

# "Slutenvård i hemmet" - ASIH Långbro Park, nu och i framtiden

Magnus Bäcklund<sup>14</sup> Ing-Britt Cannerfelt<sup>24</sup> Fredrik Sandlund<sup>34</sup>

<sup>1</sup>Överläkare, MD PhD MBA, Institutionen för Medicin, Karolinska Institutet, CMM, plan 3, Karolinska Universitetssjukhuset Solna, 171 76 Stockholm. E-post: magnus.backlund@sll.se. <sup>2</sup>Kvalitets- och patientsäkerhetssamordnare, RN, MSN. <sup>3</sup>Verksamhetschef, MSN. <sup>4</sup>ASIH Långbro Park, Bergtallsvägen 12, plan 7, 125 59 Älvsjö, SLSO, Stockholms läns landsting.

ASIH Långbro Park är en av landets största enheter för avancerad sjukvård i hemmet (ASIH). I Stockholm har ASIH-uppdragets medicinska insatser delats upp i "Heldygnsvård" och "Enstaka insatser". I starten var ASIH mest till för döende cancerpatienter, men verksamheten vid ASIH Långbro Park har kommit att omfatta lika delar cancer som andra diagnoser, främst hjärt- och lungsjukdomar. Kärnan i verksamheten är ännu palliativ vård, men patienter kan vårdas i ASIH även vid mindre framskriden sjukdom, om behov finns av ASIH's "avancerade" insatser. Flera förändringar av sjukvården sker i Stockholm just nu. Vårdvalsreformen, som från 15 januari 2013 inkluderar ASIH, och uppförandet av Nya Karolinska Solna ger en förskjutning från slutenvård till öppenvård, inklusive ett breddat uppdrag för ASIH.

ASIH Långbro Park is one of Sweden's largest units for advanced home care (ASIH). In Stockholm, ASIH is given two separate assignments, either "Care around the clock" or "Specific actions". Initially ASIH was meant for dying cancer patients. At ASIH Långbro Park the care provided has developed to be of equal volumes for cancer and other diagnoses, mainly heart- and lung diseases. The core is still palliative care, even though ASIH also manages patients in a less prominent disease stage, given that ASIH's "advanced" services are required. Several changes in the health care system are on-going in Stockholm, Sweden. A reform giving patients the possibility to choose ASIH provider, "Vårdval", is implemented January 15, 2013. With the new and highly specialized hospital, "New Karolinska Solna", a large part of today's in-patient care in Stockholm is pushed towards open care, e.g. via a widened assignment for ASIH.

## Historik

Verksamheten för avancerad sjukvård i hemmet (ASIH) vid ASIH Långbro Park utgår ifrån lokaler i Långbro park i Älvsjö i södra Stockholm. Där ligger också den specialiserade, palliativa vårdavdelningen med 16 platser. ASIH Långbro Park tillhör Stockholms läns sjukvårdsområde, SLSO, inom Stockholms läns landsting och ligger i en av byggnaderna från det välkända, nedlagda Långbro mentalsjukhus. Den stora parken är delvis av engelsk typ med öppna vyer omväxlande med slutna gröna rum. Mycket av den ursprungliga gröna parkmiljön med trevliga promenadstråk finns kvar. Parken är till glädje för såväl patienterna på vårdavdelningen som deras besökande närstående.

Enheten byggdes upp redan i slutet av 1980-talet som SBH (sjukhusbaserad hemsjukvård) tillhörande Tumba sjukhus. Under ett antal år var verksamheten knuten till Geriatriska kliniken på Huddinge sjukhus under namnet Huddinge SAH (sjukhusansluten hemsjukvård). Sedan 1999 är det en helt fristående enhet inom ramen för landstingsvård och med en egen vårdavdelning i Långbro park. Den nya verksamheten uppstod när Huddinge SAH slogs ihop med Botkyrka PAH (primärvårdsansluten hemsjukvård), Huddinge PAH och Liljeholmens PAH.

