

Riktlinjer för läkarinsatser i SÄBO, kommunens särskilda boende

Trots att den statliga Prioriteringsutredning 1995 fastslog att individer med nedsatt autonomi och behov av palliativ vård skall prioriteras högt visar verkligheten att det är människor med lägre behov som går före när resurserna i primärvården inte räcker.

I SÄBO finns en sjuksköterska som har det sammanhållande ansvaret för patienternas vård, men ansvaret delar sköterskan med en läkare fast knuten till boendet. Så långt ser det likadant ut över hela landet. Där det skiljer sig stort är vilka förutsättningar läkaren får för att kunna utföra sitt uppdrag med god kvalitet och tillit hos patient och närstående. Patienterna har valfrihet och kan välja annan läkare, men fördelarna med att ha den fasta läkaren är stora, och val av annan läkare sker därför sällan.

- Vid inflyttning till SÄBO bör patient och närstående erbjudas ett ankomstsamtal med läkaren och sjuksköterskan, där dessa presenterar sig och visar upp vilken vård som kan erbjudas i boendet. Samtyckesfrågor tas upp och dokumenteras. Genomgång av sjukhistoria, behov av korrigeringar av läkemedel och eventuell komplettering av utredning. Patientens och närståendes preferenser efterfrågas.
- En medicinsk vårdplan upprättas som klagör huvuddragen i vårdens inriktning och som redogör för sannolika medicinska händelser och hur dessa skall hanteras. Konkreta medicinska insatser specificeras. Överenskomna vårbegränsningar dokumenteras.
- Vid regelbundna rondtillfällen skall möjlighet finnas för patienten att vid behov träffa läkaren
- Utöver regelbundna rondtillfällen skall läkaren vara tillgänglig för sjuksköterskan vid behov av diskussion och uppföljning, eller hantering av uppkomna problem.
- Läkaren skall vid behov kunna göra oplanerade hembesök, eftersom tillgänglighet till medicinsk bedömning är ett viktigt krav för god vård.
- Minst årligen görs en medicinsk genomgång med symtomskattning, labkontroll och klinisk undersökning, samt en läkemedelsgenomgång. Den medicinska vårdplanen utvärderas, eventuellt diskuteras vårbegränsningar utifrån utveckling av hälsotillståndet under året. Vårdplanen uppdateras.
- Vid rätt tidpunkt skall patient och närstående erbjudas ett brytpunktssamtal för information och delaktighet. Ca 40 % av alla som flyttar till SÄBO avlider inom ett år, varför uppmärksamhet måste riktas mot förändringar som talar för att den planerade vården skall övergå till att inte bli livsförlängande utan få en palliativ inriktning.
- Handledning och fortbildning skall kunna ges personal när enskild patients vård gagnas.
- Läkaren deltar i utvecklad samverkan och ger medicinskt stöd till ledningsfunktionen.

Vad man får ut av läkarinsatser i SÄBO, här räknat på 30 boende

Bakgrundsfakta för väl fungerande läkarinsatser: Planerad rond varje eller varannan vecka* ger 21 eller 42 rondtillfällen på ett år. Under sommarsemestern och vinterhelger genomförs ofta inga fysiska ronder, men tid avsätts för telefonrond. Under ett år avlider 12 av 30 patienter, och dessa har rätt till en planerad palliativ vård med brytpunktsbedömning av läkare och sköterska i närvaro av närstående. De övriga 18 skall ha minst ett kliniskt årsbesök med genomgång av Phase20 eller motsvarande, en strukturerad läkemedelsgenomgång och förnyelse av vårdplan med diskussion om eventuella vårbegränsningar med patient och närstående. Under året flyttar 12 nya patienter in, och dessa skall tillsammans med närstående erbjudas ett första samtal med läkare och sköterska varefter en vårdplan

upprättas. Detta innebär att tid måste vara avsatt för 42 tidskrävande insatser, vilket motsvarar 1-2 insatser vid varje rondtillfälle (beroende på rond var eller varannan vecka), utöver löpande ärenden och akuta bedömningar.

I nedanstående exempel på tidsåtgång planeras rond på boendet var eller varannan vecka, administrativ tid efter rondan för journaldiktering, läkemedelsordinationer i journal/Pascal och upprättande av vårdplaner. Därutöver skall läkaren vara tillgänglig för konsultation, lämpligen läggs tid in i schemat då läkaren är nåbar. Därutöver måste läkaren vara nåbar för sjuksköterskan på SÄBO för akuta ärenden, men det kan vara annan läkare än den ordinarie.

På ett korttidsboende krävs betydligt mer tidsinsats, då det är patienter läkaren inte har kännedom om, och många kommer direkt från sjukhus med komplexa medicinska problem. En stor andel avlider inom 1-2 månader. I Uppsala avsätts 20 minuter/pat/vecka för dessa.

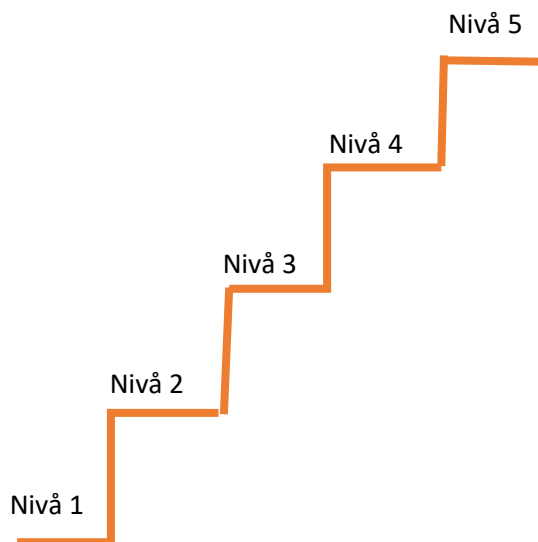
Nivå 1: 2 min/pat/vecka (1 timmas rond + 0,5 timme efterarbete varannan vecka, telefontid 15 min/vecka) - räcker till att lösa ärenden som sköterska tar upp, enstaka kliniska bedömningar.

Nivå 2: 4 min/pat/vecka (2 timmar rond + 1 timme efterarbete varannan vecka, tel.tid 15 min 2 dagar/vecka) - räcker till rond med sjuksköterska med genomgång av problem som sjuksköterskan har valt. Tid för klinisk undersökning av en patient, eller ett brytpunktssamtal.

Nivå 3: 6 min/pat/vecka – som nivå 2 men större möjlighet till hembesök vid akuta försämringar eller behov av brytpunktbedömning för vård i livets slutskede.

Nivå 4: 8 min/pat/vecka (rond 2 timmar + 1 timme efterarbete varje vecka) möjliggör ankomst-samtal hos ny patient tillsammans med närstående och upprättande av vårdplan. Möjlighet till halvakuta hembesök och brytpunktbedömningar. Årskontrollerna med läkemedelsgenomgångar och uppdatering av vårdplaner genomförs delvis

Nivå 5: 10 - 12 min/pat/vecka – som Nivå 3 men med möjlighet att nå målet att alla patienter får det vårdinnehåll som skisserats ovan.



Stora skillnader över landet:

Uppsala	12/15 min	- nivå 5
Gotland	9 min	- nivå 4-5
Örebro	6 min	- nivå 3
Västernorrland	6 min	- nivå 3
Värmland	6 min	- nivå 3
Västerbotten	4.8 min	- nivå 2-3
Västmanland	4 min	- nivå 2
Halland	3 min	- nivå 1-2