

# KVALITETSBRISTER I VÅRDEN AV ASTMATIKER

**Genom att kartlägga vårdkedjan för en patientgrupp tydliggörs de kvalitets- och effektivitetsbrister som finns. Mycket talar för att dessa brister går att påverka inom befintlig organisation och med befintliga resurser, t ex genom ökad samverkan mellan de olika vårdkedjelänkarna och genom ökat tillvaratagande av patientupplevelser.**

På grund av den kärvare ekonomiska situationen för den svenska sjukvården finns intresse av att se på vården ur ett vårdkedjeperspektiv. Strävan är att anlägga en processsyn och se på hela vårdkedjan med förebyggande åtgärder, akutsjukvård och rehabilitering. Ett bra helhetsresultat kräver en ökad samverkan mellan och inom de olika vårdnivåerna, primärvård och slutenvård. Härigenom torde kostnaderna minska i vissa av vårdkedjans led, öka i några, men totalt sett ge en besparing.

I Östergötland hade representanter från primärvård och slutenvård för avsikt att titta närmare på hur samarbetet kring en patientgrupp fungerade med inriktning på den »yttre vårdkedjan», dvs mellan olika vårdnivåer. Intentionen var också att kartlägga hur det lokala vårdprogrammet för denna patientgrupp efterlevdes. Patienter med astma bedömdes vara en lämplig diagnosgrupp att följa, eftersom patientgruppen är relativt lätt att identifiera samt förekommer i alla åldrar och eftersom vissa av patienterna vårdas omväxlande i sjukhusets öppna och slutna vård samt i primärvården. Problematiken vid övergång från barn- till vuxensjukvård är också intressant att belysa.

Astma är en folksjukdom med ökande prevalens [1-3]. Majoriteten av dessa patienter bör skötas inom primärvården. Omhändertagandet inom primärvård i Östergötland visade sig i en studie vara bristfälligt, varför ett vårdprogram ansågs nödvändigt för att förbättra diagnostik och behandling [4].

Vårdprogrammet (från 1988, reviderat 1991) för vuxna astmatiker rekommenderar att följande parametrar skall

ingå i astmatikerns utredning och behandling: PEF-mätning (peak expiratory flow), PEF-dagbok, spirometri, reversibilitetstest [5]. Hur väl dessa parametrar följs har kartlagts i denna undersökning.

Syftet med undersökningen har varit

- att beskriva flödet i den yttre vårdkedjan, dvs mellan olika vårdnivåer
- att undersöka följsamheten inom professionen till det lokala vårdprogrammet för astmatiker
- att identifiera och se på möjligheterna att förebygga samt undanröja kvalitets- och effektivitetsbrister i vårdkedjan.

## MATERIAL OCH METOD

Från sju olika enheter granskades 10–15 slumpmässigt utvalda patientjournaler med diagnosen astma (diagnoskod 493), totalt 86. Av dessa valdes senare 30 patienter ut för djupintervju (se Tabell I).

Valet av vårdcentraler, vars patientströmmar och vårdkedjor skulle bedömas, baserades på geografiska utgångspunkter: en av vårdcentralerna ligger nära Universitetssjukhuset, Linköping, en ligger i direkt anslutning till lasarettet i Motala (länsdelssjukhus), en är glesbygdsvårdcentral.

## Granskning av slumpmässigt valda journaler

Totalt har 86 journaler valts slumpmässigt ur den patientgrupp som sökt för sin astmasjukdom under perioden 1

## Författare

MALOU LINDBERG

distrikts- och forskningssköterska, Primärvårdens forsknings- och utvecklingsenhet i Östergötland, Vårdcentralen, Mjölby

TOMMY EKSTRÖM

chefsöverläkare, dr med, lungmedicinska kliniken, Universitetssjukhuset, Linköping

LARS SVENSSON

utredare, Spri, Stockholm

MARGARETA MÖLLER

FoU-chef, dr med, Primärvårdens forsknings- och utvecklingsenhet i Östergötland, Vårdcentralen, Mjölby.

september 1992 till och med 31 augusti 1994 i åldersgruppen sexton år och uppåt.