ASIH Långbro Parks upptagningsområde omfattar Huddinge och Botkyrka kommuner samt Stockholms sydvästra stadsdelar. Antal invånare i upptagningsområdet är cirka 330,000 och de drygt 230 inskrivna patienterna gör

ASIH Långbro Park till en av landets största ASIH-enheter.

## Vårdformen ASIH

Vårdformen ASIH har i Stockholm utvecklats från att ha varit enskilda enheter med begränsat upptagningsområde till att bli en geografiskt heltäckande komplettering till den övriga vården i länet. I början på 1980-talet startade de första teamen, där syftet främst var att vårda patienter i livets slutskede i patientens eget hem. Diagnosen var då framför allt cancer.

Under 1990-talet växte olika varianter med olika huvudmän fram: först SAH och SBH och senare även PAH. Det rådande begreppet är nu ASIH där ”avancerad” syftar dels på komplicerade vårdbehov på grund av komplex symtomatologi och/eller behov av avancerad utrustning (smärtpump, andningsutrustning, osv) och dels på behovet av att kunna komma i kontakt med vården under dygnets alla timmar, veckans alla dagar.

Vårdformen kan beskrivas som ett mellanting mellan primärvård och specialistsjukvård. I Stockholm har en uppdelning av ASIH-uppdraget gjorts för att möjliggöra olika nivåer på de medicinska och omvårdnadsmässiga insatserna. Det ena, kallat ”Heldygnsvård”, innebär ett helhetsansvar för vården när den bedrivs i patientens hem. Vid det andra, kallat ”Enstaka insatser”, står ASIH för ett avgränsat uppdrag, medan övriga uppgifter lämnas till andra vårdgivare, främst till Vårdcentralen, med eller utan påkoppling av dess basala hemsjukvård.

ASIH-uppdraget har inga åldersgränser, men det är sällsynt att vi på ASIH Långbro Park ansluter barn, då dessa oftast får sina behov tillfredsställda inom barnsjukvården. Ett undantag är att ASIH Långbro Park som ”Enstaka insats” för hela södra Stockholm hjälper apatiska asylsökande flyktbarn med intravenös nutritionsbehandling.

För den palliativa slutenvården finns en nedre gräns på 18 år i Stockholm.

### **Heldygnsvård**

Så här beskrivs uppdraget av Stockholms läns landsting: ”Vårdgivaren har huvudansvaret för att patient får hela sitt behov av medicinsk vård och omvårdnad tillgodosett dygnet runt med hög grad av tillgänglighet. Vård som ges av annan vårdgivare under vårdtiden skall ges i samverkan med vårdgivaren.” Detta är närmast att likna vid ”slutenvård”, fast i hemmet.

Vid ”heldygnsvård” tar vi helhetsansvar för patient och närstående med hjälp av ett multiprofessionellt team. I teamet ingår vårdräkten läkare, sjuksköterskor, arbetsterapeut, sjukgymnast, kurator och dietist.

Den mest ”typiska” patienten har en spridd cancersjukdom som ger smärtor, illamående, ångest eller andra symtom. Men det kan också handla om andra patientgrupper med behov av komplicerade symtomlindrande åtgärder dygnet runt, till exempel grav hjärtsvikt eller långt framskriden MS eller ALS.

Det har också blivit allt vanligare att

cancerpatienter i tidigt skede, under pågående kurativt syftande behandling, får uttalade besvär. Vid till exempel strålbehandling mot cancer i huvud/hals-området uppstår ofta smärtor i svalget och svårigheter att svälja. Då kan ASIH vara ett alternativ till flera veckors vistelse på sjukhuset, genom att i hemmet möjliggöra behandling med näringsdropp eller sondmatning och monitorering av smärtan. Oftast kan en patient som är botbar skrivas ut från ASIH när cancerbehandlingarna avslutats och biverkningar och eventuella komplikationer klingat av.

