

Vårdkonferens, anhörigsamtal och vårdplanering är framtiden!

Synpunkter från en kliniskt verksam invärtesmedicinare

Den akutmedicinska slutenvården har ändrat karaktär. Allt flera patienter har kroniska, obotliga sjukdomar som kräver kontinuerligt stöd från primärvården och kommunen både före och efter vårdtillfället på akutsjukhuset. På medicinkliniken, Södertälje sjukhus, har vi ändrat på våra avdelningsrutiner för att kunna möta omvärldens förväntningar på vårdens innehåll. Vårdkonferens, anhörigsamtal och vårdplanering är grunden för denna utveckling. Våra erfarenheter är så goda att vi vill delge andra hur vi lagt upp arbetet.

HÅKAN NILSSON
med dr, överläkare, medicinkliniken,
Södertälje sjukhus, Södertälje
hakan.nilsson@stso.sll.se

II Patienterna i den invärtesmedicinska slutenvården har ändrat karaktär. Av patienterna som läggs in från akutmottagningen kommer allt flera från kommunalt särskilt boende och har multipla, obotliga, kroniska sjukdomar.

Patienter med solitära medicinska problem som löses med en medicinsk behandling som initieras i slutenvården och går hem utan funktionshinder eller behov av hjälp från utomstående blir allt mera sällsynta. Planerade inläggningar för utredning blir också allt mera ovanliga i takt med mera förfinade och för patienten enklare diagnostiska metoder.

Denna förskjutning har medfört frustration och alienation hos många medicinläkare som frågar sig »Var finns våra riktiga patienter?« eller konstaterar »Vi har fel patienter på vårdavdelningarna« eller »Våra patienter trängs ut från sjukhusen av patienter med problem som borde lösas på andra vårdinrättningar«.

Kortare vårdtider trots ökad vårdtyngd

Vid medicinkliniken på Södertälje sjukhus har vårdtiderna blivit kortare trots denna förskjutning av patienternas vårdtyngd. Varje dygns vård är dyrbar och måste motiveras. Utskrivningarna på lördag eller söndag motsvarar dagligen 10–15 procent av vårdplatsantalet. Detta har genomförts med bevarande av en utomordentligt god arbetsmiljö.

Medicinavdelning 8 har profilområdena stroke och diabetes, men större delen av patienterna har allmänna medicinska problem av både akut och kronisk art. Hos dessa patienter är också sociala, psykiska och omvårdnadstekniska pro-

blem vanligt förekommande. För att möta denna breddade patientproblematik har vi förändrat våra arbetsmetoder.

Syftet med omläggningen

Syftet var att snabbare kartlägga patientens resurser, funktionshinder och handikapp ur bredast möjliga synvinkel. Förutom de akuta och kroniska medicinska problemen kartläggs regelmässigt den sociala situationen, nutritionen, kommunikation, kognitiv status och motorisk förmåga. Detta görs av paramedicinska specialister, knutna till avdelningen, såsom kurator, dietist, logoped, arbetsterapeut och sjukgymnast.

I normalfallet har de paramedicinska utredningarna påbörjats inom 24 timmar efter inläggningen. Dessa diagnostiska utredningar får inte medföra förlängning av vårdtiden. Däremot påverkar fynden ofta vårdtidens innehåll och längd.

Ökat behov av intern kommunikation

Denna breddning av diagnostiken medför ett stort behov av en snabbare och intensifierad kommunikation mellan all inblandad vårdpersonal. Maximal samordning och samsyn är grunden för vårt mål: en effektiv och mänsklig vård.

Rondens viktigaste funktion är kommunikation och är därför den naturliga platsen för detta informationsutbyte. Därför har vi utvidgat sitttronden till en daglig vårdkonferens med deltagande av patientansvarig sjuksköterska, undersköterska, läkare och paramedicinare. Tiden kan hållas nere vid 20–30 minuter för en halv avdelning eftersom patienterna är välkända för flertalet inblandade.

Konferensen kräver disciplin och stringens så att man inte fastnar på någon mindre viktig punkt. Det måste vara högt i tak så att alla har en möjlighet att framföra sina iakttagelser och ge synpunkter

på patientens funktionsnivå och vårdens mål.

