

Primärvårdens och generalistens roll i den framtida hemsjukvården

Riksföreningen för distriktssköterskor, Svensk förening för allmänmedicin (SFAM), Familjemedicinska institutet (Fammi)

Syfte med dokumentet

Riksföreningen för distriktssköterskor och Svensk förening för allmänmedicin (SFAM) arbetar tillsammans med Fammi med att belysa och lyfta fram generalistens specifika och unika kompetens inom hemsjukvården. I dokumentet deklarerar vi gemensamma ståndpunkter för hur generalistens kompetens borgar för trygghet och tillit i dagens och morgondagens hemsjukvård. De flesta av dess ståndpunkter är inte unika för distriktssköterskor och familjeläkare utan gäller generalister inom alla professioner som arbetar med denna patientgrupp. De gäller dessutom oavsett om vården drivs i kommunal-, landstings- eller privat regi.

Inledning

Sjukhusvården expanderade kraftigt under det förra seklet och nådde sin höjdpunkt, vad vårdplatser beträffar, under 1970-talet. Vid sjukdom erbjöds man vård på sjukhus, ofta med långa vårdtider och ibland efterföljande konvalescensvård tills hälsan återställts eller rehabiliteringen avslutats. Under framför allt 90-talet har den medicinska utvecklingen och reduktionen av antal vårdplatser kraftigt förkortat vårdtiderna på sjukhus. Patienter skrivs ut med betydande behov av fortsatt utredning, behandling och rehabilitering. Att detta är förenat med risker vid överföring från sluten till öppen vård och omsorg har uppmärksammats i ett flertal rapporter. Speciellt stora risker föreligger för människor med komplexa vårdbehov, individer som på grund av ålder, handikapp eller sjukdom har nedsatt autonomi och för sin trygghet och vardagsfunktion är beroende av andra människors vård- och omvårdnadsinsatser.

Denna förändring nödvändiggör en utveckling av hemsjukvården, som i framtiden sannolikt kommer att betraktas som en särskild vårdform vid sidan om sluten och öppen vård. Hemsjukvården ger människor möjlighet till ökad autonomi och livskvalitet jämfört med sjukhusvård, under förutsättning att den kan erbjuda säker medicinsk vård och trygghet i omvårdnad. Vår långa erfarenhet i våra yrken har givit oss en stor erfarenhet av de brister som finns i hemsjukvården, och vi har en gemensam ambition att verka för en utveckling mot en god och säker hemsjukvård där primärvårdens företrädare som generalister axlar ett huvudansvar för vårdprocesserna. I denna utveckling behövs tydliga definitioner och mål för att stimulera utvecklingen över hela landet.

Även om hemsjukvården omfattar alla åldrar, så dominerar ändå gamla människor med komplexa vårdbehov. Dessa har nedsatt autonomi och är beroende av andra för sin omvårdnad och medicinska vård. Man beräknar att de utgör drygt 11 procent av alla över 65 år (siffrorna framtagna av Östergötlands läns landsting 2004). Utmärkande för dessa människors livssituation är att de p.g.a. sina omvårdnadsbehov får ge avkall på sin integritet, de tvingas ta emot främmande människor i sitt eget hem och bokstavligen in på bara kroppen. De som planerar dessa människors vård och omsorg måste vara utomordentligt lyhörda för den enskildes önskemål och anpassa vården till dennes förutsättningar. Deras problematik kräver att vårdgivaren har en längre tids kontakt och helhetssyn för att förstå vad som behöver göras. Det innebär att fortsatt vård inom hemsjukvården av ordinarie vårdgivare

bör vara det första alternativet vid försämring. När sjukhusvård krävs behöver den bedrivas ur ett helhetsperspektiv. Akutsjukvårdens nuvarande arbetssätt med fokus på ett enda problem, lämpar sig dåligt för denna patientgrupp.

Trygghet och respekt är nyckelord för framtidens hemsjukvård. Goda vårdrelationer som kännetecknas av kontinuitet, tillgänglighet och kompetens kan skapa trygghet, liksom en god samverkan mellan de olika vårdgivarna inger trygghet hos vårdtagaren.

