



Rätt använd kompetens ger effektivare vård vid MS

MS-teamet på Norrlands universitetssjukhus jobbar med hundra procent patientfokus och låter det vara styrande för hur de organiserar sin verksamhet. Det har medfört att de lättare kunnat se alternativa lösningar på gamla problem, lösningar som gör att de kan erbjuda bättre vårdkvalitet till patienterna utan att mer resurser tillskjuts. Här presenterar överläkaren och den medicinskt ansvariga för neuroimmunologiska sjukdomar **Anders Svenningsson** och MS-sjuksköterskan **Carina Olofsson**, Neurologiska kliniken, Norrlands universitetssjukhus, Umeå hur de tänker och arbetar.

Att leverera sjukvård av högsta kvalitet är en utmaning på många plan. Det räcker inte med att inneha hög medicinsk och paramedicinsk kompetens. Vårdinsatserna skall också organiseras effektivt och är ofta beroende av andra kliniker innan den når patienten i form av hög tillgänglighet och effektiv behandling mot sin sjukdom.

Det hela försvåras även av att sjukvårdsorganisationen ofta bygger på ett föråldrat tänkande om vem som måste göra vissa arbetsuppgifter och ibland finns dessutom inslag av revertänkande mellan olika specialiteter som försvårar effektiva samarbetsformer.

Omhändertagande av personer med MS (multipel skleros) kan indelas i flera faser som alla har sina speciella utmaningar när det gäller att åstadkomma effektiv och högklassig vård. Det är inte alltid säkert att sjukvårdens grundläggande organisation är optimal för alla dessa situationer.

För att kunna möta patienternas behov på ett så bra sätt som möjligt har vi jobbat med tre strategier, vilka inte med automatik är inbyggda i sjukvårdsorganisationen av i dag. I samtliga fall innebär våra lösningar tydligt ökade befogenheter för våra MS-sjuksköterskor.



De tre strategierna är:

1. Nära samarbete mellan MS-teamet och neuroradiologin.
2. Delegering av traditionella läkaruppgifter till MS-sjuksköterskorna.
3. Inrättande av en sköterskemottagning som tar vart annat återbesök.

DET NÄRA SAMARBETET

Utvecklingen inom både utredning och uppföljning av MS har inneburit att MR-undersökningar har blivit ett mer och mer nödvändigt verktyg för att klinikerna både skall ställa säker diagnos, välja lämplig behandling och sedan följa upp denna. I alla dessa situationer är det viktigt att undersökningar blir gjorda antingen snabbt vid utredning och i övrigt enligt speciella vårdprogram. Vi ser därför neuroradiologen som en lika viktig del i teamet som övriga kliniska medspelare och samtliga beslut om MR-uppföljning diskuteras och förankras hos neuroradiologerna.

På det viset har vi kommit fram till följande överenskommelser:

- Remiss med MS-frågeställning från en av läkarna i MS-teamet genomförs inom tio arbetsdagar.
- Årliga MR-kontroller görs rutinmässigt som behandlingsuppföljning och behöver därför inte motiveras med långa remisstexter.
- Remisser för de rutinmässiga kontrollerna kan skrivas av MS-sjuksköterska med standardiserad remisstext. Undersökningen bokas den månad som önskas på remissen.
- Tätare MR-kontroller görs regelmässigt första året efter diagnos och i utvalda fall, och har då samma höga prioritet.
- MS-teamet förfogar över tre fasta MR-tider per vecka för att kunna ge patienter tid direkt när han/hon är på neurologmottagningen. Detta används då man önskar särskilt snabb tid alternativt vid samordning med behandlingar, lumbalpunktion med mera. MS-sjuksköterskan bokar dessa tider direkt med sekreterare på MR-enheten.

Ett exempel på hur man kan förenkla de "normala" arbetssätten ser ni i figur 1. Det är lätt att se att det är bra mycket färre steg att genomföra i den nedre skissen, så som det blir då MS-sjuksköterskan själv bokar en fast tid. För de allra flesta MR-undersökningar vi gör involveras inte neuroradiologen förrän bilderna är klara för bedömning och den ansvariga neurologen har vanligtvis svaret på plats till återbesöket utan att ha behövt fundera på när undersökningen skall göras eller ens skriva remissen. Allt det arbetet ligger nu inbakat i behandlingsplanen och sköts självständigt av MS-sjuksköterskan. Denna ändring har gjort att vi får snabbare utredning samt löpande även de uppföljande MR-kontrollerna då vi behöver dem.

"Låt inte systemet styra hur arbetet skall se ut utan anpassa systemet efter de behov som finns, och då är det patientens behov vi talar om!"

