

Försöksverksamhet med utbyggd hemsjukvård i Stockholms läns landsting

Anna-Lisa Melin

Distriktsöverläkaren Anna-Lisa Melin redovisar en försöksverksamhet med utbyggd hemsjukvård inom Stockholms läns landsting. Hon hävdar bl a att om hemsjukvården skall kunna göras bättre, sjukvården i hemmet skall ha samma personalkategorier representerade som sjukhusen. Då skulle hemsjukvården kunna bli en egen vårdnivå med klart definierat medicinskt innehåll. Följande patientkategorier skulle då kunna erbjudas vården:

Patienter i en vårdtrappa med minskade vårdbehov i slutbehandlingen av en akut sjukdom.

Patienter där vården under dagtid i hemmet kan alternera med dygnet-runt-tillsyn och kontroll på sjukhus vid försämring av tex kroniska sjukdomstillstånd.

Patienter med lågintensivt sjukdomstillstånd där den sociala situationen kan förbättras genom hemsjukvårdsinsatser och förhindra en inläggning på sjukhus.

Anna-Lisa Melin var när artikeln skrevs distriktsöverläkare vid vårdcentralen, S:t Eriks sjukhus och är numera blockchef vid primärvårdsblocket VFO, Sabbatsbergs sjukhus, Stockholm.

Hösten 1973 startade inom Stockholms läns landsting en försöksverksamhet med utbyggd hemsjukvård, som ett delprojekt i Hälso- och sjukvårdsnämndens vårdplan "Öppen vård inför 80-talet", där man avsåg att ge vård åt de patienter som krävde medicinska och rehabiliterande åtgärder, som kunde effektueras i hemmet under dagtid.

Baserat på anförande vid Medicinska Riksstämman 1976

Målgrupp

Följande patienter erbjöds vård i hemmet:

1. Patienter vars vårdtid på sjukhus kunde förkortas genom fortsatta medicinska och rehabiliterande åtgärder och kontroller i hemmet.
2. Klinikfärdiga patienter, som var i behov av en konvalescentperiod – en återanpassning till hemmet.
3. Patienter, som sökte akutmottagningen, men ej krävde sjukhusets alla resurser och ej dygnet-runt-hjälp.

Vården har endast erbjudits patienter med somatiska sjukdomar p g a bristande kunskaper hos personalen att sköta patienter med psykiatriska sjukdomstillstånd.

Hänvisar till Nacka-projektet inom Stockholms läns landsting angående psykiatriska patienter i öppen vård.

Försöksområde

Man beslöt sig för att hålla sig inom geografiskt väl avgränsade områden för att kunna hålla korta gång- och ressträckor mellan patienterna, så att denna vård skulle kunna effektueras på bästa sätt för patienter och vårdpersonal, medicinskt, socialt och ekonomiskt.

Försöksområdet bestämdes därför omfatta två församlingar kring Sabbatsbergs akutsjukhus – Gustav Vasa och Matteus församlingar – och två församlingar kring S:t Eriks sjukhus – Kungsholmens och S:t Görans församlingar.

.....
Försöksområdet bestämdes omfatta två församlingar kring Sabbatsbergs akutsjukhus och två kring S:t Eriks sjukhus.
.....

Befolkningsunderlaget utgjorde 180 000 invånare med 24 % > 70 år.

Aktuella remissinstanser

Pga bristande tillgång till långvårdsplatser, konvalescenthemsplatser och hemservice, som fanns inom beskrivet upptagningsområde, erbjöds denna vårdform i första hand åt akutsjukhusen.

Följande prioritering blev aktuell för befintliga vårdnivåer:

1. Akutsjukhus – inklusive akutmottagning
2. Långvårdssjukhus
3. Övrigt (distriktsvård, hemservice etc)

Denna prioritering ansågs viktig och angelägen att göra i ett upptagningsområde där mer än en fjärdedel var > 70 år och överbeläggningar på akutsjukhusens medicin- och kirurgkliniker varit ett ständigt aktuellt problem.

Personalstat

Personalstaten planerades för en patientstock på 80–100 patienter. Planerad vårdinsats per patient beräknades till 1–4 timmar per dag, vilket omsatt till heltidstjänster motsvarade 40 hemsjukvårdare.