Att en patient skrivs in för ”heldygnsvård” behöver inte medföra att alla andra vårdkontakter avslutas. Ofta finns en specialistläkar-kontakt kvar på sjukhuset och återbesök sker där. För en cancerpatient innebär detta inte sällan att denne har pågående antitumoral behandling, som ordineras från en sjukhusklinik, ofta onkologen eller hematologen. Idag har många cancerpatienter bortom bot en period på månader till år med pågående cytostatika- och/eller strålbehandlingar som då syftar till att bromsa sjukdomen och förlänga livet och samtidigt ge lindring av symtomen.

Därutöver vårdas patienter i livets slut i ASIH. Vissa har då haft en lång vårdtid i ASIH med mindre framskriden sjukdom, när det rent palliativa arbetet tar vid. Eller så sker ASIH-anslutningen först efter att vården på till exempel onkologen eller neurologen avslutats, för att patienten valt möjligheten att få dö hemma. Ibland ändrar patient och/eller familjen uppfattning när slu-

tet är nära och patienten kan då välja om och få sin sista tid på vår palliativa vårdavdelning istället. Tillgången till egna slutenvårdsplatser upplevs som en trygghet för många patienter som skrivs in i ASIH, utifall en plats där skulle behövas.

Även om vi har bred kompetens, med läkare, sjuksköterskor och paramedicinare med olika specialiseringar och spetskompetenser kan vi inte upprätthålla helt uppdaterade specialistkunskaper inom alla de sjukdomsområden vi har hand om. Dessutom saknar vi vissa av sjukhusets resurser, till exempel röntgen-utrustning eller möjlighet till beredning av cytostatika. Därför har våra inskrivna patienter ofta kvar sin specialistkontakt på sjukhuset, vilket också ställer krav på god informationsöverföring mellan de olika vårdaktörerna.

För att säkerställa att våra gemensamma patienter får en god och säker vård samverkar vi med bland annat onkologkliniken, hematologen, neurologen, hjärtkliniken och lungkliniken. Det är viktigt och naturligt att ha en aktiv dialog över klinik- och verksamhetsgränserna kring de enskilda patienterna, men vi ser också ett behov av ett nära, mera formaliserat samarbete. Detta för att klargöra fördelningen av resurser och medicinskt ansvar och för att skapa tillfällen till att samtala om patientgruppens vårdbehov och nå samsyn kring brytpunkter i sjukdomsförloppen.

För att illustrera hur arbetet på ASIH och onkologen närmar sig varandra

kan nämnas att det bara för några år sedan var cirka en tredjedel av ASIH-anslutna patienter som hade pågående antitumoral behandling. I dag är det över två tredjedelar. Därför är det allt svårare att avgöra om patienternas aktuella problem är behandlingsrelaterade eller direkt förklarade av försämring i grundsjukdomen.

Vid sidan av ständig dialog med onkologen kring gemensamma patienter är den hos oss på senare år mest utvecklade och formaliserade samverkan upparbetad med hjärtklinikens hjärtsviktsenhet vid Karolinska Huddinge. Inledande regelbundna, gemensamma planerings- och avstämningsmöten har nu utvecklats till gemensamma ronder kring etiska dilemman eller särskilt komplex problematik. Vi inleder nu också ett projekt som ska leda fram till gemensamma riktlinjer för brytpunktsamtal vid grav hjärtsvikt.

### **Enstaka insatser**

Så här beskrivs uppdraget av Stockholms läns landsting:

”Vårdgivaren skall tillhandahålla enstaka avancerade medicinska insatser och specifika omvårdnadsinsatser, samt begränsat stöd till närstående vid behov. Tillgång till hög läkartillgänglighet skall finnas d.v.s. möjlighet till akuta läkarbesök i hemmet. Vårdgivaren skall samverka med den huvudansvarige vårdgivaren. I remissvar skall klart framgå vilket/vilka ansvarsområden som tas över av vårdgivaren. Vårdgivaren ansvarar endast för de insatser som ges inom ramen för detta uppdrag. Husläkarverksamhetens huvudansvar för patienten kvarstår (inkl. basal hemsjuk-

vård).” Således kvarstår det övergripande patient- och läkemedelsansvaret hos ordinarie läkare.