DELEGERING TILL SJUKSKÖTERSKORNA

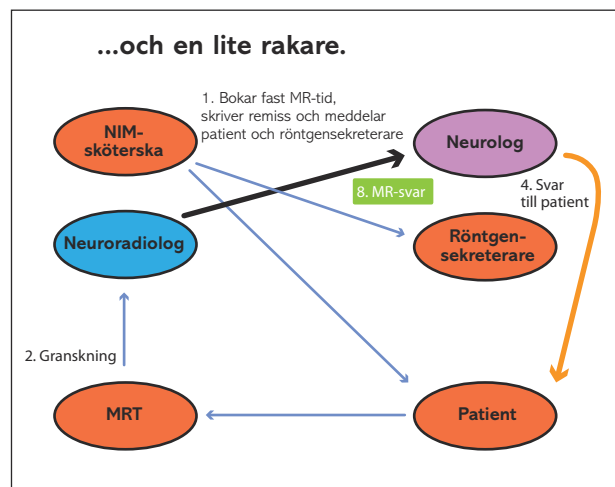
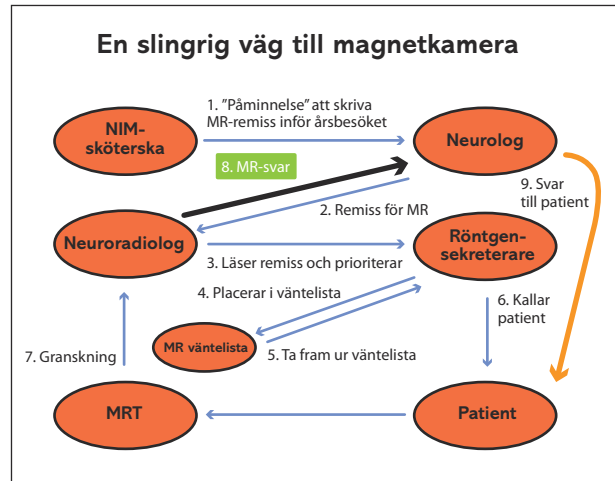
Svensk sjukvårdstradition påbjuder att läkare skall skriva alla remisser och alla intyg, oavsett om det behövs eller ens görs bäst av läkaren. I och med att vi införde en självständig sköterskemottagning blev det genast uppenbart att en del remiss- och intygsskrivande gjordes väldigt ineffektivt om det skulle passera en läkare. Sköterskebesöken (som beskrivs närmare nedan) innehåller bland annat en omfattande inventering av vanliga MS-symtom och behov av insatser från paramedicinsk personal eller rehabiliteringsklinik.

Ett vanligt resultat av ett sköterskebesök kunde därför vara behov av remiss till uroterapeut och till rehabilitering. Vi beslutade därför att delegera skrivandet av ett antal remisser som berör framför allt MS-relaterade symtom där vi har väl utarbetade kontakter med mottagande klinik. Det är uppenbart att handläggningen blir smidigare om vi skippar det som systemet tidigare förväntar sig av oss, nämligen att sköterskan som har alla uppgifter från patienten skall säga till läkaren att det behövs en remiss.

Vi upprättade också ett antal mallar för vanliga intyg som patienter på behandling ofta efterfrågar, som sedan av sköterskan kan kopieras in i brevmall för respektive patient. Ofta måste dock läkaren skriva under intyget till slut men då är ju redan allt jobb gjort.

TÄTARE ÅTERBESÖK

Som på de flesta neurologkliniker i Sverige jobbar vi ständigt med att hinna med regelbundna återbesök för personer med



Figur 1. Förklaring: NIM-sköterska = Neuroimmunologisk mottagningssköterska.

kroniska neurologiska sjukdomar. När Tysabri introducerades på marknaden 2006 beslutade Svenska MS-sällskapet att införa en gemensam uppföljningsmall för de som stod på detta läkemedel vilket bland annat innefattade återbesök hos neurolog var sjätte månad.

Denna grupp var initialt ganska liten men i takt med att det kommit ytterligare ett antal MS-läkemedel som förväntats följas på samma vis ökade snabbt volymen av återbesök för denna patientgrupp. Vi ställde oss också frågan varför det skulle erbjudas tätare kontroller för vissa patienter med en viss behandling men inte till andra.

Framförallt ville vi undvika att den fortfarande stora grupp patienter med progressiv MS, som vanligen inte har någon immunologisk behandling alls, skulle komma i kläm och kanske inte ens kallas årligen. Svenska MS-sällskapet har dessutom tagit fram riktlinjer för vad som ingår i en kvalitetssäkrad MS-vård och där ingår bland annat att minst 75 procent av alla patienter med MS skall ha en årlig kontakt med sin neurologklinik för inventering av behov och uppföljning av insatta läkemedel.

VARANNAN SKÖTERS KORNAS

Vi beslutade därför att börja jobba med ett återbesökssystem som kort och gott skulle kunna kallas ”varannan sköterskornas” och innebar att det under ett år gjordes ett sköterskebesök och ett läkarbesök med sex månaders intervall. För att snabbt få ett bra fokus för sköterskebesöket valde vi att arbeta utifrån en skala som inventerar vanliga symtom vid MS och som utgår från en tidigare publicerad skala som heter Guy’s Neurological Disability Scale (GNDS)¹.

