

"LERUMSMODELLEN"

– som blev vårdplaneringsmodell för hela Sverige

Det största problemet för den nya vårdcentralen i Lerum var att efterfrågan på vård var större än det fanns personalresurser för. Köerna växte till läkarmottagningen. Telefonen blockerades. Men inte bara det. Folk tyckte att det var svårt att hitta rätt, nå fram, få tala med sjukvårdskunnig person, få hjälp. Många tyckte att väntetiden före ett besök var för lång. Ett vanligt system var att ha långa väntelister, där man av kontorist placerades sist i kön allt eftersom man kontaktat vårdenheten. Väntetiden i väntrummet upplevdes ofta alltför lång, inte minst då tidsbeställning inte införts. Att inte få träffa samma läkare som vid tidigare besök var irriterande, då man fick upprepa sin sjukdomshistoria gång på gång. Ytterligare ett missnöje var att upprepade gånger från telefonkontakten till på mottagningen (kassörskan, provtagningspersonalen, läkaren) få svara på frågan "Vad söker ni för?"

Befolkningen var allmänt missbelåten med servicen. Vårdcentralen tog då hjälp av Spri (Sjukvårdens och Socialvårdens rationaliserings institut) och tillsammans utvecklade man ett vårdplaneringssystem för att lösa problematiken.

År 1973 påbörjades i Lerum arbetet med att försöka hitta former för att närma sig primärvårdens mål. Det blev en "löpande vårdplaneringsmodell" som kom att spridas över hela Sverige. Kanske var det första gången man i ett vårdlag i landstinget arbetat mot gemensamma mål. Resultatet presenterades i Spirirapport 3/77 "Handbok för löpande vårdplanering vid vårdcentralen i Lerum".

Primärvårdens uppgift var att ta ansvar för hälsotillståndet hos betjäningensområdets befolkning och se till att de människor som kontaktar vårdcentralen fick den vård de behövde och som sjukvården kunde erbjuda. Detta liksom primärvårdens mål, tillgänglighet, kontinuitet och kvalitet, blev också vårdplaneringsprojektets mål.

Grundläggande för planeringssystemet var att de människor som kontaktar sjukvården skall erbjudas den vård de behöver och som sjukvården kan ge. Ingen skulle få avvisas utan någon form av hjälp. Många kunde få råd till egenvård redan per telefon om man hade en sjukvårdskunnig telefonmottagare. Andra behövde inte gå omvägen via besök hos läkare vid vårdcentralen utan kunde hänvisas direkt till länssjukvården. Detta förutsatte överenskommelser om hänvisningsrutiner mellan länssjukvård och primärvård. Åter andra kunde, om vårdcentralens resurser inte fanns för problemet i fråga, hänvisas till privatpraktiserande läkare. Allt detta innebar att:

- Det skulle vara lätt att komma fram per telefon och få tala med en sjukvårdskunnig person och att få hjälp. "Alla som sökte vård skulle i princip omedelbart kunna få kontakt med sjukvårdskunnig person och därigenom hjälp att ordna erforderliga kontakter". Detta innebar vårdansvar med hög tillgänglighet.
- Väntetiderna hemma för besök på enheten skulle vara acceptabla med hänsyn till problemets art. En patient som kan vänta någon dag skulle inte tvingas uppsöka en annan mottagning på grund av oro för problemet patienten skulle vanligen få träffa "rätt" läkare d, v. s. den som hon träffat förut eller den som är speciellt kompetent att ta hand om problemet.
- Patient/läkarkontinuitet.
- Väntetiden i väntrummet skulle vara kort och anpassa till vårdbehovet.
- Patienten skulle på alla sätt få god service.

Viktiga delar i planeringen var:

- Hur vårdcentralen mötte vårdsökande – patientmottagarfunktionen.
- Informations- och bokningssystemet.
- Ledningens planering för hur vårdcentralen med tillgängliga resurser skulle klara de besök man åtagit sig och hur den skulle möta nya vårdsökande.

De redskap man utvecklade för att nå målen var:

– Patientmottagarfunktionen

- Registret ”Kontaktsaker – åtgärder”, som angav vilken åtgärd som normalt bör väljas för olika orsaker/problem patienten uppger vid kontakten med vårdcentralen.
- En brådskegradsindelning beroende av problemets karaktär.
- Ett vård- och resursplaneringskoncept till ledningens hjälp att planera mottagningstiderna.
- En registrerings- och planeringsblankett (R/P-blankett) där all information samlades från patientens kontakt med patientmottagaren, genom mottagningsbesökets olika faser och till planeringen av nästa besök.

