

Mimers källa

Kvalitetssäkring av äldrevårdskedjan

Erik Ohlsson

Sedan 1994 har ett kvalitetssäkringsprojekt - Mimers källa - för äldrevården drivits av olika yrkesförtroddare från Trelleborgs sjukvårdsdistrikt och Svedala, Trelleborg och Vellinge kommuner samt representanter från de lokala pensionärsföreningarna. Genom att arbeta över yrkes- och huvudmannagränserna har vi försökt stärka hela vårdkedjan och särskilt sökt kvalitetssäkra de funktioner som ligger i gränsskikten. Stor vikt har lagts på att utveckla en gemensam vårdplanering och att underlätta passagerna mellan olika vårdgivare. Kontaktkort och utskrivningsbesked har införts samt kontaktläkare för det särskilda boendet. Projektet avslutas 1997 med en kvalitetssäkringsstudie av hela vårdkedjan. När projektet avvecklats upprättas en permanent mötesform för huvudmännen och pensionärsrådets medlemmar - Mimers möte.

Erik Ohlsson är docent i kirurgi vid Lunds universitet, överläkare på kir klin Trelleborgs lasarettet och chefläkare i Trelleborgs Sjukvårdsdistrikt.

Äldrevårdens parter

Äldrevården i ett samhälle är en indikator på dess kultur, traditioner och etiska värderingar. För en god äldrevård krävs ofta insatser av flera parter med olika typer av kompetens. I vårt samhälle är parterna i huvudsak fyra: den äldre själv, anhöriga, kommun och landsting. Den del av äldrevården som utföres av den offentliga sektorn kostar cirka 100 miljarder/år i skattemedel. Kommunernas andel därav ligger på nästan 60 %. Anhöriginsatsen kostar samhället minimalt och är ytterligt viktig - när den finns - för både de äldre och samhället.

Ädelreformen som trädde i kraft den 1.1.1992, slog fast att kommunen skall vara huvudman för äldreomsorgen. Den sociala synen på äldrevården - boendet, sociala kontakter och stödet i vardagstillvaron - skall vara i fokus.

Kommunerna kom i de lokala avtalen med landstingen

fram till olika lösningar hur de äldres sjukvårdsbehov skulle tillgodoses. Skatteväxlingen anpassades efter denna överenskommelse. Merparten av kommunerna kom liksom Svedala, Trelleborg och Vellinge kommuner överens med sitt landsting - Malmöhus läns landsting - om att själva stå för en sjuksköterskeledd hem-sjukvård. Liksom tidigare skall landstinget svara för läkarledd primär- och lasarettsvård.

Nya gränser

En ny gräns drogs alltså i äldrevården. Respektive huvudman skulle göra det man var bäst på för att härmed uppnå god funktion och hög kostnadseffektivitet. Den tidigare ofta alltför medikaliserade långvårds- och sjukhemsmiljön i landstingets regi skulle ersättas med en god hemmiljö i kommunal regi. Till detta kopplades - när sådan behövdes - en sjuksköterskeledd hemsjukvård. Sjukhusplatser inom akut somatisk korttidsvård skulle bara användas av dem som inte kunde få nödvändig medicinsk hjälp i hemmet eller i kommunernas särskilda boende.

Den nya gränsdragningen går tillspetsat uttryckt mellan tillståndet "äldre och sjuk" och "sjuk och äldre". I det första fallet tillhör man kommunens ansvarområde och i det andra landstingets. Vanligtvis är det nog klart vems ansvar som är vems, men vid resursbrist och/eller dålig samverkan kan problem uppstå. Att hamna i en gränsvist mellan två parter kan leda till dålig eller ingen hjälp för den vårdbehövande och till energi- och kostnadskrävande revirstrider för huvudmännen.

Mimerskälla

För att finna en god samverkansform för äldrevården mellan Trelleborgs sjukvårdsdistrikts primär- och länsdelslasarettsvård samt de tre i distriktet belägna kom-

Den nya gränsdragningen går mellan 'äldre och sjuk' eller 'sjuk och äldre'

munerna Svedala, Trelleborg och Vellinge startade vi 1994 projektet Mimers källa. Projektet skulle underlätta möjligheten att leva upp till den nya lagen om kvalitetssäkring. Utgångsläget för projektet var gynnansamt, eftersom äldrevården fungerade bra. Befolkningsunderlaget i de tre kommunerna var den 31.12.1995 85 170 personer, varav 12 363 (14,5%) var 65 år eller äldre. Men risken för framtida problem kunde befaras.

