

## Medicinsk vårdplanering minskar akutinläggningarna

**Patienter som åker fram och tillbaka mellan sjukhus och särskilda boenden kostar stora resurser, samtidigt som ändamålsenligheten kan ifrågasättas. När en strukturerad vårdplanering tillsammans med kommunens personal, anhöriga och patient infördes sjönk akutinläggningarna på sjukhus drastiskt.**

När jag fick ansvaret för min vårdcentral äldrebode år 2007 förvånades jag över antalet patienter som skickats in under jourtid till sjukhuset på grumliga grunder. När de kom tillbaka mätte de oftast inte bättre, snarare tvärtom. Beslutet att skicka patienten till sjukhuset gjordes av joursköterskan i kommunen som inte hade närmare kännedom om patienten, inte sällan efter påtryckningar från personal och anhöriga.

I samråd med sjuksköterskan och undersköterskorna på äldreboendet beslutade vi, efter en del diskussioner med deras enhetschefer i kommunen, att ordna möten kring varje patient tillsammans med anhöriga för att lära känna patienten bättre och försöka få till stånd någon form av planering inför kommande försämringar. Kanske kunde vi förhindra att patienten i alla fall inte skickades in mot hens vilja?

---

**"När någon skickats in mot vederbörandes vilja och i strid mot de beslut som fattats borde någon form av 'haverikommission' tillsättas."**

---

**De första mötena vi hade** var lite trevande då alla var ovana vid den här formen av samtal i grupp. Hur skulle patient och anhöriga reagera om vi samtalade om döden när döendet inte verkade vara nära förestående? Hur skulle mötet dokumenteras så att även joursköterskan kunde ha tillgång till information som kunde underlätta beslut i en akut medicinsk situation?

Ju fler patientmöten vi hade, desto bättre gick det – vi övade oss i samtal kring svåra frågor. Jag upprättade ett dokument med kort sammanfattning av patientens sjukhistoria och vilka åtgärder som skulle vidtas vid akuta situationer. Det blev början på det vi senare kom att kalla för medicinsk vårdplanering.

Att något förr eller senare kommer att hända när man är gammal och multisjuk är ju säkert. Vi försöker att vara så konkreta som möjligt. "Om du skulle drabbas av stroke eller en hjärtinfarkt, vad skulle man då göra på sjukhuset? Vad är meningsfull vård för dig?" Så diskuterar vi kring detta så gott det går. Det finns många orealistiska förväntningar på vad man kan göra på sjukhuset, inte bara hos patient och anhöriga utan även hos personalen. Vi har fått väldigt bra samtal till stånd där personalen numera redovisar en helt annan förståelse för vad sjukhusvård kan betyda för dessa patienter.

Här får vi också in patientens och anhörigas inställning till var man vill vårdas vid livets slut och vilket förtroende man har för vården.

**Att ha med anhöriga** (vilken/vilka får patienten själv välja) är mycket värdefullt i dessa samtal. På ett äldreboende, där en stor andel av patienterna har en kognitiv nedsättning, är informationen från anhöriga ett viktigt komplement. Vi får en fylligare bild av livshistorien. En levnadsbeskrivning brukar ges av anhöriga till personalen efter en inflyttning. I våra samtal, där förtrolighet ofta kan skapas, kommer ofta ny information fram som kan ge oss ökad förståelse för patienten. Det finns en värdighet i att få samtala om den del av livet som inte präglats av sjukdom och som varit den största delen av tillvaron. "Tänk vad du varit med om! Det visste vi inte. Å, så spännande!"

Att sedan respektfullt föra in samtalet på döden och vad som kan göras och vad som inte bör göras vid livets slut brukar gå bra.

**Ibland måste insikten** om att livsuppehållande åtgärder inte är meningsfulla sjunka in hos både patient och anhöriga. Många gånger finns den redan där genom allt som patienten varit med om av jobbiga behandlingar och sjukhusvistelser. Att tillsammans få göra en sammanfattning av det medicinska händelseförloppet är bra för både patient, anhöriga och personalen. Berättelsen kan här få ett terapeutiskt värde.

Under detta möte gör vi samtidigt en läkemedelsgenomgång. Nödvändiga labprover har tagits innan och sköterskan har gjort en symtomskattning (vi använder oss av PHASE 20).

Att anhöriga är med och får ta del av vilka läkemedel som används minskar ofta oron kring att läkemedelsbehandlingen är felaktig.

Vi fyller i en lista "Trygghetsordinationer" där vid behovsläkemedel kan sättas in vid akuta symtom. De får ges av sjuk-



Illustration: Annika Andersson

sköterskan, utan samråd med läkare i förväg, för att minska risken för fördröjd symtomlindring. Den listan kan göras mer individuell om patienten exempelvis får återkommande obstruktiva symtom där lindring i hemmet kan ges snabbt och effektivt om adekvata ordinationer finns. Sköterskan har alltid möjlighet att samråda med en läkare via telefon.

---

**"Vi borde ha samma respekt för konsten att leda svåra samtal som vi har inför ett komplicerat kirurgiskt ingrepp."**

---

Dokumentet är sedan flera år inlagt i vår datajournal och tas ut i en papperskopia till kommunen som vi fortfarande inte kommunicerar med digitalt fullt ut. Den sätts i patientens pärm i bostaden och är tillgänglig för personalen dygnet runt. Där skriver vi också om beslut om "Ej HLR" tagits, vilket är ett läkarbeslut utifrån den medicinska bedömningen samt den diskussion vi haft.

Efter att dessa medicinska vårdplaneringsmöten infördes sjönk antalet oplanerade inskickanden från mitt äldreboende drastiskt. Kanske hade vi ovanligt många innan, men skillnaden blev stor efter att vi startade med detta. Vi hade en plan för akuta händelser och en bättre beredskap mentalt framför allt hos anhöriga.

**Har vi då tid med dessa möten?** Det kan ge intryck av att det krävs oändligt med tid för att genomföra dem men så är inte fallet. Vad som krävs är lite förberedelse samt förståelse från alla parter att detta är en prioriterad verksamhet. Vi har sett att det i längden spar tid, de akuta frågorna har blivit färre. Att hinna med möten med alla patienter är kanske inte möjligt. Oftast är det klokt att prioritera de patienter som det finns mycket oro och frågetecken kring.

Inte alltid följs de beslut vi tagit. Sådan är vår kliniska vardag. När någon skickats in mot vederbörandes vilja och i strid mot de beslut som fattats borde någon form av "haverikommission" tillsättas. Det viktiga är att inte anklaga någon. Det är svårt att fatta rätt beslut i stressande situationer även om det finns bra beslutsunderlag.

Vi arbetar med medicinska vårdplaneringar lika mycket i vår hemsjukvård. Där är de ännu viktigare eftersom patienterna åker in och ut på sjukhus i större utsträckning än patienterna på äldreboendena.

Att leda den här typen av möten är ett stort privilegium i vårt yrke. Det kräver stor koncentration och lyhördhet för de människor man har framför sig men ger oändligt mycket tillbaka.

Vi borde ha samma respekt för konsten att leda svåra samtal som vi har inför ett komplicerat kirurgiskt ingrepp.

**Solveig Wanland**  
Rådet för sköra äldre i SFAM  
Närhälsan Vårdcentralen Tidån, Skövde  
Vårdsamverkan Skaraborg  
[solveig.wanland@vregion.se](mailto:solveig.wanland@vregion.se)