Befolkningsansvaret – Tillgängligheten

Som för provinsialläkaren var ansvaret för hälso- och sjukvården i distriktet en central uppgift för primärvården under 1970 och 1980-talen. Befolkningsansvaret som förutom sjukvård också innebar ett folkhälsoansvar, att förebygga sjukdomar i befolkningen. Tillgängligheten till primärvården var en nyckelfråga. Utan tillgänglighet kunde vårdcentralen inte ta sitt befolkningsansvar hur duktig man än var på att bota sjukdom.

Ett exempel som kan illustrerar detta:

En vårdcentral A botar kanske 50% av sina patienter medan vårdcentral B endast botar 25%. Å andra sidan har vårdcentral B ett effektivare vårdplaneringssystem där 60% av alla hälsoproblem i befolkningen tas emot. På vårdcentral A tar man endast emot 20% av befolkningen med hälsoproblem. Detta innebär att vårdcentral A botar 10% ($50\% \times 20\%$) av hälsoproblemen i befolkningen medan vårdcentral B botar 15% ($25\% \times 60\%$) i sitt upptagningsområde.

Telefontillgänglighet

”Telefontid” som var vanligt förekommande för att minska störningarna till mottagningarna. För mottagningen innebar annonserad telefontid att telefonlinjerna blockerades (skyddsmur mot befolkningen). Det fick inte förekomma. ”Telefontid” upplevdes oftast av patienten som lång väntan i telefonkö eller av ständig upptagetton.

För att i görligaste mån bidra till ökad telefontillgänglighet hade man fem ingående linjer (linjetagare) och alltid minst två personer varav en sjuksköterska som kunde svara på inkommande samtal. Om patienten behövde läkarkontakt per telefon var det läkarna som ringde upp på avtalade tider. Detta för att inte ge köer i telefonsystemet, vilket skulle minska tillgängligheten och ge sämre service till befolkningen.

Av samma anledning för att minska inkommande telefonsamtal beslutades återbesöken utan telefonkontakt. Man kallade återbesökspatienter per brev. Om återbesöket var inom ”planeringshorisonten” d. v. s. den tid då man kunde planera besöken på mottagningen då läkarnas tider var bokningsbara, fick patienten omgående sin återbesökstid. Man sände provsvar per brev enligt särskilt formulär.

Telefonbelastningen 1973 vid Brobackens läkarstation, före införande av Löpande vårdplanering, var 755 inkommande samtal per vecka. Efter införande i oktober 1976 var de inkommande samtalen 509 st. – en minskning med cirka 50 samtal per dag.

En undersökning en vecka 1977 över tillgängligheten per telefon visade att samtliga telefonlinjer var upptagna i genomsnitt 5 % av öppethållandetiden. Flest samtal fanns måndag förmiddag. En motsvarande studie i Borås samma vecka visade att 70% av samtalen inte omgående kunde komma i kontakt med mottagningen.

Akutansvar

De som är bosatta eller vistas i distriktet och är i behov av omedelbar vård åligger det distriktsläkaren att meddela enskild läkarvård.
eller

Alla som söker vård skall i princip omedelbart kunna få kontakt med sjukvårdskunnig person och därigenom hjälp att ordna erforderliga kontakter.

Patientmottagarfunktionen

Patientmottagaren, d.v.s. den som har första kontakten med patienten och patientproblemen, var en nyckelperson i vårdplaneringen och i möjligheten att leva upp till primärvårdsmålet – tillgänglighet till vården. Den vårdsökande skulle utan besvär och dröjsmål kunna få kontakt med sjukvårdskunnig person (sjuksköterska) under hela den tid mottagningen är öppen.

Patientmottagarens till uppgift är att göra en första bedömning av den vårdsökandes besvär/problem/symtom. Med ledning av detta, sin kunskap och det överenskomna åtgärdsregistret fatta beslut om handläggningen av patientens problem. Det kunde bli råd för egenvård, besök på mottagningen till sjuksköterska eller läkare med den brådskegrad åtgärden fordrade, överlåtelse av beslutet till läkare eller hänvisning till annan vårdinstans t.ex. sjukhusklinik. De flesta problemen löstes med enkel rådgivning eller besök hos sjuksköterska. Hänvisningsrutinerna var överenskomna med respektive klinik.