Arbetsform

I Asariket låg vid foten av livets träd jätten MIMERS källa. Den som drack av vattnet erhöll extra visdom och kraft. Inför svåra beslut sökte sig Oden hit. För att dricka ur källan måste han pantsätta ett öga. I landet Söder om Landsvägen har vi grävt vår källa. Med kraft från Ädelfolket, Sjukvårdsfolket, Utbildningsfolket samt - extra viktigt - från de Äldsta, har vi sökt skapa en kunskaps- och inspirationskälla för alla som medverkar i äldrevårdskedjan. Hur skall länkarna smidas för att hålla, när gapet ökar mellan behov/ efterfrågan och resurser ökar?

Dagens beslutsfattare bjudes - utan att behöva pantsätta ögat - att dricka ur Mimers källa

Hos vardera av de fyra huvudmännen utsågs arbetsgrupper på åtta personer bestående av yrkesrepresentanter i äldrevården - läkare, sjuksköterskor, undersköterskor, hemvårdare, sjukgymnaster, arbetsterapeuter och socionomer. Till de fyra grupperna tillkom två pensionärer, som utsetts av de lokala pensionärsföreningarna. Ett arbetsutskott bildades med en person ifrån vardera huvudman - inklusive en representant från vårdgymnasiet. Vårdläraren projektanställdes på halvtid - finansierad inom ramen för Ädel 50 anslaget från Socialstyrelsen. Övriga projektdeltagare deltog på sin arbetstid. En styrgrupp tillsattes också med huvudmännens olika chefstjänstemän för att tillförsäkra projektet tillräcklig beslutskraft. Projektet var från starten väl förankrat i de olika politiska ledningarna - som var från blåaste blå (Vellinge) till rödaste röd (Trelleborg).

Arbets sätt

Vi eftersträfvade en interaktiv process, där samtliga deltagare skulle engagera sig i utvecklingsarbetet över yrkes- och huvudmannagränserna. Vi önskade bevara en lagom grad av revirkänsla, eftersom denna stimulerar utvecklingen av den egna kompetensen. Men vi önskade samtidigt skapa en lika nödvändig samverkans-känsla, för att klara av den i många fall komplexa helhetsfunktionen. För att söka uppnå en god balans mellan revir och samhörighet arbetade vi växelvis i både yrkesgrupper - oavsett huvudmannaområde - och i skilda

Leta inte efter syndabockar utan sviktande funktioner

huvudmannagrupper. Vi förlade de gemensamma arbetsträffarna i samlingsalarna på de särskilda boenden för att både ge lokalkännedom och göra vår verksamhet mera förankrad och känd.

Arbetsuppgifter

Arbetsgruppernas första uppgift var att inventera den egna verksamheten och göra en nulägesbeskrivning med problembelysning. Resultatet presenterades för övriga grupper. Under denna fas lärde vi oss mycket om den egna respektive om de andras funktioner. Vi lärde också känna varandra.

Vår projektsekreterare utförde en intervjuenkät med 50 konsekutiva patienter som lämnade sjukhuset med behov av fortsatt hjälp av hemmakommunens äldrevård. Genom denna inventering upptäcktes inte bara goda funktioner utan också dåliga. Vid inventeringen hade vi som huvudprincip att inte leta efter syndabockar - men väl sviktande funktioner. Dessa fanns som väntat i gränzonerna mellan huvudmännen. Men vi fann också okunskap om både egen och andras kompetens respektive ansvarsområde.

Gruppernas nästa uppgift blev att utarbeta åtgärdsförslag. Dessa skulle vara så anpassade att de inte bara skulle stärka länken utan också hela vårdkedjan.

Vårdstatistik

Medicinskt färdigbehandlad-begreppet.

Medicinsk färdigbehandlad är ett administrativt begrepp som infördes vid Ädelreformens genomförande. Motivet var, att efter fullföljd sjukhusvård, ge kommunerna ett extra incitament att ordna en bra boendeform för de pensionärer som ej kunde skrivas hem till eget boende. Fem dagar efter att ansvarig lasarettsläkare förklarar patienten "medicinskt färdigbehandlad", dvs ej i behov av mera sjukhusvård, inträder ett betalningsansvar för kommunen per vård dag som patienten kvarbliver på sjukhuset. Att äldrevården tar en stor del av vårdresurserna på Trelleborgs lasarettet och att vi synes haft en rimlig balans i att hantera medicinsk färdigbehandladbegreppet belyses av följande vårdstatistik. Inom lasarettets somatiska korttidsvård med 118 vårdplatser upptogs dessa 1995 till 68,6 % av patienter som var 65 år eller äldre. 1 555 av patienterna hade endast 1 vård-

tillfälle medan 641 (29%) vårdades vid flera tillfällen. Av de totalt 1083 återinläggningarna inlades cirka hälften (520) inom 1 månad, 15% (165) inom 1 vecka och 2% (28) inom 1 dag. Hjärtsjukdom var den dominerande återintagningsdiagnosen vid de snabba återinläggningarna.

