

MASH - Mobil Avancerad Sjukvård i Hemmet

Anders Wimo

Gert Persson

Jos ten Berg

Anders Drejare

MASH (Mobil Avancerad Sjukvård i Hemmet) är ett hemsjukvårdsprogram med glesbygdsprofil som Primärvården i Nordanstig utarbetat tillsammans med Nordanstigs kommun. MASH bygger på den befintliga fältorganisationen i primärvården och kommunen då avstånd och befolkningsstorlek inte ger underlag för specifika team för hemsjukvård. En ekonomisk analys visar att ca 70% av en besparing inom slutenvården måste återinvesteras i primärvård och socialtjänst för att uppfylla rimliga kvalitetskrav.

Anders Wimo är docent och distriktsläkare, Hälsocentralen i Bergsjö, Gert Persson, socionom, socialchef, Nordanstigs kommun, Jos ten Berg distriktsläkare, basenhetschef, Primärvården i Nordanstig och Anders Drejare, distriktsläkare i Harmånger.

Bakgrund

I kostnadskrisens skugga är det lätt att tro att satsningen på hemsjukvård, som i Sverige inleddes på 1960-talet och tog verklig fart under 1980-talet, i huvudsak haft ekonomiska drivkrafter. Så är emellertid inte fallet. Kostnadskrisen var inte akut under 60- och 70-talen och uppbyggnaden av hemsjukvården hade en påtaglig vårdideologisk grund i det att det positiva i att kunna få vård hemma betonades. Denna utveckling finns dokumenterad på flera håll, bl a Motala, Linköping och Sundsvall. Hälso- och Sjukvårdslagen (HSL) och Socialtjänstlagen (SoL), som är ramlagar, betonar också starkt individens valfrihet i vården och omsorgen.

En dramatisk omstrukturering har skett av befolkningspanoramats och vården under åttio- och nittioalet. Antalet personer 80 år och äldre ökade från ca 260 000 till 370 000 mellan 1980-1991 (året före ädelreformen) och idag finns ca 415 000 80-åringar och äldre. Under samma period minskade antalet platser inom akutvård, långtidsvård, psykiatri och ålderdomshem från ca 170

000 till 126 000 (-26%), vilket uttryckt per 1000 invånare 80 år och äldre är en halvering. Under samma period skedde också en kraftig satsning på hemsjukvård. Avinstitutionaliseringen har även fortsatt efter ädelreformen: mellan 1992 och 1994 minskade antalet platser inom akutvården med 17% och inom geriatriken med 30% (1).

Under 80-talet började landstingen och kommunerna få påtagliga ekonomiska problem och nu på 90-talet har kostnadskrisen blivit akut. Det finns nu förhoppningar om att hemsjukvård i olika tappningar, tillsammans med stora nationella organisationsförändringar som Ädelreformen och Husläkarlagen, skall lösa en stor del av vårdens och omsorgens kostnadskris.

Hemsjukvårdsreformer

I landet utvecklades två modeller för hemsjukvård, dels LAH, lasarettansluten hemsjukvård, även kallad SAH (sjukhusansluten hemsjukvård) dels PAH, primärvårdsansluten hemsjukvård. I PAH utgör primärvården med distriktsläkare, distriktssköterskor och undersköterskor fältorganisationen medan LAH/SAH oftast är knutna till geriatrika kliniker. Rehabiliteringsresurser i form av sjukgymnaster och arbetsterapeuter ingår också ofta i verksamheten, ibland integrerat, ibland som egna enheter.

Hemsjukvård kan bedrivas på olika nivåer beträffande de medicinska insatsernas intensitet och krav på kompetens och utrustning mm (*tabell 1*). Det finns inget konsensus kring begreppen och definitionerna men en vanlig ansats är att dela in hemsjukvården i 3 nivåer, där nivå 3 då står för "avancerad hemsjukvård". Det brukar också antas att nivå 3 skall vara läkarledd i stor utsträckning och att det byggs upp ett team av olika professioner kring patienten. Nivå 3 kallas ibland för "sjukhusvård i patientens hem". Vi har valt att dela in nivå 3, där dygnet-runt vård ges, i två undernivåer beroende på om insatserna domineras av omvårdnad eller

om avancerad medicinsk-teknisk utrustning och kompetens behövs. Nivå 3a är dock en gränsnivå eftersom den inte behöver vara "läkarintensiv".

