servicehuset Åmålsgården	05.35		06.15	09.15		10.05		
Bengtstors Bstn.	06.10					10.40		
Strömstads sjukhus		06.20			10.15			14.00
Preem Tanumshede		06.50			10.45			14.35
Häby Gärd		07.15			11.10			15.00
Dalslands Sjk	06.50					11.20		
Färgelanda Centrum	07.20					11.50		
Mellerud Jvstn			06.55	09.55				
Brålanda Rasta			07.15	10.15				
Vänersborg Resecentrum			07.40	10.40				
Sjukhusentrén, Uddevalla	07.55 → 07.55				11.45	12.25 → 12.30		15.35
NÄL		08.20	07.55	10.55	12.10			16.00
Trollhättan Drottningtorget			08.10	11.10				
Lilla Edet Busstation			08.30	11.30				
Älvängen centrum			08.50	11.50				
Stenungstorg	08.40						13.05	
Lasarettentren, Kungälv	09.00						13.25	
Östra Sjukhuset	09.15		09.20	12.20				13.40
Mölnåls sjukhus	09.30		09.35	12.35				13.55
Sahlgrenska	09.35		09.40	12.40				14.00

ANMÄRKNING

- A** Ronden är avsedd för sjukresor, särskild taxa gäller.
B Bytesmöjligheter vid Uddevalla Sjukhusentrén mellan Ronden 6 och 8.
C Bytesmöjligheter vid Uddevalla Sjukhusentrén mellan Ronden 6, 7 och 8.
T Turen måste förbeställas på tel: 020-919090.

BRA ATT VETA

Möjlighet till anslutningsresa till/från adress
Linjerna körs med bussar och mindre fordon.

12

SAMLINGSTIDTABELL

RONDEN FYRBODAL - GÖTEBORG



MÅNDAG TILL FREDAG

LINJE	R6	R8	R7	R6	R9	R8	R6	R9
ANMÄRKNING	ABT	ACT	ACT	ACT	AT	ABT	ABT	AT
Sahlgrenska		10.50			11.40	14.50		15.05
Mölnåls sjukhus		10.55			11.45	14.55		15.10
Östra Sjukhuset		11.10			12.00	15.10		15.25
Lasarettentren, Kungälv		11.25				15.25		
Stenungstorg		11.45				15.45		
Älvängen centrum					12.30			15.55
Lilla Edet Busstation					12.50			16.15
Trollhättan Drottningtorget					13.10			16.35
NÄL	08.25			12.10	13.25		16.00	16.50
Sjukhusentrén, Uddevalla	08.50	12.25 → 12.35 → 12.35				16.30 → 16.30		
Vänersborg Resecentrum					13.40			17.05
Brålanda Rasta					14.05			17.30
Mellerud Jvstn					14.25			17.50
Färgelanda Centrum			13.10			17.05		
Dalslands Sjk			13.40			17.35		
Häby Gärd	09.25			13.10			17.05	
Preem Tanumshede	09.50			13.35			17.30	
Strömstads sjukhus	10.15			14.00			17.55	
Bengtstors Bstn.			14.20			18.15		
Servicehuset Åmålsgården			14.55		15.05	18.50		18.30
Biblioteket, Åmål			15.00			18.55		

ANMÄRKNING

- A** Ronden är avsedd för sjukresor, särskild taxa gäller.
B Bytesmöjligheter vid Uddevalla Sjukhusentrén mellan Ronden 6 och 8.
C Bytesmöjligheter vid Uddevalla Sjukhusentrén mellan Ronden 6, 7 och 8.
T Turen måste förbeställas på tel: 020-919090.

BRA ATT VETA

Möjlighet till anslutningsresa till/från adress.
Linjerna körs med bussar och mindre fordon.

13

Bilaga 2 - Karta över Fyrbodals kommunalförbund.



Karta: VG-Region (2012) *Karta över Fyrbodal*

<http://www.vgregion.se/sv/pvfbd/Toppmeny/Om-Primarvarden-FyrBoDal/Karta-over-Fyrbodal/>

Hämtad: 2012-05-21

Bilaga 3 – Enkätundersökning.