Ett exempel på överenskommelse med lasarettsmottagning:

”Fall” som kan hänvisas direkt till medicinklinik (enl. Boråskliniken)

- Som regel alla ”ambulansfall” – medicinska katastroftillbud som lungödem, drunkning, akut medvetanderubbning – om inte transporten är för lång.
- Rejäl blödning från mag-tarmkanalen (ev. till kirurgklinik.).
- Blodhostning (ev. lungklinik).
- Akut påkommen svårare bröstsmärta.
- Akut påkommen svårare andfåddhet.
- Plötsligt debuterande förlamning.
- Epileptiskt anfall.
- Förgiftning.
- Patient som regelbundet kontrolleras eller utreds vid med. mott. Och som akut försämrats och bedöms behöva läkarkontakt.

Utbildning av patientmottagare med underlagsmaterial i form av ”Instruktionspärm för sjuksköterska med rådgivnings- och hänvisningsfunktion” togs fram. Eftersom flera sjukvårdshuvudmän satsade på jourcentraler och ”sjukvårdsupplysning” med sjuksköterska som första kontaktperson i vården kom Socialstyrelsen med anvisningar för denna funktion. Anvisningarna reglerade sjuksköterskans ansvarsområde och kontakten med läkare.

Registret ”Kontaktorsaker – åtgärder”

Kontaktorsaks-/åtgärdsregistret, KÅR var ett vårdcentralens vårdprogram som angav ambitionsnivån med kontrakt för olika åtgärder. Det skulle också ge ett rättvist omhändertagande inom upptagningsområdet. Det gav underlag för fortlöpande diskussioner om vårdpolicyn på enheten, resursutnyttjandet och handläggningen av patientproblemen. Dessutom blev det underlag för diskussioner med länssjukvården om hänvisningsrutiner för att ge ett effektivare resursutnyttjande.

Sammanfattningsvis var KÅR

- Ett vårdprogram
- Ett prioriteringsinstrument (vad vårdcentralen klarade av medicinskt och resursmässigt)
- Ett kommunikationsmedel (primärvård – länssjukvård)
- Ett utbildningsinstrument

Exempel på Kontaktorsaks-/åtgärdsregistret (KÅR) visas under rubriken DIAGRAM/Vårdplaneringssystemet.

KÅR hade en kapitelindelning som följde dåvarande diagnosklassificering enl. ICD 9:

- Infektionssjukdomar
- Ämnesomsättningssjukdomar
- Sjukdom i blod och blodbildande organ
- Psykiska sjukdomar
- Sjukdomar i nervsystemet
- Ögonsjukdomar
- Öron-, näs- och halssjukdomar
- Etc.

KÅR hade fem kolumner per A-4 sida. Från vänster till höger:

KONTAKTORSK ÅTGÄRD BRÅDSKEGRAD LÄKARTID PROVER M.M.

Utformningen var bra som underlag för utbildning och kontakten med länssjukvården men sämre ur söksynpunkt för patientmottagaren. KÅR spreds också i länssjukvården och användes i modifierad form vid många öppenvårdsmottagningar för deras primärkontakter med allmänheten.

Kontaktorsaker

Kontaktorsakerna som listas i KÅR var en blandning av symtom och diagnoser som man av erfarenhet visste patienten sökte för i primärvården. Kontaktorsakerna kunde variera beroende på var och av vilka mottagningar de utformades för. Under början av 1980-talet systematiserades de av Britt-Gerd Malmberg och Bengt Dahlin i en symtomklassifikation "Kontaktorsaker – ett förslag till klassifikationssystem i primärvården", Spri 1983

Brådskegradsindelningen

Före införandet av vårdplaneringssystemet fick patienterna tid i den ordning de ringde och beställde tid för läkarbesök. Väntetiden blev oftast en månad och mer för "icke akuta fall". De som inte ansåg sig kunna vänta kom på akutmottagningen, någon läkare hade sådan varje dag. "Akutfallen" ökade ständigt med långa väntetider i väntrummet som följd av den oplanerade verksamheten. Det saknades då också tider för återbesök efter akutbesöken.

Det blev mer eller mindre kaos med

- dålig patient/läkarkontinuitet
- lång väntan i väntrum
- kort tid för patienten hos läkaren
- irritation mellan patient/vårdteam och inom vårdteamet.