Tabell 1. Hemsjukvårdsnivåer

NIVÅ 1:	Medicinsk enkla insatser av distriktssköterska och undersköterska. Sällan läkarinsats.
NIVÅ 2:	Regelbunden läkarinsats. Tidskrävande insatser av distriktssköterska. Ibland kvälls-nattpatrull.
NIVÅ 3a:	Regelbunden dygnet-runt-vård, där omvårdnadsinsatser dominerar.
NIVÅ 3b:	Regelbunden dygnet-runt-vård med insatser av avancerad medicinsk-teknisk utrustning och kompetens.

Hemsjukvården i glesbygd

Nordanstigs kommun
Nordanstigs kommun i norra Hälsingland har ca 11 000 invånare. Det finns ingen egentlig centralort, utan kommunen består av ett antal mindre tätorter. Området närmast kusten präglas av en relativt flack jordbruksbygd medan inlandet är mer kuperat och skogbevuxet. De viktigaste näringarna i kommunen är småindustrier, skogsbruk, jordbruk och kommunal service.

Situationen i Nordanstig kan beskrivas i termer av det sk glesbygdssyndromet (tabell 2). Demografiska data för Nordanstigs kommun visar att ökningen av antalet äldre fortsatt på 1990-talet och prognosen tyder på att antalet äldre-äldre kommer att öka.

Tabell 2. "Glesbygdssyndromet" i Nordanstig

- Liten kommun
- Hög andel pensionärer och äldre-äldre
- Högt ohälsotal
- Stor ohälsa bland kvinnor
- Hög arbetslöshet
- Låg utbildningsnivå
- Utflyttning av yngre
- Flertalet beroende av offentlig sektor
- Låg skattekraft
- Vikande skatteunderlag

Tabell 3. Andel (%) av olika åldersklasser i Nordanstig, Hälsingland, X-Län, Sundsvall, Sverige och EU 1993.

	Nordanstig	Hälsingland	X-län	Sundsvall	Sverige	EU
% 65-w	20,9%	20,4%	19,5%	17,1%	17,6%	15%
% 80-w	5,5%	5,2%	4,9%	4,0%	4,5%	3,7%

källa: SCB, Länsstyrelsen i X-län, Eurostat

Av tabell 3 framgår att Nordanstigs kommun har ett stort "ålderstryck". Andelen pensionärer var c:a 21% 1993, att jämföra med 19,5 % för länet 1993, c:a 17 % i Sundsvall och för riket drygt 17 %. I EU är "ålderstrycket" betydligt lägre (men prognoserna visar att övriga Europa har att vänta en liknande utveckling som Sverige). Andelen s k äldre äldre var ännu högre i Nordanstig, 5,5 % att jämföra med 4,9 % i länet, 4,0 % i Sundsvall och 4,5 % i riket.

Vårdtyngden i särskilda boenden i Nordanstig (tabell 4) har mätts med samma skala som tidigare använts i Sundsvall (2). Ca 30 poäng indikerar en måttlig vårdtyngd och 60 poäng en mycket stor vårdtyngd. Vårdtyngden är alltså högre både på sjukhemsavdelningarna och på ålderdomshemmen i Nordanstig jämfört med Sundsvall.

Tabell 4. Vårdtyngd enligt Y-skalan i Nordanstig och Sundsvall.

	Sjukhem	Ålderdomshem
Nordanstig	70	43
Sundsvall	57	33
Sundsvall (demensavd)	65	

Glesbygdsperspektivet

Hemsjukvård i allmänhet och avancerad sådan i synnerhet kan ur ett glesbygdsperspektiv diskuteras utifrån fyra aspekter:

- avstånden
- befolkningsunderlaget
- den befintliga vård- och omsorgsorganisationen
- den resursmässiga styrkan i organisationen

Avstånd och befolkningsunderlag

Nordanstigs kommun är knappt 10 mil på diagonalen. I många andra glesbygdskommuner är avstånden ännu större. Förutom att befolkningstätheten är låg, ca 8 inv/km² (att jämföra med rikets ca 20, Sundsvalls ca 30 och Stockholms kommuns ca 3700), är oftast avstån-