För att ett uppdrag med enstaka insatser ska vara effektivt och ge mervärde till patienten krävs god samverkan med övriga aktörer, såväl andra vårdgivare som hemtjänst och personliga assistenter. Vi har under många år utvecklat ett gott samarbete i vårt upptagningsområde. Numerärt dominerar diagnoserna hjärtsvikt och KOL (kroniskt obstruktiv lungsjukdom). För dessa tillstånd har vi arbetat fram standardiserade sätt att följa upp patienten. Genom detta kan vi förebygga skov i sjukdomen, undvika besök på akutmottagningar med ibland akuta sjukhusinläggningar som följd, och öka patientens livskvalitet. Utifrån den strukturerade uppföljningen och monitoreringen märker vi också om en försämring ändå sker och kan då snabbt sätta in åtgärder.

Vi har även patienter med andra progressiva, kroniska sjukdomar som ALS, MS, lungfibros, etc. Därutöver tar vi emot mer kortvariga, men ibland återkommande, uppdrag. Till exempel:

- intravenös antibiotikabehandling, där alternativet är att ligga kvar på sjukhuset och ta upp en plats bara för behovet av intravenös tillförsel
- blodtransfusioner
- nutritions- eller vätskedropp

Ibland finns svårigheter i gränsdragningen mellan vad som bäst utförs på sjukhus respektive via avancerad eller basal hemsjukvård. Vägledning kan då fås av begreppet LEON (lägsta effektiva omhändertagandenivå). Enligt

LEON-principen är det till exempel uppenbart att intravenös antibiotikabehandling kan vara resursmässigt fördelaktigt att ge i hemmet. Dels för att kostnader för sjukhusplatsen oftast överstiger hemsjukvårdsinsatserna och dels för att det finns faror med all slutenvård på sjukhus, bland annat risk för andra infektioner. Dessutom föredrar många patienter av livskvalitetsskäl att få behandlingen i hemmet. Men det förutsätter en stabil hemsituation som medger en patientsäker vård: Kan patienten hantera en droppställning? Hur ser familjesituationen ut? Hur allmänpåverkad är patienten? Det finns i hemmet inte tillgång till personal på samma sätt som på sjukhus med möjlighet till snabba ingripanden vid plötslig försämring. Dessutom är det en resursfråga. Ska antibiotika administreras många gånger per dygn finns en brytpunkt för kostnaderna där hemsjukvård trots allt blir mer kostsam än sjukhusvård.

## Organisationen vid ASIH Långbro Park

ASIH Långbro Park tillhör Stockholms läns landsting och är en fristående enhet, såtillvida att den inte är en del av till exempel en geriatrisk klinik.

Verksamheten är förlagd till tre hemsjukvårdsteam, varav två Cancerprofilerade och ett Medicinskt, och en vårdavdelning. Den hembesökande cancerprofilerade personalen är uppdelade i ett Norra och ett Södra team med cirka 30 personer i varje. I teamet ingår läkare, sjuksköterskor, arbetsterapeut, sjukgymnast, kurator, dietist

och läkarsekreterare. Arbetslagen har vardera vanligen omkring 45 patienter inskrivna, men det kan variera mellan 40 och 55. Tidigare kallades teamen ”Palliativa teamen”, men namnbyte till ”cancerprofilerat” gjordes för att det bättre återspeglar vidden av uppdraget från ”kurativa” till ”icke botbara” patienter, inklusive ”sen-palliativa”. Majoriteten av patienterna är inskrivna för Helydysvård. Undantagen är vissa cancerpatienter med avgränsade behov, såsom nutritionsdropp, skötsel av infarter till djupt liggande blodkärl eller blodtransfusioner.

