

Vård under livets sista tid – ett nationellt perspektiv

Vårdens tillkortakommanden i livets sista tid har sedan flera år belysts från många håll och i många sammanhang (1). Efter Ädelreformen på 90-talet finns ett flertal rapporter om brister i vården såsom dåliga utskrivningar från akutsjukvården, där såväl slutenvård som primärvård kan kritiseras för utebliven vård efter hemkomst(2, 3), brister i läkarinsatser i särskilda boenden (4), och olika vård beroende på var du bor (5).

För att komma till rätta med problemen har man på den nationella arenan utfärdat föreskrift om samordnad vårdplanering för att tillförsäkra god vård i övergång från sjukhus till hemmet(6), och regeringen ville år 2000 använda besparingarna i försvaret för att öka tillgången till allmänmedicinsk kompetens med målet 6000 arbetande allmänläkare 2008. Landstingen gjorde som vanligt nästan ingenting och fick berättigad kritik av SoS (7), och på de samordnade vårdplaneringarna lyser det medicinska perspektivet fortfarande med sin frånvaro. Vare sig sjukhusläkare eller distriktsläkare bidrar här tillräckligt till trygg övergång i vårdkedjan.

Under senare år har man förfäktat tanken om att allt blir bättre om hemsjukvården kommunaliseras i den del av Sverige där hemsjukvård i ordinärt boende fortfarande bedrivs av landstinget, och under hot om lagstiftning pågår nu en process i flera landsting som leder till en kommunalisering under de närmaste åren.

Statsmakten har nu erkänt att vården av de mest behövande, de med nedsatt autonomi och behov av omfattande vårdinsatser, inte får detta idag i Sverige. *”De allra flesta patienter är nöjda med den vård och omsorg de får. Det finns dock en grupp som är tydligt missnöjda – de som är äldre*

och har ett omfattande vård- och omsorgsbehov. De står i dag för uppskattningsvis hälften av vårdens samlade kostnader. Stat, kommuner och landsting har försökt ge en fullgod vård, men har inte lyckats” (8).

En registerstudie från 2005 (9) visar en verklighet som vi helst skulle slippa se. 80 000 människor >65 år dör varje år i Sverige. Hälften av dessa, 40 000, dör inom två veckor efter utskrivning från sjukhus. Av dessa 40 000 som skrivs ut hinner 30 000 återvända till sjukhuset och dör där. Trots att en stor andel äldre idag ”avlider stilla” i sitt särskilda boende så är det alltså minst en tredjedel som sin sista tid i livet pendlar mellan hemmet och sjukhuset. Patienterna skrivs ut från sjukhuset för att man där inte har mer att erbjuda. Frågan är om läkarna där har kunskap och vilja att gestalta det vårdbehov som patienten har, och frågan är om primärvårdens läkare har kunskap och vilja att leda en trygg hemsjukvård i livets sista tid.

Nu säger vän av ordning att vi inte har tid, allt fokus är ju numera på tillgänglighet, Mål & Måttpengar och vårdvals-peng. Då svarar jag att vi aldrig har varit särskilt bra på att ta hand om svårt sjuka människor hemma och ge dem en vård som gör dem trygga. Vi som fick vår utbildning för två till tre decennier sedan lärde oss arbetet i en kontext där journalen fanns inlåst i vårdcentralens arkiv och de som ansvarade efter kontorstid gavs inte möjlighet att verka i en struktur för vård dygnet runt. Människor som var så sjuka att de behövde mer fick vara på sjukhus och senare på långvården, och detta kom att prägla vår allmänmedicinska kultur. Under mina 34 år som läkare har dock antalet människor äldre än 80 år mer än tredubblats, utan att vårt arbetssätt har anpassats.

På glesbygdsvårdcentralen, med en vårdgivare, en kommun och liten grupp läkare och sjuksköterskor som tillsammans bar upp vården, var möjligheterna större. Det är också där som man idag finner ett engagemang för hemsjukvårdens möjligheter.

Jag minns en artikel i Läkartidningen från 1986 som beskrev ett gruppboende för dementa i Sundsvall, det första utvärderade försöket i Sverige. Vilken otrolig utveckling som sedan följt under 25 år, där Ädelreformen var motorn som tvingade kommunerna till en kraftig utbyggnad av särskilda boenden. Tyvärr hade man inte på kommunsidan förståelse för de äldres medicinska behov, men efter ett smärtsamt uppvaknande under 90-talet har en utveckling skett i rätt riktning. Det finns dock fortfarande ingen rimlig anpassning av distriktsläkarens tid för arbete med de svaga och sjuka, vare sig det är i särskilt eller ordinärt boende. Dessa patienter får mindre tid hos sin egen valda doktor än jämnåriga med bibehållen autonomi (10). Jämför också gärna vården av äldre med den på BVC, där ett välsnickrat tidsstaket garanterar den läkarinsats som bedöms välmotiverad.