Glesbygden behöver en annan modell för hemsjukvården än specifika team

den mellan hemsjukvårdspatienterna stora. Antalet patienter som behöver avancerad hemsjukvård (nivå 3) varierar, men denna variation sker inom en ganska liten numerär. För Nordanstigs räkning är en rimlig gissning mellan 0 och 10 patienter (till detta kommer de svårt sjuka som finns inom de särskilda boendeformerna samt hemsjukvårdsnivåerna 1-2). För att bedriva avancerad hemsjukvård med specifika team antas det att det behövs ett befolkningsunderlag på ca 50 000 invånare. Dessa specifika team kan då vara organiserade inom primärvården (t ex i Sollentuna, Nacka eller Värnamo) som primärvårdsansluten hemsjukvård, PAH, eller inom annan specialitet, vanligtvis geriatriken, t ex i Motala som LAH/SAH (Lasarets- resp sjukhus ansluten hemsjukvård). För att sådana team skall fungera effektivt måste avstånden vara rimliga. Eftersom vår kommun, liksom andra kommuner, är liten, räcker inte underlaget för att bygga upp specifika team som enbart ägnar sig åt avancerad hemsjukvård. Ett alternativ vore då att flera kommuner ingår i ett specifikt teams upptagningsområde. Detta medför dock att avstånden ökar ytterligare. Även om landstinget (via primärvården eller t ex geriatriken) skulle stå för teamet så är behovet av samarbete med kommunen/kommunerna uppenbart och eftersom olika kommuner kan organisera omvårdnadsverksamheten olika är risken för organisatoriska problem stora. Till detta skall läggas att det potentiella antalet geriatriker som kan ingå i LAH/SAH verksamhet (kåren totalt utgörs av ca 500 läkare, av vilka många inte bedriver hemsjukvård) inte på långa vägar räcker till för att täcka riket om schema för jour/beredskap mm skall fungera. Trenden är ju också att geriatriken alltmer integreras i medicinklinikernas verksamhet.

Allt detta talar för att glesbygden behöver en annan modell för hemsjukvården än specifika team. Det naturliga är då att bygga upp teamet kring den enskilde patienten utifrån den befintliga fältorganisationen inom primärvården och kommunen. De nödvändiga personalkategorierna (t ex läkare, sjuksköterskor, sjukgymnaster, arbetsterapeuter, men även undersköterskor, vårdbiträden, biståndshandläggare mm) finns lokalt. Teamet kring patienten byggs då upp kring den distriktsköterska-distriktsläkare som patienten ofta känner sedan tidigare och kontinuiteten ger då stabilitet och trygghet.

Eftersom arbetet i primärvården ofta är vårdlagsbaserat är det naturligt att basteamet kring patienten utgörs av vårdlaget. Dock måste kompetenstillskott ske i olika fall, lämpligen då på konsultbasis (antingen enstaka eller regelbundna konsultinsatser) från de specialister som behövs. Ofta är det geriatriker, men det kan också vara t ex öronläkare vid tracheostoma, barnläkare vid svårt sjuka barn, kirurger vid olika stomier, profilerade rehabiliteringsteam etc. Glesbygdsmodellen får därför ett inslag av "shared care". För att bedriva denna decentraliserade hemsjukvård krävs dock att den lokala organisationen anpassas till detta och också ges nödvändiga resurser. Nordanstigs kommun kan i detta avseende ses som ett exempel på hur hemsjukvård (i vid bemärkelse) skulle kunna bedrivas i glesbygd. Begreppet "i vid bemärkelse" är här viktigt eftersom likaledes som det inte finns underlag för att ha specifika team för exempelvis cancervård och terminalvård, så finns det inte heller underlag för team som enbart ägnar sig åt hemrehabilitering eller akutvård utan alla dessa verksamheter måste kunna ges av den befintliga fältorganisationen. Detta medför dock att arbetssättet inom primärvården och kommunen måste ändras (3). Verksamheten måste bli mer "utåtriktad" på bekostnad av traditionell mottagningsverksamhet. Detta i sin tur kan då få negativa konsekvenser, men om det är ett uttalat mål att hemsjukvården skall öka, så är dessa konsekvenser för det traditionella mottagningsarbetet ofrånkomliga.