Effekter

För sjuksköterskan har denna dagliga vårdkonferens medfört en förkortning av den sammanlagda dagliga tiden för ronder och rapporter. En tidigare daglig paramedicinsk morgonrapport har utgått. Tidsåtgången för sökning av och information till kurator och dietist är minimal. Den stora, veckovisa paramedicinska rondens behövs inte längre. För paramedicinsk personal har vikänsan stärkts med tydliga synergier med andra paramedicinare och bättre möjligheter att få medicinsk information direkt från ansvarig överläkare och att kunna påverka vårdtider och utskrivningar.

Undersköterskan får mera medicinsk information om patienten och kan delge de paramedicinska specialisterna viktig information om hur patienten fungerar på avdelningen, och kan hjälpa till med rehabiliteringen.

Läkaren avlastas från åtskilligt diagnostiskt arbete och får en klarare bild av patientens livssituation, vilket ökar möjligheterna att fatta ett gott beslut om patientens vårdbehov och fortsatta vård efter utskrivning från vårdavdelningen.

Informationen till anhöriga

Anhöriga informeras genom *anhörigsamtal* fortlöpande och snarast möjligt efter inläggningen. Vid anhörigsamtalet informerar vi om patientens sjukdom och handikapp samtidigt som vi får ytterligare information om patientens livssituation och om patientens och anhörigas förväntningar på vården. Vi infor-

Förändringen är kvalitativ. En förbättrad vårdplanering leder till bättre beslut om den kommunala vården efter utskrivning.



Annons

Annons

merar om vilken vård som kan erhållas på olika ställen, sjukhus, primärvård och kommunal vård.

Bättre vårdplanering

Vårdkonferens och anhörigsamtal leder fram till en tidigare och mera innehållsrik *vårdplanering* med biståndsbedömare från kommunen och rehabiliteringspersonal från primärvården. Vid denna vårdplanering medverkar alltid patientansvarig sjuksköterska från avdelningen och vid behov även läkare eller lämplig paramedicinare.

Denna förändring av avdelningsrutinerna har medfört en stark vikänsla och laganda, större förtroende för den vård som vi erbjuder, mindre stress och färre förhastade utskrivningsbeslut. Vi har också fått en starkt arbetsglädje och har roligt när vi arbetar! Rekrytering av ny personal har också gått förvånansvärt lätt.

Har vi nått vårt mål?

Har vi också uppnått målet av en effektiv och mänsklig vård? Det omedelbara intrycket är att så är fallet, men detta är svårt att bevisa på ett objektivt sätt. Någon kvantitativ förändring av vården kan vi inte påvisa. Vårdtiderna har inte förkortats ytterligare. En förklaring är att vårdtidens längd till stor del beror på hur snabbt patienten kan få plats på rehabiliteringsklinik eller i särskilt boende. En annan förklaring är att tidsvinsten vid snabbare bedömning av patienten äts upp av en förlängning av vårdtiden beroende på ökade förväntningar på vårdens innehåll. Antalet återinläggningar på vårdavdelning kort tid efter utskrivning har inte förändrats. En orsak är att antalet återinläggningar på senare år har varit mycket få.

Förändringen är kvalitativ

Nej, förändringen är kvalitativ. En förbättrad vårdplanering leder till bättre beslut om den kommunala vården efter utskrivning. Behövs hemtjänst, dagvård, korttidsboende eller särskilt boende? Vad kan patient och anhöriga förvänta sig av kommunal service, primärvården och sjukhusets kliniker? Vart skall man vända sig i framtiden vid olika situationer?

Det senaste året har vi noterat färre överbeläggningar och ett minskat tryck på akutmottagningen. Orsaken till detta är oklar men vårdplanering, anhörigsamtal och vårdkonferens är möjliga orsaker. Bevisat eller inte – vi anser att vi ger en effektiv och mänsklig vård. Vi har med denna omorganisation av avdelningens arbete fått en mycket god arbetsmiljö och ett starkt självförtroende i vår vårdgärning. •

Slutet gott, allting gott

Det måste bli accepterat att man kan uppleva livet som i stort sett klart – innan man har svåra plågor från en cancer i ett terminalt skede. Tillgång till barbiturat för att själv kunna verkställa ett fritt valt »självslut« borde vara en medborgerlig rättighet.

