

LAH Linköping 50 år!

Gunnar Carlgren

Distriktsläkare, Verksamhetschef, LAH Linköping, Universitetssjukhuset, 581 85 Linköping.
E-post: gunnar.carlgren@lio.se.

LAH Linköping startade 1962 som landets första hemsjukvård med utgång från sjukhus. Under 90-talet fick organisationen sin nuvarande omfattning med palliativ vård i hemmet, palliativ slutenvård, hemrehabilitering och avancerad hemsjukvård med internmedicinsk inriktning. Östergötland blev unikt i Sverige genom att hela länet har tillgång till palliativ hemsjukvård och avancerad hemsjukvård. LAH Linköping tar ett befolkningsansvar och vårdar 25% av alla som avlider i Linköping. De unika erfarenheter som gjorts i den avancerade hemsjukvården har inte tagits tillvara i kommunaliseringen av hemsjukvården. Den demografiska utvecklingen i vårt land och bristen på slutenvårdsplatser har en logik som förutsätter framtida utbyggnad av avancerad hemsjukvård.

The first hospital based home care (LAH) in Sweden started in Linköping 50 years ago, in 1962. Although of minor importance in the first two decades, the necessity of the doctor and nurse being available 24 hours was acknowledged. During the 90ths a great expansion and development took place, the era of advanced home care. Today, 25% of all patients dying in Linköping get their care from LAH. Approximately 200 die in their own home, surrounded by their family, and 100 die in the small ward (6 beds) for specialised palliative care that exists within LAH. Apart from the palliative teams, there is one team specialised in providing home care to patients with end stage heart- and lung disease, and developing palliative home care for these patients is now of high priority. Patients with need of intravenous antibiotics and nutrition can receive home care, even in more complicated situations, i.e. for example short bowel syndrome. LAH provides medical care, the personal care that the patients need is provided by the municipality along with family members. LAH is working with multi professional teams, which, apart from doctors, nurses and help-nurses, have professionals for nutrition, physiotherapy, occupational therapy and counselling. Taken into consideration the demographic future and the shortage of hospital beds, expansion of advanced home care is inevitable in the next 10-20 years. Our experience is that, apart from total availability, the ability to plan for coming problems is crucial in order to provide home care that can give the patients a sense of security that does prevail even when end of life is closing up.

Historik

Att besöka sjuka människor i deras hem för diagnostik och behandling, tröst och stöd, var tidigare en viktig del i distriktssköterskans och provinssiälläkarens gärning. Efter den kraftiga utvecklingen av lasarettssjukvården under 1900-talet uppstod år 1962 en ny form av hemsjukvård – den lasarettssanknutna. Läkaren Per Arnander startade då den Lasarettssanknuta hemsjukvården i Linköping, LAH, som i början bestod av endast honom själv och en sjuksköterska med varsin cykel. Utvecklingen var blygsam under 60-talet, och det blev istället Barbro Beck-Friis som i Motala under 70-talet utvecklade Motalamodellen med vård av döende människor i det egna hemmet i den första organisationen med vård dygnet runt i hemmet.

I slutet av 80-talet omfattade LAH 7 sjuksköterskor och 15 undersköterskor som vårdade ca 150 patienter i hemmet. Av dessa var en mindre del cancerpatienter, flertalet var astma-, KOL- och hjärtsviktpatienter. Redan då använde man sig av subcutana sprutpumpar för smärtlindring av cancerpatienterna. I början av 90-talet kom de första läkarna som enbart arbetade inom LAH, som var en del av den Geriatriska kliniken.

1994 startade Rehab-LAH som erbjöd rehabilitering i hemmet istället för på sjukhus efter höftplastiker och stroke. 1995 skede en kraftig expansion och man fick tillgång till sjuksköterskor dygnet runt, som kunde erbjuda palliativ vård i livets slutskede i det egna hemmet. I och med detta börjar den

avancerade hemsjukvårdens era. Från att ha hanterat ca 90 människors dödsfall ökade man till över 200 i slutet av 90-talet. Utöver cancerpatienter vårdades många människor med hjärtsvikt och KOL under långa tider. En inventering av vilka patienter som skulle kunna vårdas hemma inom ramen för avancerad hemsjukvård ledde 1995 till reduktion av slutenvårdsplatser på Universitetssjukhuset och överföring av sparade resurser till LAH. Därigenom skapades tre vårdlag för palliativ vård och man kunde starta ett vårdlag för internmedicinsk avancerad hemsjukvård, Akut-LAH, vars syfte från början var att minska behov av slutenvård. Sjukhusets säng i patientens hem var mottot. Ännu några år efter Ädelreformen tog LAH ett omvårdnadsansvar för patienterna, men detta har sedan överlåtits till kommunens omsorgsorganisation. Därigenom minskades antalet undersköterskor, medan sjuksköterskorna blev fler. LAH utvecklades starkt mot avancerad medicinsk vård och omvårdnad, och LAH uttyds nu som Linköpings Avancerade Hemsjukvård.