Handelshögskolan vid Göteborgs universitet
Kandidatuppsats Logistik VT-12



Till dig som är kvinna och reser med Ronden:

Vi vill gärna fråga dig!

Bakom den här enkäten står två studenter som just nu läser sista terminen på Handelshögskolans logistikprogram i Göteborg. Vi håller på att skriva en uppsats om sjukreselinjerna Ronden. Under den här veckan reser vi med bussarna mellan Fyrbodal och Göteborg i studiesyfte, för att samla in datamaterial.

Syftet med den här enkätundersökningen är att studera hur resandet med Ronden ser ut och ta reda på varför du väljer att resa med Ronden. Enkäten utgår från den resa du gör med Ronden just nu samt eventuella anslutningsresor till eller från Rondens hållplats.

Din medverkan i denna enkät betyder oerhört mycket för oss! Den tar cirka 10-15 minuter att fylla i. Det är viktigt för det fortsatta arbetet att respektive fråga besvaras på det sätt som beskrivs. Vissa frågor besvaras med ett kryss, andra ombeds du markera med en siffra för att rangordna alternativ. Andra frågor är öppna. Där är du välkommen att formulera dig fritt. Dina svar kan inte ersättas av någon annans. Enkäten besvaras helt anonymt, du behöver alltså inte uppge namn eller personnummer.

Motivet till enkätens inriktning är att tidigare forskning inte specifikt behandlat kvinnor i någon större omfattning när det gäller färdsväl vid sjukresor. Det är därför av särskilt intresse att tillfråga dig för att få djupare förståelse och utifrån svaren dra generella slutsatser kring kvinnor som urvalsgrupp.

Vi är oerhört tacksamma för att du vill ta av din tid och ställa upp i undersökningen.

Tveka inte att ta kontakt med oss om det är någon fråga som är oklar.

Stort tack för din medverkan!

Bästa hälsningar

Eric Lindblad och Mattias Isaksson

Studenter på Handelshögskolans logistikprogram, Göteborg

Först några frågor om dig själv

1.	När är du född? <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
2.	Vad är ditt civilstånd? <i>Kryssa i ett alternativ.</i> <input type="checkbox"/> Gift <input type="checkbox"/> Sambo <input type="checkbox"/> Särbo <input type="checkbox"/> Ogift <input type="checkbox"/> Frånskild <input type="checkbox"/> Änka
3.	Hur många personer över 18 år ingår i ditt hushåll? <i>Räkna med dig själv.</i> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value="s"/> <input type="text" value="t"/>
4.	Har du körkort? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej \longrightarrow Om Nej, gå till fråga 6
5.	Har du tillgång till bil? <input type="checkbox"/> Ja, alltid <input type="checkbox"/> Oftast <input type="checkbox"/> Ibland <input type="checkbox"/> Sällan <input type="checkbox"/> Nej, aldrig
6.	Har du vid behov någon anhörig/nära vän som kan köra dig till och från en vårdinrättning? <input type="checkbox"/> Ja, alltid <input type="checkbox"/> Oftast <input type="checkbox"/> Ibland <input type="checkbox"/> Sällan <input type="checkbox"/> Nej, aldrig
7.	Har du frikort för sjukresor? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
8.	Är du färdtjänstberättigad? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
9.	Har du behov av något av följande hjälpmedel vid resa med Ronden? <input type="checkbox"/> Rullstol <input type="checkbox"/> Rullator <input type="checkbox"/> Permobil <input type="checkbox"/> Kryckor <input type="checkbox"/> Nej, inget behov Annat: <input type="text"/>
10.	Har du behov av ledsagare vid resa med Ronden? <input type="checkbox"/> Ja, alltid <input type="checkbox"/> Ja, ibland <input type="checkbox"/> Nej, aldrig