Eftersom denna vårdform skulle få resurser jämförbara med den slutna vården – den lågintensiva delen – beräknades personalen omfatta följande tjänster:

- 1 läkare
- 2 distriktssköterskor
- 1 sjukgymnast
- 1 arbetsterapeut
- 1 kurator
- 1 1/2 kontorist
- 40+4 hemsjukvårdare (10 % är "pool-tjänster")
- dietistkonsult

Nedanstående redovisning gäller en sammanställning från 1.2.74–31.5.75.

Patientflöde

Avskrivna patienter u.t. 1.2.74–31.5.74: 409

In- och utskrivning: 9–10 patienter/vecka.

Medelvårdtid: 54 dagar med 46 dagar för män och

.....
Akutsjukhusen remitterade 80 % av patienterna, varav 17 % kom direkt från akutmottagningen.
.....

56 dagar för kvinnor (75 % av redovisade patienter är kvinnor)

Medelålder: 77,4 år med 43 % > 80 år.

Inremittering

Akutsjukhusen remitterade 80 % av patienterna, varav 17 % kom direkt från akutmottagningen.

Anexsjukhusen remitterade 10 % av patienterna.

Öppen vård, hemservice etc remitterade 10 % av patienterna.

Utremittering

Hemsjukvårdsorganisationerna remitterade

33 % till akutsjukhus

3 % till anexsjukhus

30 % till hemservice

12 % till konvalescenthem, ålderdomshem etc

22 % krävde inga ytterligare åtgärder

Beträffande de patienter som remitterades till akutsjukhusen från vår organisation, var det ca 1/3 som blev akut försämrade i sin kroniska sjukdom och krävde vård och tillsyn av dygnet-runt-karakter. Dessa patienter hade vanligen långa vårdtider i vår organisation.

C:a 1/3 blev akut sjuka i annan sjukdom och krävde sjukhusvård. Dessa patienter hade varierande vårdtider inom vår organisation.

C:a 1/3 lämpade sig primärt ej för denna vårdform, var för vårdtunga. Dessa patienter hade korta vårdtider i vår organisation.

Diagnospanorama

Diagnospanoramat belyses dels i nedanstående jämförelse mellan patienter remitterade från akut- respektive långvårdssjukhus, dels i redovisningen av frekventa diagnoser för patienter med långa vårdtider.

<i>Sjukhustyp</i>	<i>Huvuddiagnos</i>
Akutsjukhus	Incomp. cordis
	Cerebral insult
	Hypertoni
	Diabetes mellitus
	Osteoartroser
	Osteoporoser
Långvårdssjukhus	Maligna tumörer
	St post fractura colli fem.
	St postcerebral insult
	Morbus Parkinson

Diagnospanorama för patienter med långa vård-tider

<i>Diagnosgrupp</i>	<i>Ex från frekventa diagnoser</i>
Endokrina sjukdomar	Diabetes mellitus
Nervsystemet och sinnesorg. sjd	Morbus Parkinson
Cirkulationsorg. sjd	Glaukom
	Incomp. cordis
	Cerebral insult
Digestionsorg. sjd	Magsår
	Levercirrhos
Rörelseorg. sjd	Osteoartritis
	Reumatoid artrit
Skada genom yttre våld	Collumfraktur

Resurskonsumtion

Resurskonsumtion kan beskrivas på flera olika sätt. Nedanstående redovisning gör ej anspråk på att vara fullständig.

Följande parametrar kommer att beskrivas:

1. Hembesök
2. Medicinsk service
3. Vårdtyngd
4. Åtgärder

Följande parametrar kommer ej att redovisas:

1. Antal läkarbesök per patient på hemsjukvårdscentralen

Hemsjukvårdscentralen hade mottagning 3 förmiddagar i veckan och flertalet läkarundersökningar och provtagningar gjordes där.

2. Kurators personalhandledning

Är ej beskriven. En stor del av kurators funktion var att i grupp eller individuellt diskutera angående patienters psyko-sociala problem för

att handleda hemsjukvårdarna i deras arbete med de gamla patienterna, men också att stödja och hjälpa hemsjukvårdarna i befintlig arbetssituation.