På de flesta håll finns ändå avtal om läkarinsatser i särskilda boenden. Den avtalade tid som läkaren har varierar mellan tre och sju minuter/vecka/patient, det vill säga två till fyra timmar/år/patient. I Östergötland är kapiteringsersättningen för listad medborgare >80 år mer än 9000 kr, så det må väl ändå tyckas snålt med två timmar per år. När en människa dött i SÄBO berättar journalen oftast om att patienten ”avlidit stilla”, men bakom denna fras kan dölja sig alltifrån en väl planerad palliativ vård till stort lidande och till och med anmälan till HSN.

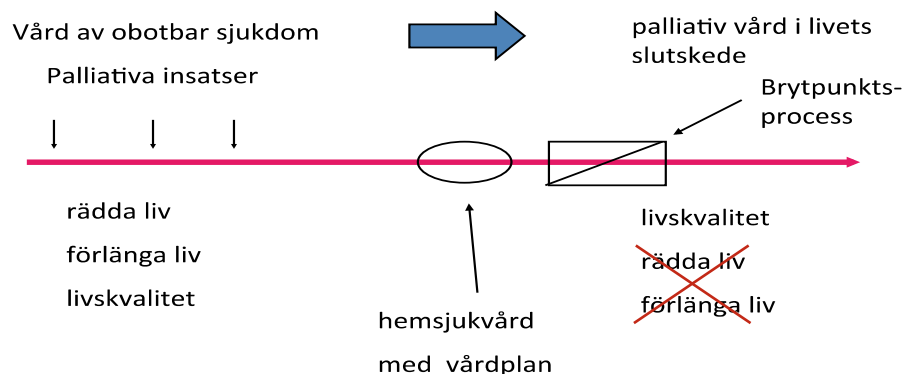
» Gäller inte Hälso- och sjukvårdslagens portalparagraf om allas lika rätt till vård också komplext sjuka med nedsatt autonomi? «

Om en patient söker sin läkare på vårdcentralen med diabetes, kärlkramp, astmabesvär eller högt blodtryck så kan denne räkna med att erbjudas en utredning, behandling och uppföljning som i sin struktur är ganska likartad var han eller hon än bor i Sverige. Men om patienten har nedsatt autonomi och har fått åka till Akuten upprepade gånger för symtom relaterade till de många kroniska sjukdomar som är vanliga vid hög ålder, då är vården inte likvärdig över landet. Om patienten har tur finns en distriktsläkare som bryr sig om att se helheten och ta ansvar för att planera vården och för att finnas tillgänglig personligen och via en väl fungerande jourstruktur. Har patienten otur prioriterar inte läkaren hemsjukvård och har inte erfarenhet av att se och hantera de vårdbehov som föreligger. Hur kan det få vara så? Gäller inte Hälso- och sjukvårdslagens portalparagraf om allas lika rätt till vård också komplext sjuka med nedsatt autonomi?

För att hemsjukvården skall kunna erbjuda trygghet måste några basala krav vara uppfyllda, vilka tillsammans utgör en struktur som hemsjukvården kan byggas vidare på:

- Någon form av registrering eller inskrivning i hemsjukvård för att synliggöra gruppens specifika behov i organisationen.
- En vårdplan som anger vårdens mål och innehåll. Där skall finnas konkreta ordinationer av vad som behövs göras vid förväntade akuta händelser och tydliggörande av var patienten befinner sig på vägen mot brytpunkten för vård i livets slutskede (se figur 1).
- Namngivna ansvariga vårdgivare, såväl läkare som sjuksköterska.
- Tillgänglighet till medicinsk bedömning dygnet runt, det vill säga telefon-

Figur 1.



nummer för direktkontakt med möjlighet till läkarbedömning hemma när behov föreligger.

- Någon form av hemsjukvårdsrund för teambaserad reflektion och planering.
- Rutiner för närståendestöd och kommunikation med omvårdnadspersonal.
- Möjlighet till extravak när döden närmar sig.

I den primärvård jag har erfarenhet av saknas i stort sett en solid infrastruktur för väl fungerande hemsjukvård av svårt sjuka människor. Genom kontakter med kollegor runt om i Sverige i fortbildnings-sammanhang har jag erfarit att det nästan undantagslöst brister på jourtid. Även när distriktsläkaren ansträngt sig att bygga en plan och ett team som kan ta hand om patienten, blir hon ofta inskickad till akutsjukvården när mörkret har fallit.