Nu följer frågor om dina resvanor

11.	<p>Vad är ditt syfte för denna resa med Ronden?</p> <p><input type="checkbox"/> Resa till sjukvården <input type="checkbox"/> Resa mellan vårdinrättningar</p> <p><input type="checkbox"/> Resa från sjukvården</p> <p>Annat: <input type="text"/></p>
12.	<p>Var klev du på bussen och när? <i>Ange hållplats och tidpunkt.</i></p> <p><input type="text"/> Kl: <input type="text"/></p>
13.	<p>Var kliver du av bussen och när? <i>Ange hållplats och tidpunkt.</i></p> <p><input type="text"/> Kl: <input type="text"/></p>
14.	<p>Hur tog du dig till Rondens hållplats? Alternativt, hur tänker du ta dig från Rondens hållplats?</p> <p><input type="checkbox"/> Gång <input type="checkbox"/> Cykel <input type="checkbox"/> Buss <input type="checkbox"/> Bil, förare <input type="checkbox"/> Bil, passagerare <input type="checkbox"/> Förbokad anslutningstaxi</p>
15.	<p>Hur många gånger de senaste 30 dagarna har du åkt Ronden?</p> <p><input type="text"/> gång(er)</p>
16.	<p>Brukar du åka mellan samma hållplatser med Ronden?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, alltid <input type="checkbox"/> Oftast <input type="checkbox"/> Sällan <input type="checkbox"/> Nej, aldrig <input type="checkbox"/> Detta är min första resa med Ronden</p>
17.	<p>När bokade du dagens resa med Ronden?</p> <p><input type="checkbox"/> Idag <input type="checkbox"/> Igår <input type="checkbox"/> 2-5 dagar sedan <input type="checkbox"/> 6-10 dagar sedan <input type="checkbox"/> 11-14 dagar sedan</p>
18.	<p>Hur många gånger de senaste 30 dagarna har din sjukresa enbart bestått av färdstättet taxi? <i>Dvs. taxi hela vägen till/från vårdinrättning.</i></p> <p><input type="text"/> gång(er)</p> <p>—————> Om svaret Inga (0), gå till fråga 20</p>

19.	<p>Vad var orsaken till att du åkte taxi senaste gången?</p> <p><input type="checkbox"/> Medicinskt tillstånd <input type="checkbox"/> Väntan på sjukreselinje längre än 3 timmar</p> <p>Annat: <input type="text"/></p>
20.	<p>Vilken typ av sjukbesök ska du göra/har du gjort?</p> <p><input type="checkbox"/> Konsultation/diagnostisering/utredning <input type="checkbox"/> Dialysbehandling</p> <p><input type="checkbox"/> Strålbehandling/kemoterapi <input type="checkbox"/> Vill ej uppge</p> <p><input type="checkbox"/> Övrig löpande återkommande behandling</p> <p>Annat: <input type="text"/></p>