Vår lösning blev att dela upp de väntande i olika grader av brådska och alltid försöka ha tillräcklig tid avsatt för patienter som behövde komma

- inom 1 – 2 dagar (brådskegrad 1 - röda tider i bokningsschemat)
- inom en vecka (brådskegrad 2 – blå tider i bokningsschemat)
- inom en månad (brådskegrad 3 – gröna tider i bokningsschemat.

Oprioriterade besök och återbesök längre bort än fyra veckor (planeringshorisonten) gavs brådskegrad 4 – gula tider.

På mottagningen kom patienterna in till läkaren efter bokningstiderna. Akutfallen kunde få vänta längre i väntrummet för information om detta sattes följande affisch upp.

Patientbesöken registrerades i tidsschema som fördes veckovis med en "planeringshorisont" på fyra till åtta veckor. Under planeringshorisonten var läkarnas tidschemata spikade och det fick mycket till för att ändra deras engagemang.

Tid för läkarkontakten

Läkartiden var "vår dyraste resurs". Policyn var att patienten i princip inte själv skulle bestämma om användningen av läkartiden. "Tidsbeställning" fick inte förekomma. Varje kontakt skulle bedömas medicinskt och övervägande skulle göras angående: egenvård/rådgivning; hänvisning; tid till den egna läkaren. När och hur.

Den vanliga tiden för ett beslutat läkarbesök inklusive journaldiktering var 20 minuter, två moduler i tidboken. En modul kunde användas vid besök där läkaren fick hjälp av sjuksköterska och undersökning och receptskrivning gick fort, exempel öroninflammation. Besökstiden fick också anpassas till läkarnas arbetssätt. Vid ett återbesök bestämde läkaren själv tiden. Efterhand kom besökstiden att öka. 30 minuter blev allt vanligare för ett patient/läkarmöte. I och med att kraven på journalföringen ökade behövdes också längre tid för att avsluta besöket.

Registrerings- och planeringsblankett (R/P-blankett)

Alla kontakter med en patient såväl primära kontakter som och återbesök registrerades på en

särskild blankett kallad Registrering/Planering (R/P). Blanketten kom att bli en nyckelfunktion i vårdplaneringssystemet. Den följde patientkontakten i alla dess skeden och gjorde att viktig information om patient, kontaktorsak och provtagningar alltid fanns till hands oavsett vem som kopplades in på patientproblemet på mottagningen och i telefonen.

Bevaknings- och kallelserutiner

R/P-blanketten möjliggjorde bevakning av beslutade återbesök och var en del i kallelsesystemet.

Ledningsfunktionen – Vård- och resursplanering

Blanketter för ledningsfunktionen visas under rubriken DIAGRAM/Vårdplaneringssystemet.

För att uppfylla målen i verksamheten var man tvungen att ha en väl fungerande vårdcentralledning och acceptans från personalen. Uppgifterna som ledningen hade:

- Lösning av problem vid primära kontakter (ex. patient som hänvisats till annan vårdenhet tas ej emot där).
- Omfördelning av patientflödet mellan läkarstationen och övriga vårdenheter samt förändring av den medicinska policyn.
- Omfördelning inom respektive läkares mottagningstider, telefontider.
- Omfördelning av patientflödet mellan läkarna (ex. kapaciteten för akutfall som kan ändras i influensatider, kontinuitetsaspekter m.m.).
- Förändring av bokiningsförutsättningar.
- Anpassning av arbetsfördelningen inom läkarstationen (råder det balans mellan det arbete en läkare tilldelats och vad han/hon kan åta sig och hinna med? Avväga arbetsfördelning mellan läkarna).
- Aktualisering av överenskomna instruktioner.
- Information till allmänheten.

Erfarenheter efter några års användning av vårdplaneringssystemet blev t.ex. att:

- Läkare som verkat länge i distriktet blev överbelastade med återbesök. Återbesökstiderna för läkarna blev för många så att det saknades utrymme för akuttider och nya patienter. Man kom fram till att man måste sätta ett tak för återbesökskrävande patienter om läkarna skulle få möjlighet att vara tillgängliga för akutfall och korta återbesökstider (röda, blå och gröna tider).
- Det fordrades att man var lojal mot varandra och systemet.
- Samtliga läkare måste vara involverade i ledningsfunktionen och därigenom få förståelse för de problem som kunde uppstå.
- Läkarna kände sig ”styrda” av systemet och av sjuksköterskorna som var ansvariga för att systemet skulle fungera.
- Sjuksköterskorna kände att de fick ta stort ansvar (ibland alltför stort) och inte alltid fick uppbackning/förståelse av läkarna