Att också de tre kommunerna haft goda möjligheter att snabbt ta hem medicinskt färdigbehandlade patienter visar, att man på lasarettets akutsomatiska korttidsvårdsavdelningar 1995 endast hade 546 vård dagar med ett kommunalt betalningsansvar. På Rehabavdelningen med 25 vårdplatser var motsvarande vård dagar 100. Kommunerna hade hösten 1996 totalt 692 särskilda boendeplatser.

Gränssvagheter

Vi fann att följande gränsfunktioner behövde förstärkas

- Vårdplaneringen.
- Informations- och kommunikationsmedlen.
- Läkarkontakterna och det medicinska vårdansvaret.
- Smärtbehandling.
- Rehabiliteringsfunktionen.

Vårdplanering

Motiven och formerna för vårdplaneringen togs fram vid fyra seminarieövningar, i vilka cirka 250 vårdgivare deltog.

Eftersom äldre vården bedrivs av flera parter och med olika yrkesgrupper och personer involverade upplevde alla att förutsättningen för en god och rationell samverkan är en gemensamt framtagen vårdplan. I denna skall ett önskvärt och realistiskt mål sättas upp. Målet skall göras känt för alla medverkande i vårdkedjan. Beroende på hur komplex denna är och hur svåruppnåeligt målet kan vara, så får vårdplaneringens form anpassas därefter. I normalfallet är det sjuksköterskan på lasarettet, motsvarande representant från kommunen samt patienten - vid behov stöttad av anhörig - som deltar i själva planeringsmötet. Dessförinnan skall övriga vårdgivare - varvid den vårdansvarige läkaren har en nyckelposition - ha lagt fram den medicinska huvudlinjen för vårdplanen. Som ett viktigt komplement till denna planering bör läkare, sjuksköterskor eller sjukgymnast/arbetssterapeut vid behov också ta direktkontakt med sin

motsvarande kollega i den andra vårdformen. Detta för att förvissa sig om att nödvändiga medel för att uppnå målet finns hos den andre. Vårdplanering behöver självfallet bara ske om något påtagligt i hjälpbehovet ändrats.

Informationsöverföring

Två typer av nya informations-kommunikationsdokument togs fram; - kontaktkort och utskrivningsbesked.

Kontaktkortet

Kortet utlämnas till pensionären vid den första kontakten med kommunens äldre vård. På kontaktkortet anges de personer, som deltar i individens vård och omsorg - med yrke, adress och telefonnummer. Det finns också en checklista vid in- och utskrivning till/från sjukhus, uppgifter om hemvårdsinsatser samt ett ADL status. Alla uppgifter skall regelbundet uppdateras.

Kortet skall vara ett enkelt kom ihåg för pensionären och dennes anhöriga. Det skall användas och förvaras på samma vis som t ex mödravårdshandlingar och vara lätt att ta med sig vid kontakten med olika vårdgivare. Härvid kan kontakten mellan vårdgivare underlättas; framför allt om den äldre ej är vid sina sakens fulla bruk. Ett uppdaterat ADL status på kontaktkortet - som ibland kanske enda tillgängliga dokument - kan vara av stort värde för jourhavande läkare på natten. För sjuksköterskan på dagen är det också av stort värde vid kontaktagandet med andra vårdansvariga.

Utskrivningsbeskedet

Ett sådant dokument har tagits fram av två skäl. Patienten skall vid hemskrivningen från sjukhuset erhålla en, på ett begripligt språk, skriven kort sammanfattning om: Varför vården ägt rum. Vem som ansvarat för denna och hur vederbörande nås. Vad som planeras. Vem som står för uppföljningen samt aktuell medicinering. Utskrivningsbeskedet är *ej* en journalhandling. Patienten bestämmer själv om vem som skall få läsa det. Det kan t ex visas upp för distriktsköterskan eller primärvårdsläkaren. Sker detta besök snabbt efter hemskrivningen har icke alltid epikrisen hunnit fram till distriktsläkaren. Härvid kan utskrivningsbeskedet tjäna som god ledning för medicinska åtgärder tills dess mera fullständig medicinsk information anlänt.