Definition av hemsjukvård

Definitionerna av hemsjukvård varierar och är skrivna innan den kraftiga neddragningen av slutenvården. Idag vårdas allt fler och allt sjukare patienter hemma och helt andra krav ställs på hemsjukvården när det gäller både distriktssköterske- och familjeläkarinsatser och samverkan med den specialiserade vården. Det speglas inte i befintliga definitioner. Definitioner är underlag för sjukvårdsdebatt och utvecklingsplanering, liksom för planering av resurs och kompetensförsörjning, därför är adekvata definitioner viktigt. Adekvata och enhetliga definitioner är dessutom en förutsättning för uppföljning.

En generell beskrivning av hemsjukvård som fortfarande är relevant är hämtad ur *Nationella termer med Definitioner och Regelverk inom hälso- och sjukvårdsstatistiken (1998)*

Hemsjukvård är till sin karaktär annorlunda än den öppna vården. Den består av relativt långvariga vårdepisoder med stort behov av omvårdnad och ibland av medicinska insatser som mer liknar insatserna inom den slutna vården.

- Hemsjukvård betraktas därför som en egen vårdform, skild från öppen och slutna vård.
- Hemsjukvård utgör hälso- och sjukvård som genom huvudmannens åtagande och ansvar ges i patients bostad eller där patient vistas.
- Patienten ska vara registrerad som mottagare av hemsjukvård. Insatserna skall ha föregåtts av individuell vårdplanering.
- Ansvaret för de medicinska insatserna skall vara sammanhängande över tiden.

Man skiljer mellan basal hemsjukvård som skall rymmas inom ramen för det normala primärvårdsuppdraget och avancerad hemsjukvård som ska vara mångprofessionell, teambaserad och ges dygnet runt av en speciell organisation. Den avancerade hemsjukvården ersätter sjukhusvård (sjukhussäng i patientens hem). Ofta finns olika former för nära samverkan.

De olika nivåer av basal hemsjukvård som beskrivs känns föråldrade, de täcker inte de mer varierande och omfattande behoven inom dagens hemsjukvård. Nya definitioner behövs som kan beskriva t.ex. kompetensbehov (t.ex. undersköterska, distriktssköterska, familjeläkare, sjukgymnast, arbetsterapeut, specialistläkare), hur omfattande insatserna är vid varje kontakt, hur frekventa de är, och vilka behov som finns av akuta insatser.

Generalistens roll

Att vara generalist är att se patienten med sina sammansatta problem och behov och möta henne på ett sätt som speglar detta utifrån ett bredare sammanhang än enskilda sjukdomar. Generalisten ser kopplingar mellan medicinska/omvårdnadsproblem och sociala/kulturella-/ekonomiska förhållanden på individnivå, och ser mönster i beteende och symtom som inte upptäcks med specialiserade metoder och arbetssätt. Att arbeta som generalist innebär också att samordna olika insatser och organisationer genom ett aktivt nätverk och att formulera helhetslösningar som behandlar eller åtgärdar flera problem samtidigt.

Generalistkompetensen är särskilt viktig för äldre, funktionshindrade och patienter med fler än en sjukdom.

Hemsjukvården kombineras ofta med polikliniska insatser av olika slag. För att få en samordning av insatserna kan generalisten, det vill säga distriktssköterskan/familjeläkaren fungera som koordinator när patienten är inskriven i hemsjukvården.

Områdesansvaret

Utifrån ett definierat geografiskt område har man kännedom om befolkningens behov och kunskap om de samhälleliga resurser som står till buds. Detta möjliggör förebyggande och hälsofrämjande insatser, och tidiga upptäckter av ohälsa i alla åldersgrupper. Genom ett tydligt områdesansvar blir den områdesansvarige känd hos befolkning och skapar därmed naturliga kontakter till de behövande. I områdesansvaret uppmärksammas särskilt de patienter med nedsatt autonomi som själva inte kan ta kontakt med vården, exempelvis vissa grupper av äldre och psykiskt funktionshindrade som annars riskerar att hamna i gråzonen mellan olika vårdgivare.