HANS G BOMAN

professor emeritus, Stockholm
hans.g.boman@swipnet.se

II I vintras lyssnade jag på ett symposium om »Det naturliga åldrandet«. Det var ordnat av Vetenskapsakademien och Läkarsällskapet i samband med utgivningen av Marianne Rasmusons utmärkta lilla, men rika bok »Från vaggan till graven. Om det naturliga åldrandet« (Atlantis). Lite senare tillbringade jag en hel dag med att lyssna på symposiet »Forskning som formar vår framtid« ordnat av Stiftelsen för strategisk forskning.

Åldringarna kommer att bli fler

Det är välkänt att andelen åldringar (över 80 år) kommer att öka i Sverige (och många andra länder) och att ett stort vårdbehov kommer att uppstå bland de mycket gamla. Samtidigt pågår det ett intensivt forskningsarbete där målsättningen är att uppskjuta det naturliga åldrandet. Det är både inom läkemedelsindustri och på universitet som man anser att detta är angelägna projekt.

Från djurförsök vet man att det finns gener som styr åldrandet. Det finns forskare som tror att om och när man förstår och kan manipulera dessa gener skulle man kunna förlänga det normala friska livet. En mängd forskning är nu inriktad på mänskliga reservdelar av ett eller annat slag, avsedda att underlätta och hjälpa av ålder försvagade kroppsfunktioner. Reservdelarna skall alltid göras »individpassade«, det var helt klart ett lösenord.

Jag frågade en entusiastisk robotkonstruktör vem som skulle kunna tänkas köpa hans produkt. Han svarade tveklöst att åldringsvården kommer att kräva mer och mer och det var där marknaden låg. Skulle man finna det politiskt möjligt att höja pensionsåldern ökar ju den produktiva delen av befolkningen, men utan en ökning förstår jag inte riktigt hur en del av vår framtidsforskning skall kunna återbetalas.

Vi blir knappast äldre än 115 år

Det är välkänt att djur har en maximal ålder som även friska individer inte kan överskrida. För människan ligger denna ålder omkring 115 år; äldre anses ingen

ha blivit. Men i Sverige är medellivslängden 77 år för män och 81 år för kvinnor. Vid 75 års ålder har hjärtat i genomsnitt slagit 2,7 miljarder gånger. Frågan är om hjärtat orkar slå hur många slag som helst, även om man bortser från klaffel och kranskärl med dåligt genomflöde. Det är också allom bekant att syn och hörsel försämras redan före 50-årsåldern. En hel del kan civilisation kompensera (glasögon och hörapparater), men nedsatta sinnesfunktioner är troligen en orsak till att vilda djur inte uppnår samma ålder som djur i fångenskap.

Men vi har så många funktioner som åldras samtidigt, ibland blir den ena, ibland den andra avgörande. Att arftligt anlag spelar stor roll är uppenbart. Det framgår både av statistiken och av hur våra kromosomer långsamt förkortas, bit för bit. I praktiken handlar det som bäst om att lägga till ett par år, men kanske blir det bara månader tills nästa funktion börjar svikta.

Upplevelsen av åldrandet

På ålderssymposiet var vi rätt många äldre och några hade känt varandra i 50 år eller mer. Samtalsvis var vi flera som funderade över hur det normala åldrandet upplevs psykologiskt.

Två saker kom tydligt fram. För det första: det är nedslående med nedsatta kroppsfunktioner, syn, hörsel och minne, som är svåra att dölja. För det andra: det finns hos många en naturlig känsla av att »nu är jag färdig med livet, det blir inte roligare än så här«. »Mätt på år« är ett välkänt uttryck. Och det värsta som kan hända är en smygande demens, då

Mitt liv är mitt och inte samhällets. Man skall inte behöva åka till Nederländerna för att få utskrivet ett recept på barbiturat.