1. Hembesök

Läkare gjorde hb hos 32 %

Distriktssköterska gjorde hb hos 76 %

Sjukgymnast gjorde hb hos 52 %

Arbetsterapeut gjorde hb hos 33 %

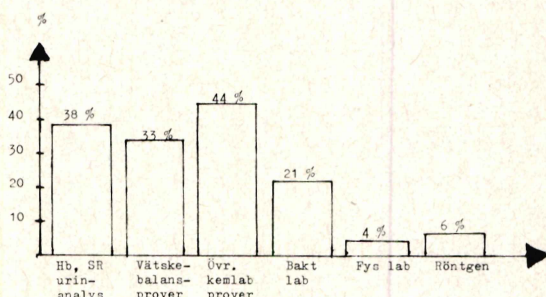
Kurator gjorde hb hos 18 %

Distriktssköterskan gjorde ej hembesök hos alla patienter, därför en del krävde endast läkarundersökning eller rehabiliteringsinsatser.

2. Medicinsk service

Att blodkem.us ligger på så hög frekvens förklaras av patientens aktuella medicinering. Vi hade vanligen endast remissen samt ordinerade mediciner att gå efter, då epikrisen med intressanta lab.-data vanligen kom först efter 3–5 veckor. I kolumnen övriga kem.lab.prover ingår autochemist samt digoxin/s som frekventa prover. På detta åldriga klientel med under sjukhusvistelsen ofta ändrad medicinering var det medicinskt indicerat med denna uppföljning. (Fig. 1)

Fig. 1. Medicinsk service.



Bland bakt.lab.prover var urinodling den frekventaste undersökningen och den bedömdes som en billigare variant, då patienten ofta hade behandlats tidigare för urinvägsinfektion och man ej av denna anledning kunde förlita sig till traditionella behandlingsmedel, då patienten ofta har utvecklat resistens mot dessa.

Fys.lab och röntgenus var ofta ej aktuella, då

patienten vanligen kom från akutsjukhus och var välgenomgången. På hemsjukvårdscentralen användes dessutom en EKG-apparat för screening vid behov.

3. Vårdtyngd

Vårdtyngden är redovisad som en teoretisk medelvårdtid i dag/vecka och tim/dag och är ej uttryck för ett statiskt förhållande utan i redovisad medelvårdtid finns en dynamik inbyggd med vanligen initialt större antal dag/vecka och större antal tim/dag, som successivt "trappas ned", allt eftersom det medicinska vårdbehovet minskar.

Antal dag/vecka	%
< 4	15
5	46
6	10
7	28

Antal tim/dag	%
1-2	70
3-4	25
5-7	4

Åtgärder

Denna rubrik gäller de insatser, som hemsjukvårdare utför hos patienter, där distriktssköterskan, sjukgymnasten, arbetsterapeuten och/eller kuratorn är arbetsledare för och som sådan undervisar i och följer upp de arbetsuppgifter som delegerats till hemsjukvårdarna.

Hemsjukvårdarnas arbetsuppgifter har varit svåra att definiera, då sjukvårdshuvudmannen på sjukhus står för såväl medicinsk vård, rehabilitering som hotellfunktionen.

I denna försöksverksamhet har framför allt hemsjukvårdarna, som är landstingsanställda, varit pådrivande och mycket klart redovisat, vad som sjukvårdshuvudmannen bör vara ansvarig för och vad primärkommunen skall ansvara för.

Hemservice i Stockholms kommun har hemvårdsbiträden anställda och dessa svarar för hemvård dvs personlig hygien, hushållstekniska göromål och städning. I Stockholms kommun finns alltså inga hemsamariter anställda.

Efter många, långa och intensiva diskussioner har

Hemservice i Stockholms kommun har hemvårdsbiträden anställda men inga hemsamariter.

följande åtgärder kristalliserats ut och beslutats vara sjukvårdshuvudmannens ansvarsområde i hemsjukvård.

Medicinska åtgärder	Rehab åtgärder
Medicinsk tillsyn	Allmänaktivering
Medicinering	ADL-träning
Specialkost	Talstimulering
Puls-, blodtryckskontroller	Gång- och trappträning
Sårbehandling	Led- och muskelstyrketräning
Trycksårsprofylax	Psykiskt stöd
Kateterskötsel	Social träning
Injektationer (insulin)	
Vätskebalanskontroller	
Övrigt (bukomfång, vikt, lavemang, sondmatning)	

Under en kortare tid har hemsjukvårdare bistått med personlig hygien och hushållstekniska göromål, tills hemservice har kunnat ta över hemvårdsfunktionen.

Åtgärdsfrekvenser

Hemsjukvårdarnas arbetsinsatser under respektive arbetsledare framgår av tabell 1.