Husläkarlistning och kommunalisering av distriktssköterskorna i hemsjukvården har på många håll urholkat det områdesansvar som tidigare utgjorde ett viktigt fundament i den svenska primärvården. Det innebär att man inte längre har samma funktion för att fånga upp de äldre med nedsatt autonomi och psykiskt funktionshindrade som inte själva tar kontakt. Man behöver identifiera konsekvenserna av detta innan man ytterligare försvagar områdesansvaret och hitta nya former om områdesansvaret redan tagits bort.

Preventivt arbete i hemsjukvården

Att stödja patienterna i att göra det dagliga livet bättre är en viktig uppgift även inom hemsjukvården. Det förebyggande arbetet har varit fokuserat på yngre och medelålders, men det är angeläget att utsträcka dessa insatser till att omfatta även de grupper av patienter som finns inom hemsjukvården, framför allt de äldre. Att arbeta förebyggande i hemsjukvården kan innebära att förebygga fallskador liksom att förbättra tandhälsa och nutrition.

Förbättrad läkemedelsanvändning är ett annat område. Angeläget är att se till att kvalitetsbrister, biverkningar och överdosering av läkemedel upptäcks och åtgärdas. Därför behövs regelbunden översyn och omprövning av patientens läkemedel. Kontinuerlig gemensam läkemedelsöversyn har visat sig ha kvalitetshöjande effekt.

Nyckelord för en god hemsjukvård.

Trygghet är nyckelordet när vi skall utveckla den vårdnivå som kallas hemsjukvård. Utan trygghet och tillit kommer människor inte att acceptera vård i hemmet. De kommer då att söka sig till sjukhuset, som med sina korta vårdtider och sin organspecifika inriktning inte har möjlighet att tillgodose deras behov.

Vi har valt ut ett antal nyckelord där vi ser att behov av utveckling föreligger för att vi skall uppnå målet om en säker och trygg hemsjukvård. Till varje sådant nyckelord är det kopplat frågor som kan användas som utgångspunkt för framtagande av nyckeltal för uppföljning.

Tillgänglighet

Hög tillgänglighet, inte bara till distriktssköterskan utan även till familjeläkaren, är en förutsättning för en fungerande hemsjukvård. Både patienter, närstående och vårdgrannar har behov av en hög tillgänglighet. Detta kan kräva speciella arbetsformer.

Den modell med två nivåer för telefontillgänglighet som de flesta mottagningar tillämpar – en för allmänheten och en för medarbetare – är inte tillräcklig för hemsjukvårdens patienter. Det är nödvändigt att hemsjukvårdspatienten och närstående får samma nivå på telefontillgänglighet som tillämpas för vårdpersonal. Även hemtjänst och andra involverade vårdgivare behöver denna tillgänglighet – i synnerhet som det oftast är dessa som signalerar när en patient försämras i sitt hälsotillstånd.

Organisationen måste också utvecklas så att akuta uttryckningar lätt kan genomföras. Jourorganisation och kvälls- och nattpatruller måste utformas för att motsvara patienternas behov av tillgänglighet dygnet runt.

Möjlighet till bedömning i hemmet, även läkarbedömning, är viktig. Patienten och närstående är då med när beslut fattas avseende deras vård och behandling. Detta fordrar att vårdcentralen ger hög prioritet åt patientgruppen och utvecklar en kultur där hembesök ses som ett viktigt led i att nå rätt i diagnostik och behandling.

- Finns direktnummer till vårdgivarna för patienter inskrivna i hemsjukvård, vilket även kan användas av närstående och hemtjänst?
- Finns skriftlig information om hur man når kontakt?
- Kan organisationen uppfylla kravet på akut och planerad tillgänglighet för bedömning i hemmet av såväl distriktssköterska som familjeläkare?

Kontinuitet

Kontinuitet i form av långvarig behandlingskontakt i en utvecklad vårdrelation är en grundläggande kvalitet i familjeläkarens och distriktssköterskans arbetssätt.