LAH 2012

Akut-LAH ansluter ca 350 patienter varje år, de flesta under relativt korta perioder. De vanligaste diagnosgrupperna är hjärtsvikt, KOL och infektionspatienter med behov av parenteral antibiotikabehandling. Andra grupper är kirurgiska och medicinska mag-tarmpatienter med behov av parenteral nutrition, och ibland intensiv vätskebehandling vid höga flöden hos stomiopererade.

Akut-LAH har utvecklat kompetens att behandla grav högersvikt och massiva ödem med subcutan kontinuerlig infusion av loopdiuretica. Detta görs bättre i hemsjukvård, då det fordras längre tid än man idag får vara kvar inom slutenvård.

I ett forskningsprojekt i samarbete med IMT (institutionen för medicinsk teknik) kallat Hålsodagboken, har vi prövat att låta hjärtsviktpatienterna bli delaktiga i vården med dagliga digitala rapporter av sitt hälsotillstånd till ett webgränssnitt som läses av varje dag. Resultaten visar att patienternas behov av slutenvård reduceras till nära noll, att deras autonomi och trygghet stärks, och att vi kan ta ansvar för fler patienter med samma personalresurs. Ett större projekt kommer 2013 att startas tillsammans med LAH Norrköping och Lungkliniken, där LAH-vård av svårt KOL- och hjärtsjuka patienter med frekventa akuta inläggningar på sjukhus ingår. Syftet är att få reda på om avancerad hemsjukvård är bra för patienterna och landstingsekonomi, och om användning av teknik för distansmonitorering har några fördelar.

Palliativ-LAH utgörs numera av två vårdlag som huvudsakligen bedriver palliativ hemsjukvård vid cancersjukdom. Man har anslutit 230-240 patienter per år av de ca 300 människor som avlider i Linköping med cancer, och av dessa har ca 170 avlidit i hemmet och ca 60-70 på LAH:s slutenvårdavdelning med 6 platser för specialiserad palliativ vård. Vårdavdelningen tar också ansvar för de akuta vårdflödena och får ibland patienter från Akutmot-

tagningen, ibland från andra sjukhuskliniker.

Sjuksköterskor, undersköterskor och läkare är basen i teamen, men LAH har egen dietist och tillgång till kurator, arbetsterapeuter och sjukgymnaster.

Samarbetet med Linköpings kommun är gott. Detta innebär t.ex. att vi får extravak från kommunen till patient som vårdas i livets slutskede när vi ber om det.

Utvecklingen av den palliativa vården har länge utgått från de cancersjukas behov, men vi vill på LAH i allt större utsträckning ta ansvar för palliativ vård av de med kronisk hjärt- och/eller lungsjukdom. 2011 var drygt 300 av de 1200 Linköpingsbor som dog under året anslutna till LAH, dvs kring 25% av samtliga dödsfall.

Den statliga utredningen *Döden angår oss alla* (1) pekade 2001 på behoven att bygga ut den palliativa vården i Sverige. Östergötland var då unikt genom att hela länet var täckt: LAH fanns i Linköping, Norrköping, Finspång, Motala och i Mjölby. I de mindre kommunerna Åtvidaberg, Kisa, Ydre och Valdemarsvik hade primärvården organiserat motsvarande palliativa vård i nära samverkan med kommunsjukvård och med stöd av palliativa rådgivningsteam från LAH. Därigenom är den palliativa vården och i viss mån den avancerade hemsjukvården utbyggd för alla östgötar. Politikernas ambitioner är höga, och 2003 fattade man beslut, i enlighet med utredningen *Döden angår oss alla*, att man skulle tillförsäkra alla östgötar

en värdig vård i livets slut. Därför startade 2004 PKC, Palliativt Kompetenscentrum, knutet till LAH Norrköping, med uppdrag att utbilda all vårdpersonal i basal palliativ vård, att anordna årliga fortbildningar i länet och ta ansvar för lokala vårdprogram och rutinutveckling. Kompetensutveckling i basal palliativ vård har omfattat all sjukvårdspersonal i landstinget och all personal inom kommunernas hemvård och äldreomsorg. Goda resultat i Svenska Palliativregistret visar att Östergötland har kommit en bra bit på vägen.