De 30 patienter som djupintervjuats har valts ur de patientjournaler som granskats. Två tredjedelar valdes ut för att man kunde ana omfattande och intressanta vårdkedjor. En tredjedel valdes ut där man kunde förvänta sig se övergången från barn- till vuxensjukvård. Även en »peer review» (extern granskning där kolleger granskar varandras arbete) är utförd på dessa patienters journaler.

Vid granskningen av journalerna under den senaste tvåårsperioden användes ett journalgranskningsformulär,

**Tabell I.** Vårdenheter som ingår i studien, antal granskade journaler samt antal djupintervjuer per vårdenhet.

Vårdenhet	Antal granskade journaler	Antal djupintervjuer
Vårdcentral A	15	5
Vårdcentral B	15	5
Vårdcentral C	15	6
Lasarettet i Motala		
Akutmottagningen	10	3
Medicinska kliniken	10	3
Universitetssjukhuset, Linköping		
Akutmottagningen	10	4
Lungmedicinska mottagningen	11	4
Summa	86	30

som efterfrågade uppgifter såsom PEF-mätning vid läkarbesök, besöksfrekvens, erhållen slutenvård och eventuell överrapportering mellan vårdenheter. Uppgifter om PEF-dagbok i hemmet, spirometri, reversibilitetstest granskades i hela journalen.

### Djupintervju kompletterade journalinformation

Ett djupintervjuformulär konstruerades med syfte att ge en bild av hur patienterna upplever samarbetet inom sjukvården. Dessutom syftade intervjun till att komplettera den information om patientens vårdkedja under den senaste tvåårsperioden som framkommit vid journalgranskningen.

Ett informationsbrev skickades i god tid till berörda patienter. Därefter kontaktades patienterna per telefon. Intervjuerna utfördes i patientens hem eller i avskildhet på vårdenhet. Varje intervju avslutades med kontroll av att svaren blivit korrekt uppfattade.

»Peer review» utfördes för att kartlägga om patienterna befann sig på rätt vårdnivå.

### RESULTAT

PEF-kurvor hade följts i 13 av 86 fall, spirometri var gjord på 34 patienter och reversibilitetstest i 26 fall, dessa uppgifter hämtades från journalanteckningar även före den aktuella granskningsperioden.

Under senaste tvåårsperioden hade PEF-värde mätts vid varje läkarbesök på 33 av patienterna, och i 20 fall fanns inget PEF-värde noterat. Journalgranskningen visade att åtta patienter inte hade genomgått någon av ovan nämnda fyra undersökningar samt att en patient hade genomgått samtliga fyra undersökningar. Enligt journalerna medicinerade 84 av de 86 patienterna regelbundet för sin astma (dvs dagligt intag av astmamedicin).

Patienterna hade under tvåårsperioden avlagt sammanlagt 250 läkarbesök vid de deltagande enheterna. Av besöken var 163 akuta och 87 planerade besök/kontroller.