Att göra en korrekt bedömning av behovsbilden hos en patient med komplexa vårdbehov förutsätter upprepade kontakter över tid, och ju högre kontinuitet desto större sannolikhet att patienten får rätt problem åtgärdade. För hemsjukvårdens patienter har detta särskilt stor betydelse

Många hemsjukvårdspatienter har kontakt med andra specialister och vårdas periodvis i slutenvård. En generalist som koordinator med uppgift att samordna vårdprocessen kan skapa en kontinuitet som ger trygghet för patienten.

Bristen på familjeläkare och distriktssköterskor är ett problem som gör det svårt att upprätthålla kontinuiteten, som bör prioriteras för den här patientgruppen.

Ibland innebär hemsjukvård att patienten byter sjuksköterska p.g.a. huvudmannaskapsgräns, eller läkare p.g.a. att man i organisationen valt att utse speciell hemsjukvårdsläkare. Detta är olyckligt ur kontinuitetssynpunkt för de patienter som har hemsjukvård i perioder och bör beaktas när man genomför omorganisation av ansvarsgränser och huvudmannaskap.

- Har patienter i hemsjukvården namngiven ansvarig distriktssköterska/familjeläkare?
- Finns strategi för att upprätthålla största möjliga kontinuitet vid vakanssituation?

- Finns strategi för att upprätthålla kontinuitet för de patienter som av och till får hemsjukvård, och där denna ges av speciella hemsjukvårdsläkare och sjuksköterskor?

Teamsamverkan

Hemsjukvården karakteriseras av att det oftast är ett flertal vårdgivare involverade i vården av den enskilda patienten. Ett organisationsoberoende teamarbete kring patienten är nödvändigt för ett gott resultat. En enda yrkesprofessioners perspektiv på patientens problem är aldrig heltäckande, varför det behövs en ödmjuk insikt om värdet av fler perspektiv. En tydlig rollfördelning är en förutsättning för ett fungerande teamarbete, vilket underlättas av att teamets medlemmar har god yrkesidentitet och finns i en organisation som underlättar. Utgångspunkten skall vara att teamet formas utifrån patientens behov och att det grundas på en respekt för de olika yrkesgrupper som patienten har behov av. Att arbeta i team kräver kunskap och träning, speciellt om teamen skapas över huvudmannaskapsgränser där olika lagstiftning, avtal och kultur kan utgöra ett hinder.

- Finns team runt hemsjukvårdspatienten?
- Finns strategi på vårdenheten för utveckling av teamarbete?

Samverkan med vårdgrannar och Samordnande koordinator

Många av hemsjukvårdens patienter har många vårdepisoder på sjukhus, insatser från andra specialister, rehabilitering från flera håll och omsorgsplanering från kommunen. Samverkan och koordination mot gemensamma mål är en grundläggande förutsättning för en fungerande hemsjukvård. Detta för att undvika dubbelarbete, felarbete, eller att patientens behov ramlar mellan stolarna. Samverkan i vårdkedjan ska utformas så att övergångarna mellan de olika länkarna i kedjan inte ger upphov till några problem för patienten. Detta kräver att kunskap finns hos sjukhusföreträdare om hemsjukvårdens möjligheter och förutsättningar. Vidare behövs gemensamma arenor över organisationsgränserna för utveckling av former och verktyg för denna samverkan.

En generalist som koordinator med uppgift att samordna vårdprocessen är därför av stor betydelse för kostnadseffektiv vård som är säker och trygg för patienten.

- Är generalistens roll som koordinator för hemsjukvårdspatienternas vård tydligt uttalad i organisationen?
- Finns struktur för samverkan?
- Finns struktur för uppföljning och utveckling av samverkan?

Vårdplan med individualiserad målsättning

Den grundläggande målsättningen för merparten av sjukvården är att patienten skall återfå hälsa och bästa möjliga funktion. Majoriteten av patienterna med hemsjukvård är sköra individer som aldrig kommer att bli helt friska igen, och som har begränsad nytta av omfattande utredningar och behandlingar som de kanske också har svårt att orka med. Därför måste vården individualiseras på ett helt annat sätt än för andra patientgrupper, vilket ofta är av stor betydelse för patientens livskvalitet.