MASH

Primärvården i Nordanstig har i samarbete med Nordanstigs kommun utvecklat ett hemsjukvårdsprogram som vi kallar MASH (4):

MASH = MOBIL AVANCERAD SJUKVÅRD i HEMMET

MASH innebär att hemsjukvården skall vara mobil, dvs den skall vara rörlig (vilket är en förutsättning i glesbygden), den skall kunna vara avancerad, dvs både rent kompetensmässigt och rent tekniskt avancerade sjukvårdsuppgifter skall kunna utföras i hemmet (nivå 3). Vi har analyserat MASH utifrån fyra förutsättningar:

- Medicinsk säkerhet
- Larmkompetens-larmkedjor
- Vårdkedjor
- Vårdplanering

Målgrupper för MASH är förutom de klassiska hemsjukvårdsinsatserna i samband med terminalvård,

cancervård och rehabilitering även akuta somatiska tillstånd. Vi bedömer att pga neddragningar av akutplatser så kommer "akutpatienterna" att öka och skall MASH kunna fungera som en "grindvakt" för att förhindra inläggningar på sjukhus, måste denna aspekt tas med när resurser skall dimensioneras.

Dessutom kommer det i större utsträckning att bli aktuellt med ännu snabbare utskrivning från sjukhus än vad som tidigare varit fallet. Vårdtider på någon eller några få dagar är idag en realitet även för gamla och svårt sjuka personer. Många patienter som är mycket gamla, lider också av det man kallar den totala skröpligheten, dvs de behöver hjälp med i stort sett allt och har en omfattande multiproblematik, dvs flera sjukdomar och en komplicerad social situation. Även om det är ökningen av sk äldre äldre som är en av huvudorsakerna till sjukvårdskrisen, så måste det dock påpekas att många av patienterna i nivå 3 kan vara ganska unga, oftast cancersjuka patienter.

Medicinsk säkerhet

Begreppet medicinsk säkerhet inbegriper de sjukvårdstekniska åtgärder som kräver både kompetens och utrustning, t ex sugningar av luftvägar, inhalationsbehandling, intravenösa infusioner och injektioner, provtagning, stomiskötsel, kateterskötsel/sättande, etc. En del av dessa åtgärder genomförs regelbundet av sjuksköterskor men en del åtgärder är tämligen speciella, t ex port-a-cath, kötsel av epiduralkatetrar, speciella tracheostoma etc, och då måste hemsjukvårdspersonalen med stöd av sjukhusets kompetens, lära sig dessa åtgärder när sådana patienter aktualiseras. I de medicinska säkerhetsbegreppet ingår också dels att bedöma och handlägga mindre dramatiska saker (t ex bensår, kontrakturprofilax, läkemedelsdelning, förvirring, depressioner, diabetesskötsel, hjälpmedelashantering som oftast hör till nivå 1 och 2), dels en larmorganisation.

Larmkompetens

Det medicinska larmbegrepp vi använder innebär att en episod har inträffat som kräver en bedömning och åtgärd av medicinskt kompetent personal. Larmet inbegriper dels klassiska akuta medicinska larm som hjärt- och andningsproblem, akuta febertillstånd, frakturer och andra traumata, urinretention, akut agiterad förvirring, diabetes/insulinkoma etc dels mindre dramatiska företeelser som förekomsten av kontrakturer-liggsår, förvirringstillstånd som inte är agiterade, depressions-

besvär, försämring i ADL, förhållanden under terminalvård och rehabilitering m m. Det kan också gälla sociala faktorer som ensamhet, utmattning hos anhöriga och relationsproblem. För de larm som kräver omedelbar ambulansinsats, t ex hjärtstillestånd, andningsstillestånd, massiva blödningar, uppenbara frakturer finns idag väl etablerade rutiner. Beroende på typen av larm krävs insatser inom varierande tid där det ibland kan röra sig någon halvtimme till åtgärder inom något dygn eller någon vecka.

För att larmorganisationen skall fungera krävs en fungerande larmkedja:

- Larmutlösning
- Larmåtgärd
- Larmkommunikation
- Larmbedömning

Larmutlösningen kan initieras av vem som helst, t ex individen själv, anhöriga, personal inom hemtjänst, t ex vårdbiträdena, undersköterskor, hemtjänstassistenter. Larmutlösningen kräver någon form av larmkompetens, som inte behöver vara medicinsk, utan det viktiga är att det finns en förmåga att notera att en försämring på något vis inträffat.