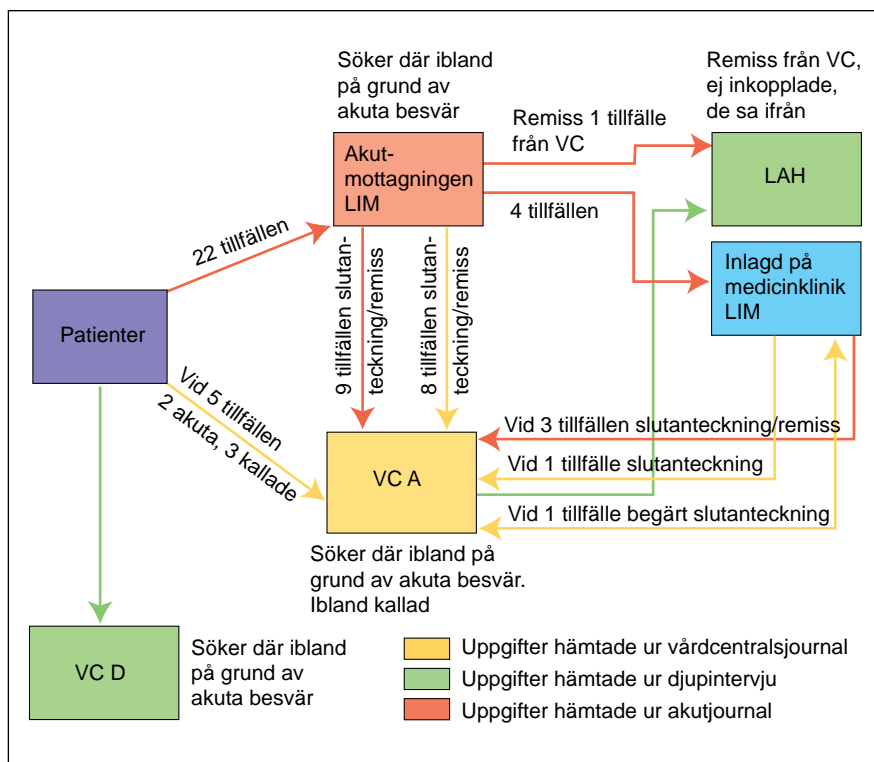
25 patienter hade under samma tid vårdats i slutenvård för sina astmabesvär vid sammanlagt 53 tillfällen. Vid 25 av dessa tillfällen skickades skriftligt meddelande till patientens »hemmavårdcentral».

11 patienter hade konsulterat en arbetsterapeut eller annan personal om bostadssanering.

6 patienter hade konsulterat sjukgymnast avseende andningsteknik.

Nästan hälften av de tillfrågade (16 av 30) uppgav att de medicinerade regelbundet för sin astma.

14 av 30 upplevde att det inte fanns



**Figur 1.** Vårdkedja för en patient senaste två åren. VC = vårdcentral, LIM = lasarettet i Motala, LAH = Lasarettanslutna hemsjukvården.

någon huvudansvarig i vården för deras sjukdom.

20 av 30 patienter hade en känsla av att den ordinarie vårdinrättningen inte fick information från andra vårdenheter om man hade sökt där för sina besvär.

Av de sju patienter som uppgav att de tidigare hade vårdats inom barnsjukvården ansåg fem att det aldrig skett någon överremittering från barn- till vuxensjukvård. En av patienterna upplevde övergången från barn- till vuxensjukvård negativt, en upplevde den positivt.

### Osammanhängande länkar i vårdkedjan

Det framkom att alla patienter representerade »egna vårdkedjor», dvs det fanns ingen given vårdkedja. Brister i kommunikation mellan vårdenheterna tydliggjordes. Vårdkedjan framstod ofta som ett antal osammanhängande länkar. Övergången från barn- till vuxensjukvård visade sig ofta bristfällig, det saknades någon som kände ansvar för den enskilda patienten.

Av vårdcentralens journal framgick att patienten, vars vårdkedja skildras i Figur 1, under tvåårsperioden hade besökt vårdcentral A vid fem tillfällen (två akuta, tre planerade), hade besökt akutmottagningen vid lasarettet i Motala vid åtta tillfällen och hade varit inlagd på medicinska kliniken vid lasarettet i Motala vid två tillfällen.

Av akutjournalen på lasarettet i Mo-

tala framgick att patienten under samma period vid 22 tillfällen besökt akutmottagningen och vid fyra av dessa blivit inlagd på medicinkliniken.

Det framgick vidare att akutmottagningen hade skickat slutanteckning/remiss till vårdcentral A vid nio tillfällen och att medicinkliniken skickat slutanteckning/remiss till vårdcentral A vid tre tillfällen. I akutmottagningens journal framgick att Lasarettanslutna hemsjukvården (LAH) var aktuell att kopplas in i via kontakt som patientens vårdcentral skulle ombesörja.