Det Medicinska teamet består av cirka 25 personer (men är i ökande till följd av de förändringar i uppdraget som sker 2013, var god se nedan), medan patientantalet där successivt under åren ökat till cirka 150. Det som gör det möjligt att vårda så många patienter i Medicinska teamet är dels att majoriteten är patienter med Enstaka insatser och dels att många av dessa har en relativt stabil sjukdomssituation jämfört med många av cancerpatienterna. En stor utveckling av vad som är möjligt att utföra i hemmet har skett för våra invärtesmedicinska patienter. Bland annat givandet av intravenös antibiotika, buktappningar och intravenös behandling med urindrivande vid hjärtsvikt.

På den specialiserade palliativa vårdavdelning arbetar cirka 30 personer. En överläkare och en underläkare, en kurator samt sjuksköterskor och undersköterskor. Arbetsterapeut, sjukgymnast och dietist tillkallas vid behov från något av hemsjukvårdsteamet.

Totalt arbetar 15 läkare på ASIH Långbro Park, men alla arbetar inte heltid. De har sin tillhörighet i ett team eller på avdelningen, men kan vid behov rotera mellan enhetens olika delar för att täcka upp för varandra. Majoriteten av de anställda läkarna är specialistutbildade, varav fyra är geriatriker och tre onkologer. Även allmänmedicin, internmedicin, allmänkirurgi och anesthesi finns representerat i läkargruppen. Den bredd i erfarenhet och formell kompetens vår läkargrupp besitter gör att de olika enheterna på ASIH Långbro Park kan hantera den komplexa problematik många av patienterna har. Det gör det också lättare för våra anställda underläkare och gästande utbildningsläkare och studenter att få en bra utbildning. Det finns många att rådfråga och de har sinsemellan olika kunskaper och färdigheter att dela med sig av.

Den rent administrativa personalen är cirka 10 personer, där vissa är enhetsövergripande, bestående av chefer, kvalitets- och patientsäkerhetssamordnande sjuksköterska, remissamordnande sjuksköterska, servicetekniker (med ansvar bland annat för bilarna), läkarsekreterare, vaktmästare och, på deltid, personalsekreterare och ekonomiansvarig.

Verksamheten har också en receptarie fyra timmar per dag som tar ansvar för verksamhetens två läkemedelsförråd och läkemedelsförsörjning. Denna tjänst tillkom efter ett utvecklingsprojekt och ökar den farmaceutiska kompetensen inom verksamheten.

## Fokus på palliativ vård

Även om verksamhetens innehåll breddats under åren är kärnan i verksamheten palliativ vård. Samtidigt har sjukdomsförloppen för många cancerformer, liksom för till exempel hjärtsvikt, förändrats över åren. Den förlängda överlevnad vi ser för många patientgrupper, till följd av tekniska och farmakologiska framsteg, innebär främst att tidsperioden med aktiv ”sjukdoms-modifierande” behandling har blivit längre (Figur 1). Begreppet ”palliativ vård” är inte fullt applicerbar under denna period, eftersom avvägningar och beslut kring ”behandling eller ej” inte bara styrs av balansgång mellan symtomlindring och bieffekter utan också av eventuella bromsande effekter på grundsjukdomen. Ofta över-sätts ”palliativ vård” med ”symtomlindring” men då ska man dels komma ihåg att symtomlindring behövs i sjukdomens alla skeden, även i ”kurativ” fas (Figur 1), dels att en viktig del i palliativ vård är att ligga ”steget före” och också förebygga symtom (Nationellt vårdprogram för palliativ vård 2012–2014).

För att få ett stöd i beslutsprocesser, och finna en stadga i en värld där både

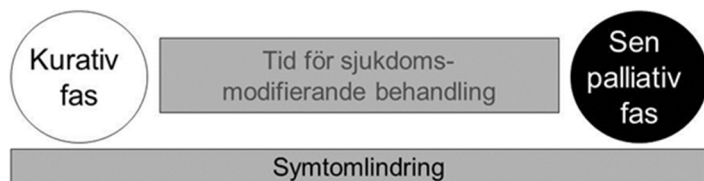
sjukvården och sjukdomspanoramat ständigt förändras, har vi på ASIH Långbro Park införlivat en övergripande vårdfilosofi och utarbetat en egen, gemensam värdegrund. Dessa är också viktiga stöttepelare i en storleksmässigt växande organisation.