Larmåtgärden innebär att den som utlöser larmet kontaktar en larmmottagare, som ofta är en sjuksköterska eller läkare. För att MASH skall fungera som "grindvakt" ("gatekeeper") förutsätts också att när personal inom hemtjänst och hemsjukvård är inblandade måste en rekommendation finnas (den kan dock inte vara tvingande) att man skall kontakta sjuksköterska eller distriktsläkare innan patienten skickas in till sjukhus. Vissa uppenbara akutsituationer måste självfallet åtgärdas direkt via ambulans, t ex mycket svåra smärttillstånd, påtagliga skador vid olyckor etc. Den som larmar måste kunna *kommunicera* med den larmmottagande läkaren eller sjuksköterskan. Vanligen är telefonkontakt tillräcklig, antingen via direktnummer eller via överkoppling eller via 112 (tidigare 90 000). Larmkommunikationen förutsätter att det ständigt finns en öppen ingång till larmmottagaren och det är därför nödvändigt att larmmottagaren har en bärbar telefon. Efter att larmet utlösts bör en sjuksköterska eller läkare direkt bedöma patienten i hemmet och där vidta

Den som larmar måste kunna kommunicera med den larmmottagande läkaren eller sjuksköterskan

Den vidgade funktion som hemsjukvården kommer att få medför att behovet av gemensam vårdplanering på nytt framstår som uppenbart

nästa steg, *larmbedömning* av sjuksköterska/läkare som antingen själv vidtar en medicinsk åtgärd, eller också tillkallas annan aktuell personal i vårdplaneringsteamet. Då övergår larmkedjan i en vårdkedja. Det är alltså viktigt att ha klart för sig att larmkedjan startar i personens eget boende, och likaledes gäller detta också den vårdkedja som påbörjas. Det krävs en fältorganisation för att kunna initiera larmkedjan och vårdkedjan och den lämpligaste fältorganisationen för detta är ju den existerande primärvården där det finns både distriktsköterskor och distriktsläkare.

Vårdkedjor

Den vårdkedja som sedan startar kan, beroende på bedömningen, medföra att patienten fortsätter att vårdas hemma, men patienten kan också remitteras till akutklinik, geriatrisk klinik eller till "sjukstugan". De flesta vårdkedjeanalyser utgår ifrån vistelse på sjukhus men den det är angeläget att framhålla att vårdkedjorna börjar hemma. "Sjukstugan" har på en del håll, speciellt i Norrland, fungerat som observationsplatser för akuta tillstånd, oftast under ansvar av primärvården. Dessa platser är antingen lokaliserade separat, eller oftast i anslutning till ett sjukhem där då primärvården ansvarar för observationsplatserna. I Norge finns också goda erfarenheter av denna observationsform (5). Sjukstugan kan t ex användas för febertillstånd, lunginflammation, diabetespatienter, stroke m m. Självfallet skall tillstånd som kräver kvalificerad akutvård, som inte kan tillgodoses med vård på sjukstugan remitteras in till akut-sjukhus. Sjukstugan förutsätter att det finns både sjuksköterskor och läkare kopplade till verksamheten i dygnetruntberedskap.

Vårdplanering

Före Ädelreformen utgjorde gemensam vårdplanering i vårdplaneringsgrupper på många håll stommen i äldreomsorgen. Efter Ädelreformen kom den gemensamma vårdplaneringen på många håll i skymundan på de nya gränser och ansvar som Ädel definierade.

Den vidgade funktion som hemsjukvården kommer att få medför nu att behovet av gemensam vårdplanering

på nytt framstår som uppenbart, om än under nya förutsättningar. Även om det medicinska inslaget kommer att öka, både rent kompetensmässigt och tekniskt, så kan inte MASH bedrivas om det inte finns personal från kommunen som kan ge basal omvårdnad-ADL-stöd etc. Stommen i vårdplaneringen bör fortfarande vara distriktssköterskorna och hemtjänstassistenterna (samt kommunala sjuksköterskor beträffande särskilda boendeformerna). Det mobila inslaget står både för fysisk rörlighet och kommunikations/informationsteknologiska inslag. Vi planerar också i Nordanstig att fysiskt samlokalisera hemtjänst och primärvård på distrikts/vårdlagsnivå, för att effektivisera vårdplaneringen.