När jag för några år sedan kom till en organisation för avancerad hemsjukvård slogs jag av den stora skillnaden i arbetssätt som är avgörande för resultatet. I den avancerade hemsjukvården planerade man för de problem och svårigheter som

väntar runt hörnet, medan jag i rollen som distriktsläkare oftare försökte lösa problemen allteftersom de dök upp. Det är givet att det framförhållande arbetssättet bättre lyckas skapa trygghet hos patient och närstående. Det finns inget skäl att inte ta till sig kunskapen om det arbetssätt som varit så framgångsrikt i avancerad hemsjukvård, när man bygger upp primärvårdens hemsjukvård.

I den nya målbeskrivningen för specialiseringsutbildning till allmänmedicinsk specialistkompetens finns 21 delmål uppräknade, och bland dessa följande två:

Delmål 8

Att behärska äldres speciella hälsoproblem samt att behärska hemsjukvård och palliativ vård i livets slutskede för personer i alla åldrar.

Delmål 9

Att behärska hembesök som verktyg vid diagnostik och behandling samt för att kunna få en helhetsbild av en patients situation.

Många handledare saknar erfarenhet av att göra hembesök och av att planera hemsjukvård och palliativ vård, och det kan därför vara svårt för ST-läkaren att uppfylla målen.

Om vi klarar handledaruppgiften kommer morgondagens allmänmedicinska specialister att vara bättre rustade att möta morgondagens krav från människor som önskar en trygg vård hemma med möjlighet att avsluta livet värdigt utan akutsjukvårdens teknologi.

ST-läkare – kräv handledning för att uppnå dessa delmål och försök att komma till en enhet för avancerad hemsjukvård under er specialistutbildning!

Distriktsläkarkollegor – fatta dirigentpinnen och upplev glädjen av att skapa trygga patienter genom ert ledarskap i hemsjukvården!

Referenser

1. SOU 2001:6 Döden angår oss alla – Värdig vård i livets slut.
2. Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum; 1999:6 ISSN 1401-5129.
3. Dirigent saknas i vård och omsorg för äldre; Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum, rapport 2001:6.
4. Äldreuppsdraget – Årsrapport 1998; SoS 1998-15-9, ISBN 91-7201-317-6.
5. Svenska Palliativregistret
6. SOSFS 2005:27 SoS's föreskrifter om samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutna vård.
7. Nationell handlingsplan för hälso- och sjukvården – Årsrapport 2004; SoS 2004-103-11, ISBN 91-7201-879-8.
8. Göran Hägglund, Maria Larsson, DN Debatt 12 jan 2011.
9. Var döer de äldre- på sjukhus, särskilt boende eller hemma? SoS 2005-123-30.
10. Care by general practitioners and district nurses of patients receiving home nursing: a study from suburban Stockholm; Scand J Prim Health Care 2002;20:208– 212. ISSN 0281-3432.



Gunnar Carlgren
LAH – Linköpings avancerade hemsjukvård
gunnar.carlgren@comhem.se

Jäv: inga uppgivna



SFAM SVENSK FÖRENING FÖR ALLMÄN MEDICIN

Till medlemmarna i Svensk förening för allmänmedicin

Kallelse till SFAMs fullmäktigemöte 2012

Medlemmarna i Svensk förening för allmänmedicin kallas härmed till fullmäktigemöte i anslutning till Svensk allmänmedicinsk kongress i Luleå den 21 mars 2012.

Plats: Kulturens Hus, Skeppsbrogatan 17, Luleå.

Tid: Kl 16.30–18.00, onsdagen den 21 mars 2012.

Föreningens fullmäktige väljs av lokalföreningarna. Namnen på fullmäktige skall anmälas före mötet till SFAMs kansli, e-post: kansli@sfam.se

Varje SFAM-medlem äger rätt att närvara och yttra sig vid föreningens fullmäktige, men endast fullmäktige äger rätt att delta i beslut.

Ur SFAMs stadgar:

§4. Föreningens fullmäktige väljs av lokalavdelningarna. Varje lokalavdelning skall utse en fullmäktig för varje påbörjat 30-tal medlemmar. För varje fullmäktig väljs en ersättare.

Valberedningens förslag kommer att skickas till lokalföreningarnas ordförande samt till fullmäktige. Verksamhetsberättelsen samt dagordning för fullmäktigemötet finns att läsa på SFAMs hemsida (www.sfam.se) från den 21 februari.

Eventuella motioner ska vara styrelsen tillhanda senast 21 januari.

Välkommen!

Eva Jaktlund

Ordförande