Läkarmedverkan

När Ädelreformen infördes fanns en ambition att i lämplig omfattning avmedikaliserade äldre vården. Doktors

Vårdplanera för ett önskvärt och realistiskt mål, känt av alla i vårdkedjan

Patientansvarig läkare har samma ansvar oavsett om patienten bor hemma eller i kommunens särskilda boende

roll blev härvid något oklar. Samtidigt befann sig primärvården i en fas av omstrukturering. Man hade tidigare haft ett geografiskt ansvarsområde. Istället skulle nu införas ett husläkarsystem, där patienten själv skulle välja sin doktor. De med stor vårdtyngd orkade ofta inte själv välja läkare. Systemet innehöll stora inslag av "köp och sälj". Vissa patienter, framför allt äldre med komplexa sjukdomar, krävde mera tid och resurser och blev härigenom mindre "lönsamma".

Läkaransvaret för den enskilde patienten ändrades emellertid inte genom Ädelreformen. Den patientansvarige läkaren - PAL- har samma ansvar för sin patient, oavsett om patienten bor i eget hem eller i kommunens särskilda boende. Man går emellertid inte rond, utan man gör hembesök. Patienten är herre i sitt eget hus.

Här behövs ofta både hemtjänstassistentens, kuratorns eller arbetsterapeutens känsla för livets friska delar liksom läkarens kompetens att diagnosticera och behandla sjukdomar.

Prioriteringsutredningen har slagit fast att vård av patienter med kroniskt svåra sjukdomar eller de i livets slutskede - liksom vård av patienter med akuta livshotande sjukdomar - är det som sjukvården vid resursbrist skall högprioritera. Man påpekade också önskvärdheten av att utse läkare med ett särskilt ansvar för kommunernas särskilda boendeformer.

Sätta hjul på vissa läkarfunktioner

Mimers källa kom fram till, att i takt med att de äldre äldre blir både fler och sjukare så måste man sätta "hjul" på vissa läkarfunktioner. Annars kan man inte erbjuda patienten god medicinsk vård i hemmet - när så är tekniskt och praktiskt möjligt. Både lasarets- och distriktsläkare måste se över vilka funktioner som praktiskt går att föra ut från den egna institutionen till patientens hem.

Kontaktläkare

I arbetsgrupperna påpekade både pensionärerna och kommunens representanter att det var mycket önskvärt att varje kommunalt särskilt boende skulle ha en namngiven och ansvarig distriktsläkare. Hösten 1996 utsågs sådana och benämndes kontaktläkare. Genom regelbundna kontakter skall läkaren bistå det särskilda

boendets ledning med allmänna medicinska råd. De pensionärer som så önskar skall kunna få denna läkare som sin "husläkare". Kontaktläkaren kommer härvid både att förstärka den i hemmet utförda sjukvården men också säkerställa att nödvändiga kontakter med sjukhuset tas, när så gagnar den sjuke. Att ej remittera in en äldre person för nödvändig lasaretsvård är naturligtvis ett större fel än att göra det. Men det är inte rätt att - på grund av organisatorisk bristande läkarinsats i det särskilda boendet - inremittera den äldre till sjukhus för vård som lika bra kunde ha getts där hemma. Att resa och byta miljö tar på krafterna för den äldre och leder lätt till förvirringstillstånd. Resorna är också kostsamma - liksom "onödig" intagning på sjukhuset.

Genom att införa fasta telefontider, på telefonnummer och tider som inte konkurrerar med övriga patienter, så kan också många problem lättare lösas för både distriktsjuksköterskan och kontaktläkaren. Äldrevårdens "Hot-line" för korta och precisa samtal.

Patientansvarig läkare

För att primärvårdsläkaren skall kunna överta ett patientansvar efter hemskrivningen från sjukhuset måste relevanta medicinska fakta och mål överföras från den patientansvarige sjukhusläkaren. Epikriserna måste utformas så att de fyller denna funktion. Vikten av god informationsöverföring gäller också när primärvårdsläkaren eller distriktsköterskan remitterar in patienter för sjukhusvård. Här återstår på båda håll en del förbättringsarbete.

Smärtbehandling

En gemensam smärtutbildning under fyra dagar med läkare och sjuksköterskor från både lasarett, primärvård och kommunens hemsjukvård har genomförts. Kursen har berört olika behandlingsalternativ vid cancersmärta liksom vård i livets slutskede. Kursen röntte stor uppskattning och förde också de olika vårdgivarna närmare varandra.