För att åstadkomma en hemsjukvård anpassad till patientens behov krävs en individuell vårdplan där målsättningen med vården preciseras. Generalisten (familjeläkaren och

distriktssköterskan) har här en nyckelfunktion och bör ges ett tydligt ansvar för att vårdplanen upprättas.

Med många olika vårdgivare, ofta från flera olika organisationer, ökar dessutom behovet av att målsättningen är gemensam. En individualiserad målsättning skall formuleras så att den omfattar all den vård patienten får av alla olika vårdgivare. Därigenom kan man tillse att insatserna koordineras för bästa möjliga effekt utifrån den enskilda individens behov och önskemål.

De etiska principerna som skall vara vägledande är inte annorlunda än vid annan vård, men erfarenheten visar att individualiserad vård med patienten i centrum för människor med komplexa vårdbehov kräver särskild reflexion över etiska frågeställningar.

Studier, som handlar om att förutsäga allvarliga sjukdomars prognos och förlopp, har visat att olika yrkesgrupper inom vården baserar sin prognos på olika kliniska observationer och ofta kommer till olika slutsatser. Därför är det viktigt att det bakom varje beslut att vidta/inte vidta olika vårdinsatser, finns en adekvat medicinsk bedömning och att olika personalgrupper bidrar med den kunskap de har. Det är också viktigt att beslut fattas i dialog med patient och närstående.

För att nå målet om en individualiserad vård för dessa patienter är det nödvändigt att dokumentera målen i en vårdplan som görs tillgänglig för alla parter som deltar i vården, även de sjukhuskliniker som tillfälligtvis kan komma att vårda patienten.

Vårdplanen behöver revideras regelbundet för att åstadkomma så optimal vård som möjligt.

- Finns verktyget Individuell vård- och rehabiliteringsplan utarbetat i organisationen?
- Finns sådana vårdplaner för hemsjukvårdspatienterna?

Journalinformation

Trygg och säker hemsjukvård kan inte erhållas med mindre än att man åstadkommer journaldokumentation som är tillgänglig dygnet runt av de olika parter som deltar i patientens vård. Vi behöver utveckla patientens journal som finns tillgänglig oavsett var och när patienten söker/får vård istället för dagens organisationsbundna journal. Med patientens samtycke finns inga sekretessmässiga hinder.

Den sjukvårdspersonal som deltar i vården av patienten måste i framtiden kunna dokumentera i en för patienten gemensam journal med en enhetlig struktur.

- Finns gemensam dokumentation eller tillgänglighet till dokumentation?
- Är den tillgänglighet 24 timmar om dygnet?
- Är tillämpliga delar tillgängliga oavsett vem som utför vården?
- Är den tillgänglighet oavsett var vården sker?
- Finns rutin för patientens samtycke till att personal från olika delar av hemsjukvården tar del av journalinformation?

Palliativ vård

Alla människor har rätt till en god palliativ vård när döden närmar sig, oavsett var man vårdas och om döendet är symtomfattigt eller åtföljt av komplexa symtombilder som kräver särskild kompetens.

Ett centralt begrepp i den palliativa vården är brytpunktsbedömningen. Brytpunkten kallas den tidpunkt bortom vilken alla vårdinsatser är inriktade på bästa möjliga livskvalitet fram till döden och inga insatser görs i avsikt att försöka återställa hälsa. Brytpunkten kan ibland vara distinkt, men ibland utdragen och svår att skönja. Det krävs helhetssyn och erfarenhet att se när brytpunkten inträder och låta den insikten vägleda vården. Alltför ofta händer det, framför

allt inom sjukhusvården, att brytpunkten aldrig ses och patient och närstående undanhålles det som en palliativt inriktad vård hade kunnat ge.

De flesta människor dör i det egna hemmet, och om möjlighet till en trygg palliativ hemsjukvård finns väljer allt fler människor att få sluta livet inom hemmets väggar. Generalistens roll i den palliativa vården kommer därför att bli alltmer efterfrågad. Med sin ofta långvariga vårdrelation till patienten och vana vid att se till helheten är generalisten väl rustad att göra brytpunktsbedömningen och inleda den palliativa vården i samverkan med patienten, närstående och övriga vårdgivare.