Frågor om dina preferenser

21.	<p>Vad uppskattar du mest med Ronden?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div>																		
22.	<p>Hur viktiga anser du att nedan angivna faktorer är för ditt resande med Ronden? Rangordna respektive faktor utifrån 1 till 5, där 1 = Helt nödvändigt, 2 = Mycket viktigt, 3 = Viktigt, 4 = Lite viktigt och 5 = Inte viktigt.</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Service från värdinna</td> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Få antal stopp</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Toalett ombord</td> <td><input type="checkbox"/> Få/inga byten</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Kaffeservering ombord</td> <td><input type="checkbox"/> Trafiksäker resa</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ostördhet</td> <td><input type="checkbox"/> Miljövänlig resa</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Nära till hållplats</td> <td><input type="checkbox"/> Möjlighet att värma mat ombord</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Passande avgångstider</td> <td><input type="checkbox"/> Låg egenavgift</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Punktlighet</td> <td><input type="checkbox"/> God komfort/bekväma säten</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Frekventa avgångar</td> <td><input type="checkbox"/> Lätt att lasta nödvändiga hjälpmedel</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Personalen är utbildad i hjärt- och lungräddning</td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Service från värdinna	<input type="checkbox"/> Få antal stopp	<input type="checkbox"/> Toalett ombord	<input type="checkbox"/> Få/inga byten	<input type="checkbox"/> Kaffeservering ombord	<input type="checkbox"/> Trafiksäker resa	<input type="checkbox"/> Ostördhet	<input type="checkbox"/> Miljövänlig resa	<input type="checkbox"/> Nära till hållplats	<input type="checkbox"/> Möjlighet att värma mat ombord	<input type="checkbox"/> Passande avgångstider	<input type="checkbox"/> Låg egenavgift	<input type="checkbox"/> Punktlighet	<input type="checkbox"/> God komfort/bekväma säten	<input type="checkbox"/> Frekventa avgångar	<input type="checkbox"/> Lätt att lasta nödvändiga hjälpmedel	<input type="checkbox"/> Personalen är utbildad i hjärt- och lungräddning	
<input type="checkbox"/> Service från värdinna	<input type="checkbox"/> Få antal stopp																		
<input type="checkbox"/> Toalett ombord	<input type="checkbox"/> Få/inga byten																		
<input type="checkbox"/> Kaffeservering ombord	<input type="checkbox"/> Trafiksäker resa																		
<input type="checkbox"/> Ostördhet	<input type="checkbox"/> Miljövänlig resa																		
<input type="checkbox"/> Nära till hållplats	<input type="checkbox"/> Möjlighet att värma mat ombord																		
<input type="checkbox"/> Passande avgångstider	<input type="checkbox"/> Låg egenavgift																		
<input type="checkbox"/> Punktlighet	<input type="checkbox"/> God komfort/bekväma säten																		
<input type="checkbox"/> Frekventa avgångar	<input type="checkbox"/> Lätt att lasta nödvändiga hjälpmedel																		
<input type="checkbox"/> Personalen är utbildad i hjärt- och lungräddning																			

Bilaga 4 - Resplan för datainsamling på Ronden.