Av djupintervjun framgick att patienten under denna period även sökt vid vårdcentral D på grund av akuta besvär. Vid förfrågan uppgav patienten vidare att hon fått besked från vårdcentral A att LAH inte hade möjlighet att hjälpa till. Efter det att vårdcentralen blev uppmärksam på ifrågasvarande patients vårdkonsumtion med hembesök av distriktssköterskan som följd hade under följande sex månader endast ett akutbesök avlagts för astmabesvär. Bl a var bristande följsamhet till medicinering orsak till de frekventa akutbesöken.

Av »peer review»-granskningen framgick att flertalet patienter togs om hand på rätt vårdnivå alternativt fick remiss till högre vårdnivå. I tre fall fick patienterna vänta för länge (med flera akutbesök som följd) innan remiss utfärdades.

### DISKUSSION

På olika håll i landet har man gjort försök att beskriva patienters »yttre»

(mellan olika vårdnivåer) samt »inre» (inom en vårdenhet) vårdkedja. I de flesta fall har man beskrivit ett flöde utifrån traditionell vårdgivarinformation som går att hämta ur journaler och patientadministrativa register.

### **Patienten en viktig informationskälla**

Denna studie visar på värdet av den information som patienterna innehar, inte minst då det gäller vårdkedjan. Bortser vi från detta beskriver vi inte verkligheten. Denna kunskap bör vara värdefull att ta hänsyn till i framtida vårdkedjestudier. Studien visar hur viktigt det är att ha en helhetssyn i vården för att kunna hitta en bättre samordning mellan primärvård och slutenvård.

Skall man kunna planera sjukvården utifrån ett vårdkedjeperspektiv måste vi skaffa oss en »sann» bild av hur vårdkedjan ser ut. Detta för att kunna styra flödet i önskad riktning. Kombinationen av journalstudier och djupintervjuer gör det möjligt att identifiera kvalitetsbrister i vården.

Två tredjedelar av dem som djupintervjuades valdes ut för att man i dessa fall kunde ana omfattande och intressanta vårdkedjor. Dessa fall är inte representativa för en genomsnittlig population på en vårdcentral då de representerar en »tyngre» patientgrupp med mera svårbehandlad astmasjukdom. Dessa patienters journaler har även korsvis granskats av berörda enheters läkare. Detta i syfte att se om vårdnivån var den rätta enligt gällande definition i vårdprogrammet. »Peer review»-granskningen fann inte att vårdnivån var felaktig.

### **Brister i rapportering mellan vårdenheter**

Den vårdkedja som presenteras i denna artikel pekar på behovet av en bra kommunikation mellan olika vårdenheter. Enligt vårdcentralens journal har det vid endast åtta tillfällen av 22 akuta besök enligt akutmottagningsjournal skickats någon form av meddelande till vårdcentralen. Fyra av dessa 22 akuta besök resulterade i inläggning på medicinklinik, vid ett av inläggningstillfällena skickades meddelande till vårdcentral och vid ett begärdes slutanteckning. Av 53 inläggningstillfällen skickades vid knappt hälften något meddelande vidare till patientens vårdcentral, vilket är otillfredsställande. Bristen på kommunikation och helhetsansvar är tydlig. Detta faktum styrks av att hälften av de tillfrågade upplever att det inte finns någon huvudansvarig i vården för deras sjukdom. 20 av 30 patienter har en känsla av att den ordinarie vårdinrättningen inte får information från andra vårdenheter om man sökt där för sina besvär.

Även vad gällde övergången från barn- till vuxensjukvård framkom brister i överrapportering. Materialet kan synas litet (sju patienter), men det måste anses förvånansvärt att fem av dessa uppger att de inte upplevt att någon överremittering skett.

### **Dålig följsamhet med given ordination**

Uppgifterna i journalerna om ordinerad medicinering är missvisande vad gäller patienternas faktiska medicinering, detta framkommer i djupintervjuerna. Många astmatiker följer inte given ordination. Under senare år har det uppmärksamats att dålig följsamhet inte enbart är en fråga om att förstå informationen eller instruktionen, det är även patientens egna värderingar och medvetna överväganden som styr följsamheten.