Kommunikation

MASH förutsätter att de stora framsteg som har gjorts på det informationsteknologiska området eller som vi hellre vill säga det kommunikationsteknologiska området nyttjas fullt ut.

Det viktigaste är fortfarande det personliga mötet mellan de vårdplaneringsansvariga och patienterna själva, samt telefonen. Självfallet har dock tillkomsten av mobiltelefon, sökarsystem, fax och Mail-system via datorer skapat förutsättningar för kommunikation mellan hemsjukvårdens aktörer som inte fanns tidigare och dessa måste nyttjas fullt ut.

Vårdplaneringen måste vara mobil, dvs även om det kan vara bra att ha möten i sammanträdesform, så måste resursen vara rörlig och snabbt mobiliserbar för att kunna göra bedömningar av patienterna i deras eget boende. Vårdtiderna på akutklinikerna är numera så pass korta att det blir opraktiskt att göra gemensam vårdplanering vid patientens säng annat än i undantagsfall. Datoriserad dokumentation, både beträffande läkarjournalerna och omvårdnadsdokumentation av sjuksköterskor, har också skapat förutsättningar för informationsutbyte som inte fanns förut. Vi har ett utbyggt datajournalssystem för läkare, distriktssköterskor och rehabiliteringsenheten som också är länkat till sjukhemmet. Kommunikationerna med sjukhuset är ännu inte fullt utvecklade, men när epikrisöverföring, in- och utskrivningsmeddelanden liksom remissvar kan överföras via mail-system, så underlättas ytterligare möjligheten att snabbt kunna överföra medicinsk nödvändig information.

Det kommunikationsteknologiska möjligheterna skapar dock också vissa problem. Sekretess, förekomsten

av olika datasystem och program, höga investeringskostnader, behov av support/service, överbelastning på nät och övertillgänglighet liksom den viktiga frågan hur man får hela organisationen att både kompetensmässigt och psykologiskt hänga med i utvecklingen är delvis nya utmaningar i den informations- och kommunikationsrevolutionen som börjat i vården.

Anhörigas roll

Utan anhörigas insatser skulle hemsjukvården inte fungera. Det finns forskning som visar att de anhörigas informella insatser troligen är 2-3 gånger större än de insatser som samhället i form av hemtjänst och hemsjukvård erbjuder (6). Med tanke på befolkningsutvecklingen, avvecklingen av sjukhusplatser och den ekonomiska krisen är det troligt att påfrestningarna på de anhöriga kommer att öka. Konkret kan anhöriga stödjas på olika sätt:

- Möjlighet till olika former planerad avlösning, t ex växelvård, korttidsvård.
- Möjlighet till akutplacering av sjuk anhörig, anting en vid känd sjukdom (t ex cancer) eller mer oväntad komplikation. Sådan akutplacering kan ske på sjukstugan, särskilda boenden men även på sjukhuset.
- Anhörigersättare, dvs personal eller frivilliga som kan gå in i patienternas eget boende kortare perioder, när anhöriga skall uträtta ärenden eller vila.
- Anhörigrupper, där anhöriga till svårt sjuka kan diskutera gemensamma problem, t ex demens, afasi, stroke mm.
- Anhörigersättning, dvs anhöriga för ekonomisk ersättning för att de vårdar sjuka anhöriga i det egna boendet.
- Underlätta för frivilliga och ideella organisationer att hjälpa till.

Ekonomi

Om MASH(inkl "sjukstuga") införs och reducerar vårdplatsbehovet motsvarande 5 vårdplatser på årsbasis på Hudiksvalls sjukhus ger detta en besparing på drygt 5 miljoner kr på sjukhuset motsvarande Nordanstigs andel. För att fullfölja intentionerna i MASH måste dock ca 3,5 miljoner återinvesteras både inom landstingets primärvård och den kommunala verksamheten, dvs nettobesparingen blir ca 1,5 miljoner kr eller ca 30% av beloppet ovan (4). Om MASH ej genomförs bedömer vi att en del av dessa patienter (motsvarande upp till drygt 5 miljoner kr) ändå kommer att behöva sjuk-

husvård (som överbeläggningar bl a). Hur stor denna extra kostnad blir är svårt att säga men besparingseffekten torde minska avsevärt och dessutom blir vården av sämre kvalitet.