Rehabilitering

Ett särskilt rehabprojekt startades 1996 med "Mimer-teknik" och avrapporteras senare.

Det är inte rätt att på grund av bristande läkarinsats, inremittera patienten till sjukhus för vård, som kunde givits lika bra hemma

Kvalitetssäkringen

Under 1997 skall vi som avslutning av projektet Mimers källa utföra ett antal kvalitetssäkringsmätningar. Vi skall härvid ägna extra stor uppmärksamhet åt gränsskikten mellan de olika ansvarsområdena. För redan fem år efter Ädelreformens införande har mycket hänt, som man kanske ej helt förutsåg vid starten.

Behovet av äldrevård har ökat och statens, kommunernas och landstingens ekonomiska utrymme har minskat. På Trelleborgs lasarett har vårdplatsantalet inom akut somatisk korttidsvård bl a genom Ädelreformens införande sedan 1993 minskat från 137 vårdplatser till 118. Motsvarande vårdplatsreduktion inom rehab/reumakliniken har gjorts från 40 till 25. I en beslutad nybyggnation av den akuta somatiska korttidsvårdens vårdavdelningar planeras platsantalet att sänkas till 108.

Den i Ädelreformens anda ökade hemflyttningen av patienterna behöver ökade insatser från både lasarettens och primärvårdsläkare.

Vårdkedjestudie

Liksom vid projektets start utföres en intervjustudie med patient/vårdtagare. Femton pensionärens "vårdresa" mellan de olika huvudmännen skall så detaljerat som möjligt följas. Alla vårdkontakter skall studeras - på sjukhus, i primärvård och i hemsjukvård. Inte bara pensionärerna skall intervjuas utan också olika vårdgivare. Ett moment som extra noga skall bedömas är den gemensamma vårdplaneringen.

Information - dokumentstudie

Genom att denna detaljerade vårdkedjestudie ej av praktiska skäl kan utföras på mer än femton patienter/vårdtagare, skall två kompletterande studier utföras. Vi skall härvid mängdgranska de funktioner, som är extra viktiga vid en god gränspassage.

Den skriftliga informationen till patienten/vårdtagaren och mellan vårdgivarna skall följas upp.

Under två perioder studeras 100 patienters inremitteringsremiss, utskrivningsbesked, omvårdnadsepikriser och läkarepikriser.

Hur många av dessa dokument finns per patient och hur snabbt når dokumenten den andra parten är några

frågeställningar. Representanter från de mottagande parterna - patienterna inkluderade - skall så i oidentifierad form kvalitetsvärdera dokumentens innehåll.

Sedermera har Socialstyrelsens nya författningar SOSF 1996:32 om äldrevården utkommit. Innebörden i dessa synes likartad med våra egna redan införda rutiner.

Läkare/sjuksköterskekontakter i det särskilda boendet

Samverkansformerna i det särskilda boendet mellan primärvårdsläkarna och kommunernas distriktsjuksköterskor skall studeras genom en skriftlig enkät till dessa. Exempel på frågeställningar som tas upp är; typ av regelbundna kontakter, möjligheten av akuta hembesök under jourtid samt medicinsk dokumentation. Den skriftliga enkäten skall senare kompletteras med gruppdiskussioner.

Mimers Möte

När projektet under 1997 så avslutas, måste det positiva vi uppnått tas om hand av den fasta äldrevårdsorganisationen. De nya arbetsformer och instrument som införts kräver nog ytterligare stöd och modifiering. Och nya problem kommer att uppstå som behöver en lösning. Den uppnådda samverkansandan måste vårdas.

En permanent samverkansgrupp - Mimers Möte - skall därför bildas. I gruppen planeras fyra personer per huvudman sitta. Från respektive kommun: en pensionärrådsrepresentant, socialchefen, äldrevårdschefen samt MAS sjuksköterskan. Från sjukvårdsdistriktet sjukhusdirektören, chefläkaren, verksamhetschefen för primärvård samt chefen för vårdplatsenheten. För kontinuerliga utbildningsbehov är en representant från vårdgymnasiet nog önskvärd.

REFERENSER

Holmgren C, Ohlsson E, Olsson M, Silow A-Ch, Rudqvist M Wahlström-Persson K: Mimers källa. Kvalitetssäkringsprojekt - samverkan för god äldrevård.

Holmgren C, Ohlsson E, Olsson M, Silow A-Ch, Rudqvist M, Wahlström-Persson K: Mimers källa. Kvalitetssäkringsprojekt - Åtgärder - Uppföljning. Del II.