Då vi upplevde att den publicerade versionen var väldigt omständlig att arbeta med gjorde vi en förenklad variant som vi kallade ”modifierad Guy’s skala”, förkortad mGuys. Denna finns nu integrerad i Svenska MS-registret där patienten själv kan fylla i den elektroniskt, till exempel via en surfplatta på mottagningen. Skalan innehåller frågor kring bland annat neuropsykologiska problem som trötthet, depression och kognitiva besvär liksom frågor rörande problem med urinblåsa, tarm och sexuella funktioner.

Vid varje fråga finns dessutom en kryssruta där patienten kan ange om han/hon vill diskutera detta problem i mera detalj. På det viset får sköterskan en väldigt bra helhetsbild av varje patients problem och kan diskutera olika åtgärder mot dessa.

I de allra flesta fall kan hon själv genomföra dessa åtgärder via remisser och intyg som hon har på delegation men i vissa fall behövs naturligtvis läkarinsatser som till exempel vid behov av recept. Dock handlar det ofta mer eller mindre om ”beställningar”, som till exempel ”mycket besvär av trötthet, vill prova Modiodal”. Mina insatser som läkare blir alltså vanligen minimala i samband med sköterskebesöken.

ENKLA ÅTGÄRDER OCH SUNT FÖRNUFT

Vi har med ovan beskrivna arbetssätt kommit en bit på vägen till att göra sjukvården lite mer effektiv och lite mer till för patienten och lite mindre för systemet. I slutändan handlar det om att fokusera på vad patienten behöver och sedan hitta de lösningar som krävs med så lite onödigt arbete som möjligt. Figur 2 visar en standardmässig årscykel för personer med MS som står på immunologisk behandling.

Med modern MS-behandling uppstår det väldigt sällan problem relaterat till sjukdomsaktivitet. Skov som kräver in-

satser från sjukvården, i form av inläggning på sjukhus eller Solu-Medrol-dropp, är oerhört ovanligt bland våra patienter. Då återstår i princip att ha koll på den inflammatoriska aktiviteten via MR och det kan som ni sett ovan göras med väldigt lite administrativa insatser från läkarsidan.

I övrigt handlar det om att analysera och behandla MS-relaterade symtom vilket passar alldeles utmärkt att göras av en erfaren MS-sköterska med support från läkaren i teamet utifrån behov.

Sammantaget så kan jag med vårt sätt att jobba till fullo koncentrera mig på att genomföra medicinska bedömningar tillsammans med patienten under årsbesöket, då jag också har alla data färdiga utan att det kostar mig något administrativt arbete alls. Det är väl känt att läkarinsatser utgör flaskhalsarna inom vården i dag och att en orsak till detta är en växande administrativ börda för läkarkåren.

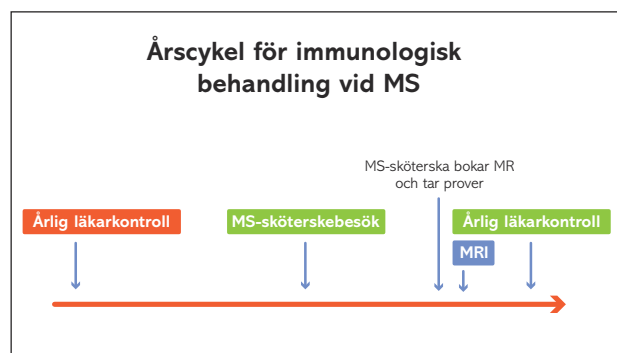
Vi har inte råd att inte utnyttja den kompetens som finns bland diagnosspecialiserade sjuksköterskor som skulle kunna genomföra ännu mera av det arbete som i dag enligt tradition ligger på läkare. Dessutom är det vår tydliga erfarenhet att patienterna är mycket nöjda med sina sköterskebesök och sköterskorna själva får ytterligare meningsfulla och utmanande arbetsuppgifter. Så låt inte systemet styra hur arbetet skall se ut utan anpassa systemet efter de behov som finns, och då är det patientens behov vi talar om!



ANDERS SVENNINGSSON
överläkare, Neurologiska kliniken, Norrlands universitetssjukhus, Umeå
anders.svenningsson@neuro.umu.se



CARINA OLOFSSON
MS-sjuksköterska, Neurologiska kliniken, Norrlands universitetssjukhus, Umeå
carina.l.olofsson@vll.se



Figur 2. En standardmässig årscykel för personer med MS som står på immunologisk behandling.

REFERENSER

1. Sharrack B, Hughes RA. The Guy’s Neurological Disability Scale (GNDS): a new disability measure for multiple sclerosis. *Mult Scler.* 1999;5(4):223-33.