Avslutande synpunkter

Det finns inom hemsjukvården många gränslinjer som kan ge upphov till diskussioner om kompetens, ansvar, betalningsskyldighet mm. En sådan övergripande gräns är det s k Ädel-gränssnittet. En annan fråga gäller primärvårdens kommunalisering. I MASH-organisationen behövs det egentligen inte något konsensus kring dessa frågor. Lokala förutsättningar, kompetens, intresseprofiler, eldsjälur etc gör att lösningarna kan och måste få bli olika. Vad är då nytt med MASH jämfört med förutsättningarna för hemsjukvården under 80-talet? ÄDEL-reformen har förändrat villkoren för hemsjukvården. Pga nerdragningarna inom akutvården, geriatriken och psykiatriken kommer ett större antal patienter att behöva palliation och rehabilitering i hemmet. Akutvårdsinslaget kommer också att öka, och allt detta förutsätter att förutom insatser av distriktsköterskor, måste också läkarinsatserna i eget boende och i de särskilda boendena öka. Förutsättningarna för att MASH skall vara effektivt är att det finns tillgänglig personal även under jourtid och detta kräver en jourorganisation för sjuksköterskor och en beredskapsorganisation för läkarna lokalt. Det går inte att i "rättsvisans namn" spara lika mycket procentuellt i primärvården som inom den slutna akutvården om primärvården samtidigt skall ansvara för en utbyggd hemsjukvård. Begrepp som "mobilitet" och IT/KT blir också oundgängliga för att hemsjukvården skall fungera. MASH kan ses som ett program för en effektiv hemsjukvårdsorganisation i en mycket ansträngd ekonomisk situation. För att MASH skall fungera så räcker det dock inte med rena organisatoriska förändringar, utan det måste också finnas tillräckliga resurser i absoluta tal i form av personal i hemsjukvård, sviktplatser etc, uthålliga anhöriga och kommunal omvårdnadspersonal. Det sistnämnda har lagt en stor ekonomisk börda på kommunerna.

Vissa problem kommer alltid att uppstå, nämligen vem som skall bestämma och prioritera, och kulturkrocken mellan det "sociala tänkandet" och det "medicinska tänkandet" kanske består. För att undvika dessa krockar är det angeläget att den gemensamma vårdplaneringen får en stark position. Specialisterna är också

Utan anhöriga fungerar ingen hemsjukvårdsorganisation och kan vi inte hjälpa och stötta anhöriga kommer vi att misslyckas

nödvändiga som konsulter och om dessa via hembesök tillsammans med primärvård och hemtjänst kan delta i vårdplanering kan talet om "shared care" få en reell innebörd. Utan anhöriga fungerar dock ingen hemsjukvårdsorganisation och kan vi inte hjälpa och stötta anhöriga kommer vi att misslyckas.

REFERENSER

- 1 Socialstyrelsen. Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1995:6. Ädelreformen. Årsrapport 1995. Stockholm 1995.
2. Wimo A, Rönnbäck E, Larsson B, Eriksson T, Eriksson I B, Granholm O: Vårdtyngdsmätningar. I: Socialstyrelsen. Ädelutvärderingen 1993:9. Ädel i Sundsvall, Socialstyrelsen, Stockholm, 1993.
3. Socialstyrelsen. Ädelutvärderingen 1993:3. Läkarrollen efter Ädel. Socialstyrelsen, Stockholm, 1996.
4. Socialstyrelsen Ädel 50. MASH, Mobil Avancerad sjukvård i hemmet. Ett gemensamt hemsjukvårdsprogram i Nordanstigs kommun. Socialstyrelsen, Stockholm 1997.
5. Aaraas I: The Finnmark general practitioner hospital study. Patient characteristics, patient flow and alternative care level. Scand J Prim Health care 1995;13:250-6.
6. Johansson L: Caring for the next of kin. Akademisk avhandling, Institutionen för Socialmedicin, Uppsala Universitet, 1991.