RESENÄR 1

Måndag 16/4

Tur 1

Avg: Sahlgrenska 10.50 Ronden 8
Ank: Sjukhusentrén, Uddevalla 12.25

Tur 2

Avg: Sjukhusentrén, Uddevalla 12.30 Ronden 8
Ank: Sahlgrenska 14.00

Tur 3

Avg: Sahlgrenska 14.50 Ronden 8
Ank: Åmål 18.55

Tisdag 17/4

Tur 4

Avg: Sahlgrenska 11.40 Ronden 9
Ank: Åmål 15.05

Onsdag 18/4

Tur 5

Avg: Sahlgrenska 10.50 Ronden 8
Ank: Sjukhusentrén, Uddevalla 12.25

Tur 6

Avg: Sjukhusentrén, Uddevalla 12.30 Ronden 8
Ank: Sahlgrenska 14.00

Torsdag 19/4

Tur 7

Avg: Sahlgrenska 10.50 Ronden 8
Ank: Sjukhusentrén, Uddevalla 12.25

Tur 8

Avg: Sjukhusentrén, Uddevalla 12.30 Ronden 8
Ank: Sahlgrenska 14.00

Fredag 20/4

Tur 9

Avg: Sahlgrenska 10.50 Ronden 8
Ank: Sjukhusentrén, Uddevalla 12.25

Tur 10

Avg: Sjukhusentrén, Uddevalla 12.30 Ronden 8
Ank: Sahlgrenska 14.00

Måndag 23/4

Tur 11

Avg: Sahlgrenska 14.50 Ronden 8
Ank: Åmål 18.55

Tisdag 24/4

Tur 12

Avg: Sahlgrenska 10.50 Ronden 8
Ank: Sjukhusentrén, Uddevalla 12.25

Tur 13

Avg: Sjukhusentrén, Uddevalla 12.30 Ronden 8
Ank: Sahlgrenska 14.00

Onsdag 25/4

Tur 14

Avg: Sahlgrenska 11.40 Ronden 9
Ank: Åmål 15.05

Torsdag 26/4

Tur 15

Avg: Sahlgrenska 10.50 Ronden 8
Ank: Sjukhusentrén, Uddevalla 12.25

Tur 16

Avg: Sjukhusentrén, Uddevalla 12.30 Ronden 8
Ank: Sahlgrenska 14.00

RESENÄR 2

Måndag 16/4

Tur 1

Avg: Sahlgrenska 10.50 Ronden 8
Ank: Sjukhusentrén, Uddevalla 12.25

Tur 2

Avg: Sjukhusentrén, Uddevalla 12.30 Ronden 8
Ank: Sahlgrenska 14.00

Tur 17

Avg: Sahlgrenska 15.05 Ronden 9
Ank: Åmål 18.30

Tisdag 17/4

Tur 18

Avg: Sahlgrenska 10.50 Ronden 8
Ank: Sjukhusentrén, Uddevalla 12.25

Tur 19

Avg: Sjukhusentrén, Uddevalla 12.35 Ronden 7
Ank: Åmål 15.00

Onsdag 18/4

Tur 5

Avg: Sahlgrenska 10.50 Ronden 8
Ank: Sjukhusentrén, Uddevalla 12.25

Tur 20

Avg: Sjukhusentrén, Uddevalla 12.35 Ronden 6
Ank: Strömstads sjukhus 14.00

Tur 21

Avg: Strömstads sjukhus 14.00 Ronden 6
Ank: NÄL 16.00

Torsdag 19/4

Tur 22

Avg: Sahlgrenska 11.40 Ronden 9
Ank: Åmål 15.05

Måndag 23/4

Tur 23

Avg: Sahlgrenska 10.50 Ronden 8
Ank: Sjukhusentrén, Uddevalla 12.25

Tur 24

Avg: Sjukhusentrén, Uddevalla 12.30 Ronden 8
Ank: Sahlgrenska 14.00

Tur 25

Avg: Sahlgrenska 15.05 Ronden 9
Ank: Åmål 18.30

Tisdag 24/4

Tur 26

Avg: Åmål 05.30 Ronden 8
Ank: Sahlgrenska 09.35

Tur 27

Avg: Sahlgrenska 14.50 Ronden 8
Ank: Sjukhusentrén, Uddevalla 16.30

Tur 28

Avg: Sjukhusentrén, Uddevalla 16.30 Ronden 6
Ank: Strömstads sjukhus 17.55

Onsdag 25/4

Tur 29

Avg: Sahlgrenska 10.50 Ronden 8
Ank: Sjukhusentrén, Uddevalla 12.25

Tur 30

Avg: Sjukhusentrén, Uddevalla 12.35 Ronden 7
Ank: Åmål 15.00

Torsdag 26/4

Tur 31

Avg: Åmål 09.15 Ronden 9
Ank: Sahlgrenska 12.40

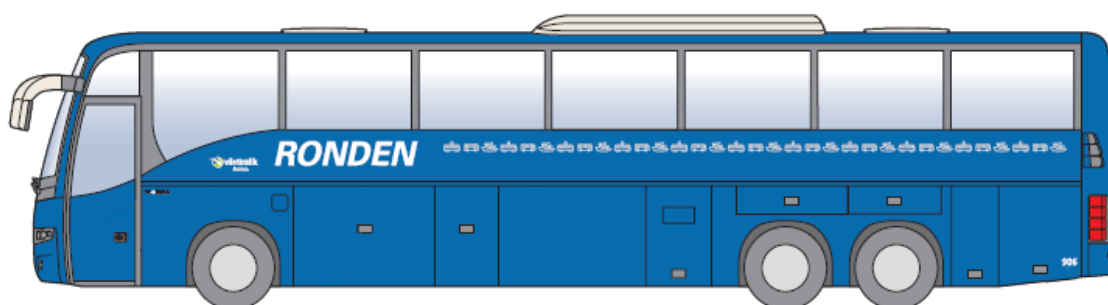
Tur 32

Avg: Sahlgrenska 14.50 Ronden 8
Ank: Sjukhusentrén, Uddevalla 16.30

Fredag 27/4

Tur 33

Avg: Sahlgrenska 13.30 Ronden 5
Ank: Skövde Kärnsjukhuset 16.15



©Copyright Västtrafik



GÖTEBORGS UNIVERSITET
HANDELSHÖGSKOLAN

Handelshögskolan vid Göteborgs universitet, Vasagatan 1, Box 600, SE-405 30 Göteborg
031 – 786 0000, info@handels.gu.se, www.handels.gu.se