Den palliativa vården bedrivs ofta i specialiserade organisationer. Dessa behöver genom avtal och samverkan integreras med den basala palliativa vården som primärvården och ofta även kommunen ansvarar för.

- Finns rutin för och dokumentation av brytpunktsbedömning?
- Finns rutin för närståendestöd och utfärdande av intyg för närståendepenning?
- Finns utarbetad plan för kompetenshöjning i palliativ vård?

Kompetens

Hemsjukvårdspatienter har ofta komplex sjukdomsbild med kombination av många symtom och funktionsnedsättningar, nedsatt kognitiv förmåga och komplex psykosocial situation. Detta kräver en utvecklad kompetens för uppgiften. Kompetensen finns idag inom geriatriken och hos många familjeläkare, distriktssköterskor och andra sjuksköterskor verksamma i hemsjukvård och särskilt boende. Det finns här ett behov av kontinuerlig kompetensutveckling för all vårdpersonal som arbetar i hemsjukvården.

För att patienten skall känna trygghet måste hon känna att läkaren och sjuksköterskan efterfrågar kompetens från andra håll när så är behövt. Generalisten måste därför känna till och kunna röra sig i nätverket av kontakter i vården.

Kunskap om hemsjukvårdens förutsättningar skall finnas i hela sjukvårdsorganisationen. Hemsjukvården bör betraktas som ett särskilt kompetensområde som fordrar sin egen fortbildning, utveckling och forskning.

- Finns fortbildningsplaner för berörd personal?
- Finns hemsjukvård, palliativ vård, teamarbete m.m. på schemat i grundutbildningar till vårdprofessionerna?
- Finns plan för hur kunskap om hemsjukvård kan ökas hos vårdgrannar?

Organisation

Det har redan framgått att organisationen är viktig för att möjliggöra utveckling av framtidens hemsjukvård. Förutsättningarna är olika i storstäder, småstäder och på landsbygden. Tio år efter Ädel-reformen ser kartan brokig ut med stora skillnader, inte bara mellan de kommuner som har hela ansvaret för hemsjukvården och de där landstinget ansvarar för hemsjukvården i det egna boendet.

Viktiga nyckelfunktioner som måste byggas in i organisationen har redan nämnts, men några ytterligare påpekanden bör göras.

På en enhet bör det finnas en hemsjukvårdsansvarig sjuksköterska (HAS) och/eller en hemsjukvårdsansvarig läkare (HAL), som ansvarar för utveckling av rutiner och organisation för en god hemsjukvård. Dessutom krävs medicinsk och omvårdnadsmässig kompetens på

beslutsnivå i både kommun och landsting för att garantera att den kompetensen finns med när beslut fattas. Avtal mellan kommuner och landsting för att tydliggöra ansvarsfördelningen mellan de bägge organisationerna krävs och gemensamma nämnder och andra samarbetsfora för att lösa frågor av gemensamt intresse underlättar.

Hemsjukvården måste fungera dygnet runt, och därför måste primärvården ha en gemensam jourfunktion med läkare och sjuksköterskor för hembesök. Integrerade journalsystem har redan nämnts.

Sammanfattning

Hemsjukvården är en viktig länk i sjukvården och kommer att få en allt större betydelse för att klara en trygg och säker vård för människor med komplexa vårdbehov. I vår allt mer specialiserade sjukvård är det av stor vikt att det finns läkare och sjuksköterskor med generalistkompetens som kan koordinera vården, så att samverkan med patientens behov i centrum kan bli en realitet. Distriktssköterskan och familjeläkaren har den önskade kompetensen, och utvecklingen bör fokuseras på att åstadkomma en hemsjukvård med hög tillgänglighet, kontinuitet, möjlighet till medicinskt bedömning/behandling i hemmet, och med en dokumenterad vårdplan för samverkan kring en individualiserad målsättning.

Gunnar Carlgren	Elisabet Linder	Sonja Modin	Lena Pommerleau	Inger Rising
SFAM	Fammi	SFAM/Fammi	SFAM	RfD