Tabell 1. Hemsjukvårdarnas arbetsinsatser.

Åtgärd	Frekvens %
Medicinsk tillsyn	17
Medicinering	32
Injektationer (insulin)	4
Sårbehandling	4
Kateterskötsel	5
Diet	17
Rehabilitering och aktivering	68
Personlig hygien	28
Hushållstekniska göromål	59

Av tabellen framgår att de så kallade hemvårdande sysslorna har en överrepresentation, som rimmar dåligt med tidigare argumentering. Man bör i

detta sammanhang påpeka att den avrapporterade perioden ligger mer än ett år tillbaka och om förnyad undersökning skulle göras kommer samma frekvensstudie att märkbart ha förändrats, då hemsjukvårdarna alltmer har avhändert sig dessa uppgifter samt har primärkommunen successivt accepterat denna gränsdragning.

Personalarbete

Personalen arbetar i team med kontinuerlig utbildning, flerkanaligt informationsflöde för att ge mesta möjliga dynamik vid beskrivning av patientens sociala, psykologiska och medicinska situation samt ge personalen hög motivation i arbetet. Detta teamarbete konkretiseras på olika sätt.

Hemsjukvårdare arbetar i grupp om fem, där en av hemsjukvårdarna är avbytare och gruppledare under en fyraveckorsperiod. Gruppleaderskapet innebär ingen chefsställning gentemot de övriga i gruppen och ger inga förbättrade ekonomiska förhållanden. Gruppledaren fungerar som avbytare för de övriga hemsjukvårdarna i gruppen, när de schemalagt är lediga och gruppledaren sköter då deras patienter samt fördelar i övrigt och samordnar arbetsuppgifterna för de andra gruppmedlemmarna. Gruppledare upprättar dessutom helgschema samt är med i den sittrond, som hålles en gång/vecka då patienter och medicinska frågor diskuteras.

För att möjliggöra diskussioner kring olika problem ordnas varje vecka gruppsammankomster för hemsjukvårdare, där arbetsledaren – distriktssköterskan – är med. Av och till ordnas i stället för gruppdiskussioner föreläsning för hemsjukvårdarna som komplement till den "bedside" information de får av de övriga i teamet vid hembesök hos patienten.

Sammanfattning

Efter drygt tre års försöksverksamhet med så kallad

För att möjliggöra diskussioner kring olika problem ordnas varje vecka gruppsammankomster för hemsjukvårdare, där arbetsledaren – distriktssköterskan – är med.

En viktig åtgärd för att förbättra sjukvården i hemmet är att integrera hemsjukvården i primärvården så att distriktsläkare och distriktsköterskor blir ansvariga för vården.

utbyggd hemsjukvård kan följande sammanfattning göras mot frågeställningen "Hur kan vi göra hemsjukvården bättre?"

Om sjukvård i hemmet får samma personalkategorier representerade som sjukhusen och vården erbjuds följande patientkategorier

1. patienter i en vårdtrappa med descenderande vårdbehov i slutbehandlingen i en akut sjukdom.
2. patienter i vårdcirkel där medicinsk vård och rehabilitering under dagtid i hemmet kan alternera med dygnet-runt tillsyn och kontroll på sjukhus vid exacerbation hos patienter med kroniskt sjukdomstillstånd.
3. patienter med lågintensivt sjukdomstillstånd där den sociala situationen kan förbättras genom hemsjukvårdsinsatser och förhindra en inläggning på sjukhus.

En sådan hemsjukvård bli en egen vårdnivå med klart definierat medicinskt innehåll och därigenom bli mera meningsfull.

En viktig åtgärd för att förbättra sjukvården i hemmet är att integrera hemsjukvården i primärvården så att distriktsläkare och distriktssköterska blir ansvarig för vården, vilket de ändå måste vara, men formalia sköts f n från långvårdskliniken utan närtkontakt med patienten.

En viktig fråga: Trivs patienten i denna vårdform?

Eftersom ingen undersökning har gjorts i Sverige vet man ej svaret. En planerad undersökning om hemsjukvård i medicinsk, social och psykologisk belysning är klar att starta under detta år och där kommer man bland annat att få svar på denna fråga som är speciellt viktig att ta hänsyn till vid planerad utbyggnad för att på bästa sätt kunna ta tillvara patientens intresse och respektera patientens önskemål.