Ett nationellt perspektiv

Socialstyrelsen visar i en registerstudie från 2005 (2) var människor dör i Sverige, och den visar en obehaglig sanning som blivit alltför lite uppmärksammat. 50% (40.000) av de 80.000 över 65 års ålder som årligen dör i Sverige avlider inom 14 dagar efter utskrivning från sjukhus. Av dessa 40.000 som kommer att dö inom två veckor åker 30.000 tillbaka till sjukhuset och avlider där. Detta ger oss en bild av det vanliga i Sverige – att livets sista tid tillbringas i ett pendlande mellan hemmet och sjukhuset, där 112 och ambulansen är det enda man har att tillgå i otrygghetens vanmakt. En av orsakerna är att det saknas vårdgivare som kan erbjuda trygg vård i det egna hemmet när livets sista kapitel skrivs.

Trygghet är nyckeln till bra hemsjukvård

Den avancerade hemsjukvården förekommer fläckvis över landet, men där den finns erbjuder den en fungerande hemsjukvård även vid svår sjukdom

och förestående död. Denna vårdform har utvecklat förmågan att skapa trygghet som erbjuder en möjlighet för patienterna att välja hemsjukvård istället för sjukhusvård. Tryggheten byggs upp med följande ingredienser:

1. Tillgänglighet dygnet runt – patient och anhöriga kan när som helst ringa och prata med en sjukvårsmänniska, inte en telefonsvarare med knappalternativ, som har kunskap om hennes vårdbehov och kan erbjuda lösning. Redan 1962 förstod dr Per Arnander detta då han startade LAH i Linköping.
2. Ett framförhållande arbetssätt, där kommande vårdbehov är kartlagda och förslag till behandling finns beskrivna i en vårdplan. Detta ger sjuksköterskan verktyg som gör henne trygg med patienten i svåra situationer i nattens mörker.
3. Möjlighet att få hembesök av läkare när behovet finns, oavsett tid på dygnet.
4. Ett team med hög kompetens och många kompetenser, tillräckligt litet och sammanhållet för att patienten skall känna att man ger samma vård, oavsett vem som kommer.
5. Erfarenhet av palliativ vård, som ger förutsättning för nära samtal om hur framtiden kan komma att gestalta sig. All planering av vården av sjuka äldre kräver denna kompetens.

En del av detta handlar om organisation och resurser, men mycket handlar om en förtrogenhetskunskap som blivande sjuksköterskor och läkare inte får i sin grundutbildning, utan måste erhålla genom arbete med god hand-

ledning av erfarna kollegor. Diplomerings av sjuksköterskor och läkare i palliativ vård är en viktig del, och från 2014 kommer vi att få möjlighet att fortbilda till specialistkompetens i Palliativmedicin.

Kommunreformen löser inte behoven

I hälften av Sverige överfördes all hemsjukvård till kommunerna i samband med Ädelreformen 1992. Sedan 2005 har vi sett utredningar som föreslår att hemsjukvården kommunaliseras i den andra halvan av landet, och det sista fem åren har så skett i flera landsting. Norrbotten tar steget 2013, Östergötland står på tur ett år senare, och under hot om lagstiftning kommer även Stockholm att genomföra kommunaliseringen.

Reformen är tänkt att lägga grunden för en bättre hemsjukvård när antalet äldre ökar kraftigt efter 2020, då antalet människor äldre än 80 år ökar med 50% på tio år!

Det är möjligt att människor med relativt stabilt behov av hemsjukvård kan gagnas av detta, men så är inte fallet med de sjuka äldre. Ulla Gurner har på uppdrag av SKL undersökt sjuka äldres vårdkonsumtion i många kommuner i olika län, och hon finner ingen skillnad mellan kommuner där hemsjukvården är kommunaliserad och där den är landstingsdriven (3). Patienterna vårdas i för stor utsträckning på sjukhus, det finns ingen som samordnar vårdinsatserna och primärvården förmår inte erbjuda en tillräckligt trygg vård.

Erfarenheterna från den avancerade hemsjukvården måste tas tillvara och utgöra grund för fortsatt hemsjukvårdsutveckling. Om inte läkare och sjuksköterskor finns i en gemensam organisation tror jag inte att detta kommer att ske. Östergötland har under 50 år byggt ett koncept som fungerar – det vore oklokt om man inte tar tillvara denna erfarenhet.

Referenser

- (1) Döden angår oss alla (SOU 2001:6)
- (2) Var dör de äldre – på sjukhus, särskilt boende eller hemma? – En registerstudie (SoS 2005-123-30)
- (3) U Gurner; Bättre liv för sjuka äldre – en kvalitativ uppföljning; 2012 ISBN 978-91-7164-763-4