### Vårdfilosofi

Ända sedan starten av ASIH Långbro Park har strävan varit att enas kring en gemensam vårdfilosofi. Önskemålet var att få en struktur på vårdens och på samtalen med patient och närstående och att få en bild av ”hela” människan och inte bara sjukdomen och de kroppsliga symtomen. Utgående från Avery Weismans forskning användes sex kriterier (Weisman, 1979). Meningen var att alla patienter skulle vårdas utifrån samma vårdfilosofiska tankar. Dokumentationen skulle vara diagnosneutral, det vill säga vara likadant strukturerad oavsett vilken sjukdom patienten har. Vi har också stärkt den personcentrerade vården, där vi velat bejaka det friska hos individen.

Under åren har de ursprungliga sex kriterierna utvecklats till ”De 6 S:n” (Ternstedt, 2012):

- 1) Självbild
- 2) Självbestämmande



Figur 1. Förenklad modell för ett sjukdomsförlopp, från vänster till höger. Allt oftare pågår ”mellan-perioden” då olika sjukdoms-modifierande behandlingar erbjuds under månader till år. Under denna period kan osäkerhet hos patienter, närstående och vårdgivare finnas kring vårdnivå och vårdens egentliga inriktning. Tvärtom är intentionerna under kurativ fas och sen-palliativ fas ofta tydlig.

- 3) Sociala relationer
- 4) Symtomlindring
- 5) Sammanhang
- 6) Strategier

De sex S:n genomsyrar teamens ronder och planeringen av patientens vård, liksom samtal med patient och/eller närstående och sjuksköterskans omvårdnadsdokumentation. För att komma ifrån det fokus det lätt blir på de rent medicinska aspekterna leds ronderna ofta av någon ur den paramedicinska personalen. I olika grupperingar erbjuds medarbetarna professionell handledning av extern mentor och regelbundna interna möten för reflektion hålls i respektive arbetslag. Varje termin genomförs enhetsvisa Utvecklingsdagar på 1-2 dagar då också möjlighet ges till diskussioner om etik och vårdfilosofi.

### Värdegrund

Som komplettering till vårdfilosofin har det som ett projekt nyligen framarbetats en gemensam värdegrund. Samtliga medarbetare på ASIH Långbro Park har deltagit i arbetet, oavhängigt av yrkeskategori eller roll i organisationen. Vid starten av projektet poängterades det att det var viktigt att värdegrunden skulle springa ur det vardagliga arbetet och vara grundad hos alla medarbetare och inte vara en ”papersprodukt” från ledningen.

Till ledord för patientmötet valdes Respekt, Lyhördhet, Tillgänglighet. För att illustrera medarbetarskapet valdes Mod, Samarbete, Delaktighet och för vad som ger oss Arbetsglädje: Engagemang, Humor, Team/Gruppkänsla

Värdegrunden hålls levande genom att vi tar upp och diskuterar den på olika gemensamma möten.

### Framtiden

Texten ovan har försökt beskriva Stockholms ”variant” av specialiserad palliativ hemsjukvård som den har sett ut under det senaste decenniet, med ASIH Långbro Park som exempel. Flera stora förändringar av sjukvården i Stockholm sker just nu och under de närmast kommande åren. Som nämnts förändras sjukdomspanoramat över tid, liksom enskilda sjukdomars förlopp och hur de behandlas. Men mycket av det som pågår nu i Stockholm är konsekvenser av olika politiska beslut. Dessa är svåra att sammanfatta men två bärande tema är tydliga: 1) Vårdvalsreformen, som i Stockholm gäller både Primärvården och den specialiserade öppenvården utanför sjukhusen. 2) Uppförandet av Nya Karolinska Solna med delvis ny nivåstrukturering av den specialiserade och högspecialiserade vården samt en markant förskjutning från slutenvård till öppenvård utanför sjukhusen, inklusive ett breddat uppdrag för ASIH.