Vill vi påverka patientens värderingar och medvetna överväganden måste vi utgå från patientens perspektiv. Mediciner är inget människor är likgiltiga inför, många patienter associerar till biverkningar när de får frågan vilken effekt ett läkemedel har [6, 7]. Över hälften av de intervjuade har haft funderingar över hur medicinerna, främst kortison, kan påverka dem i framtiden. Rädsla för biverkningar samt ett psykologiskt motstånd mot att vara beroende av ofta livslång medicinering bidrar till dålig ordinationsföljsamhet. I vårt möte med patienterna är det viktigt att tänka på att utveckla en förmåga att »känna av» och »lyssna in » varje enskild patients förhållande till sin sjukdom samt medicinering. När vi har denna kunskap kan vi individuellt anpassa varje patients utbildningsbehov.

### **Vårdprogram utan genomslagskraft**

Inom vården skrivs vårdprogram för kroniska sjukdomar [5], ofta lokala sådana som har sitt stöd i konsensusrapporter för olika sjukdomstillstånd. Följsamheten inom professionen till vårdprogrammet för astmatiker i E-län bör kunna förbättras. Lungfunktionsmätningar saknas i alltför många fall, möjligen kan man ha »glömt bort» att föra in dessa uppgifter i journalerna. Att vårdprogrammet inte har fått större genomslagskraft kan även bero på bristfälliga utbildningsinsatser och dålig uppföljning från de programansvarigas sida.

En utvärdering som gjorts av ett vårdprogram för diabetes visar dock att utbildning endast påverkat utformningen av diabetesvården vid ett fåtal av de studerade vårdcentralerna. Inte ens på vårdcentraler med specialutbildade sjuksköterskor hade man kommit igång med att organisera diabetesvården i en-

lighet med programmet. Det framkom även att genomförandet av vårdprogrammet hade bromsats av orsaker som hängde ihop med arbetsklimatet, den interna kommunikationen och personalens förtroende för ledningen [8].

### **SAMMANFATTNING**

Sammanfattningsvis kan man anta att det finns mycket mera att göra innan det är möjligt att få ett samlat grepp om hur vårdkedjorna ser ut för olika patientgrupper. Förmodligen kommer datoriseringen inom sjukvården i framtiden att förenkla genomförandet av vårdkedjestudier på ett strukturerat sätt, men vi får inte tappa bort patientens egen information som en källa till kunskap [9].

### **Referenser**

1. Kiviloog J, Imell L, Eklund G. The prevalence of bronchial asthma and non-smokers in a representative Swedish population. *Scandinavian Journal of Respiratory Diseases* (Copenhagen) 1974; 55: 262-76.
2. Lundbäck B. Asthma, chronic bronchitis and respiratory symptoms: prevalence and important determinants. The obstructive lung disease in northern Sweden study I [dissertation]. Akademisk avhandling. Umeå: Umeå Universitet, 1993.
3. Larsson L. Incidence and prevalence of asthma – Relation to differences in utilisation of asthma drugs between neighbouring Swedish provinces [dissertation]. Umeå: Umeå Universitet, 1995.
4. Dahlberg U, Brundin A, Ekström T, Nyström-Kronander U. Säkrare diagnos och bättre sjukdomskontroll med vårdprogram för astmatiker och kroniskt lungsjuka. *Läkartidningen* 1992; 89: 2579-81.
5. Dahlberg U, Nyström-Kronander U. Astma och kronisk obstruktiv lungsjukdom. Vårdprogram i Östergötland. Lund: Draco 1991; Pro Medico 1991; nr 7.
6. Lisper B. Astma på apoteken. *Svensk Farmaceutisk Tidskrift* 1994; 98: 25-30.
7. Fallsberg M. Mediciner – Bot eller Hot? Bilder ur kroniskt sjuka människors tankevärld. *Allmänmedicin* 1992; 13: 118-22.
8. Rosenqvist U. Vad är effektiv utvärdering? *Socialmedicinsk tidskrift* 1984; nr 5-6: 234-7.
9. Hur upplever patienten vården? Djupintervjuer och vårdkedjestudier vid astma. Stockholm: Spri, Spri-rapport 411, 1995.