### Vårdval ASIH

15 januari 2013 går ASIH-uppdraget för 15 olika ASIH-vårdgivare i lika många geografiska områden över från beställd vård, begränsad till en viss volym, till Vårdval ASIH. Detta leder till flera förändringar, där själva vårdvalet, det vill säga att patienten har rätt att välja vårdgivare, bara är en del. För att skapa denna valmöjlighet öppnas möjligheten för ett obegränsat antal ASIH-vårdgivare att ansöka om auktorisation



Tabell 1. Utdrag ur Stockholms läns landstings Hälso- och sjukvårdsförvaltnings "Förfrågningsunderlag enligt LOV Vårdval - Godkännande att bedriva Avancerad sjukvård i hemmet". Stycket beskriver de tänkta patientgrupperna som ska kunna vårdas i hemmet i "Heldygnsvård" efter 15 januari 2013.

Patient med ett stabilt sjukdomstillstånd och i behov av specialiserad medicinsk vård och omvårdnad som kräver specifik reell kompetens och hög tillgänglighet för att kunna vårdas utanför akutsjukhus<sup>1</sup>

Patient med allvarlig kronisk sjukdom och i behov av specialiserade medicinska och omvårdnadsmissiga insatser som kräver specifik reell kompetens eller hög tillgänglighet för att kunna vistas hemma<sup>2</sup>

Patient med komplex sjukdoms/symptombild<sup>3</sup> som inte svarar på sjukdomsmodifierande behandling och som på grund av sjukdomen har en begränsad återstående livstid<sup>4</sup> och är i behov av komplexa symptomlindrande medicinska och omvårdnadsmissiga insatser<sup>5</sup> dygnet runt

Fotnoter:

<sup>1</sup> T ex patient som under en antitumoral behandling är i behov av symtomkontroll och/eller psykosocialt stöd där den behandlande cancerspecialistens stöd eller omvårdnads- och rehabiliteringsinsatser i öppenvården inte räcker till, annat exempel är patient med infektionssjukdom och i behov av intravenös antibiotikabehandling

<sup>2</sup> Cancerpatient i tidigt palliativt skede kan ses som en patient med kronisk sjukdom.

<sup>3</sup> Med komplex sjukdoms/symptombild avses en kombination av svåra symtom såsom t ex smärta, illamående, andnöd eller oro som behandlas med omfattande medicinska och omvårdande insatser.

<sup>4</sup> Förväntad överlevnadstid beräknas vara högst tre månader

<sup>5</sup> Minst två av nedanstående kriterier föreligger:

- Flera samtidiga symtom/behov
- Behov av två eller flera professioner samtidigt
- Behov av akuta insatser
- Behov av kontinuerliga läkarinsatser
- Krävs reell kompetens p.g.a. att insatser utförs sällan

i ett angivet geografiskt område.

Auktorisationen förutsätter att verksamheten har tillräcklig storlek och ekonomiska förutsättningar för att bedriva ASIH-vård i hela upptagningsområdet samt uppfyller ett antal kriterier, bland annat ett tillräckligt antal specialistutbildade läkare, sjuksköterskor och paramedicinare. Ett annat krav är att verksamheten har tillgång till specialiserade, palliativa slutenvårdsplatser, om än inte nödvändigtvis inom den egna organisationen.

För att fortsätta (eller nystarta) verksamhet 15 januari krävdes en ansökan

fyra månader tidigare, men det finns också möjlighet att fortlöpande ansöka som ny aktör, eller befintlig aktör som vill utöka sitt upptagningsområde. De geografiska områdena har ritats om från 15 områden till 8, med konsekvensen att flertalet upptagningsområden har blivit större.

Själva valet ska vara patientens eget och ske utifrån bostadsadress och vilka aktörer som är auktoriserade där och som signalerar att de har en ledig plats. Först efter att patienten har valt ASIH-vårdgivare kan remiss till ASIH skrivas. Även den specialiserade, palliativa slutenvården går in i Vårdval 15 januari

2013, men där är det som tidigare så att patienten oavsett bostadsadress kan välja enhet inom länet – förutsatt att det finns en ledig plats på vald enhet.

### **Nya patientgrupper**

Den stora förändringen, vid sidan av ny geografisk indelning med färre och större upptagningsområden och själva Vårdvalet, är de nya tänkta patientgrupperna och att uppdrag med ”Enstaka insatser” begränsas. Definitionen av patienter som kan bli föremål för ”Heldygnsvård” citeras i Tabell 1. Av den framgår dels att ASIH-uppdraget breddas. Det är tydligt att det inte begränsas till cancerpatienter och att patienter som ibland definieras som ”mest sjuka äldre” inkluderas. Även patienter som tidigare oftast vårdades med ”Enstaka insatser”, till exempel de med behov av intravenös antibiotika, framöver, om de ska vårdas i hemmet, blir anslutna för heldygnsvård.

Förutom detta definieras olika uppdrag som rubriceras som ”Konsultinsatser”, främst konsultativa insatser som stöd till andra vårdgivare eller specifikt för att ge blodtransfusioner på uppdrag av husläkaren.

### **ASIH Långbro Park i framtiden**

Vår nuvarande verksamhet berörs redan under hösten 2012 av förändringarna som kommer i januari 2013. Den tydligaste konsekvensen av det nya uppdraget ses för ”Medicinska teamet”, både breddningen av tänkta patientgrupper och styrningen från ”Enstaka insatser” till ”Heldygnsvård”. Alla nuvarande patienter inskrivna för ”Enstaka insatser” kvalificerar sig inte

för ”Heldygnsvård” och dessa kommer därför få ”skrivas ut” och hänvisas till vårdcentralen. Några patienter har också, när de ställs inför faktum att bara kunna erbjudas ”Heldygnsvård” för att kunna vara fortsatt inskrivna, valt att gå kvar hos Vårdcentralen. Även dessa måste då ”skrivas ut”.

Men flertalet av patienterna i nuvarande ”Medicinska teamet” kommer att övergå till ”Heldygnsvård” med allt vad det innebär med överföring av ansvar till oss för läkemedel, Waranordinationer osv, rapportering till diabetes-register plus allt det som annars faller under basal hemsjukvård. För att praktiskt kunna göra denna förändring har vi successivt måst övergå till ”Heldygnsvård” redan under hösten 2012 (alternativet att överföra alla mellan 14:e och 15:e januari vore inte praktiskt genomförbart). Dessutom skedde i Stockholm under hösten 2012 en avveckling av de fyra befintliga geriatriska ”Äldreteamen”, av vilket Äldreteam Huddinge var beläget i vårt nuvarande upptagningsområde. Dessa patienter erbjöds anslutning till oss och majoriteten tackade ja.

För att möta denna efterfrågan och breddning av uppdraget har Medicinska teamet fått rekrytera läkare, distriktssköterskor och undersköterskor. I och med att det i Vårdval inte finns något ”tak” för en verksamhet så kan, om efterfrågan ökar och inte konkurrensen vänder vår utveckling, ytterligare utökning av teamet göras.

### **Samgående med ASIH Nacka**

Som ett led i att upptagningsområden

tema

ändrats och utökats går ASIH Långbro Park samman med ASIH Nacka, som också tillhör SLSO, under det gemensamma namnet ASIH Nacka Långbro Park.

## Referenser:

Regionala cancercentrum i samverkan (2011). Nationellt vårdprogram för palliativ vård 2012–2014.

Weisman, A. D. (1979). *Coping with cancer*. McGraw-Hill Book company: New York.

Ternstedt, B.M. (2012). *De 6 S:n - en modell för personcentrerad palliativ vård*. Studentlitteratur.