

Har Ädelreformen förändrat villkoren för den döende äldre patienten?

Britt Mari Hellner

Lennarth Johansson

Döden flyttar ut från sjukhusen, säger författarna till denna artikel. Ädelreformen har medfört att allt färre dör på akutsjukhusen, och vården på de f d sjukhemmen, numera betecknade som "särskilt boende", blir allt tyngre. Vad händer då med den gamla, svårt sjuka patienten, som visserligen inte behöver akutsjukhusets alla resurser, men som behöver medicinsk vård och smärtlindring? Har de f d sjukhemmen tillräcklig kompetens att vårda dessa? Författarna pekar på att det strategiska begreppet "medicinskt färdigbehandlad" kan komma att påverkas av andra faktorer än egentliga medicinska förhållanden. Det pågår på många håll ett intensivt arbete på att förbättra vården för döende äldre patienter, men problemet är allt för ofta att sjukhemmen saknar nödvändiga resurser.

Britt Mari Hellner är leg psykolog och doktor i medicinsk vetenskap och har arbetat länge inom psykiatriisk vård. För närvarande arbetar hon på Socialstyrelsen med uppföljningen och utvärderingen av Ädelreformen. Lennarth Johansson är leg psykolog och doktor i medicinsk vetenskap och har lång erfarenhet av FoU inom äldreomsorgen. För närvarande arbetar han på Socialstyrelsen som ansvarig för uppföljningen och utvärderingen av Ädelreformen.

För länge sedan var vård av gamla och sjuka en uppgift som sköttes inom familjen. I hemmet fick man ta hand om både födelse och död. Men i takt med de medicinska landvinningarna och utvecklingen av en allmän sjukvård blev det allt mer vanligt att överlämna ansvaret för livets början och livets slut till sjukvården. Under vår tid har de allra flesta av de gamla och sjuka fått vård i livets slutskede på sjukhus eller sjukhem. Döden har institutionaliserats.

Idag befinner vi oss i en ny situation. Antalet gamla

och sjuka ökar, medan den samhällsekonomiska utvecklingen nått ett tak för expansion. Detta tvingar fram förändringar med syfte att nå ett effektivare utnyttjande av resurserna.

Den första januari 1992 genomfördes Ädelreformen. Avsikten med "århundradets sociala reform" var både att förbättra kvaliteten på vården och använda de ekonomiska resurserna effektivare.

Landstingen har tidigare haft huvudansvaret för all sjukvård, men genom Ädelreformen fick kommunerna det ekonomiska ansvaret för all långvarig vård av äldre och handikappade. Kommunerna fick ett lagstiftat betalningsansvar för medicinskt färdigbehandlade patienter inom somatisk akutsjukvård och geriatrisk vård, samt för de patienter som vårdas inom långtidsjukvård.

Den tydligaste effekten av Ädelreformen är att antalet medicinskt färdigbehandlade patienter inom somatisk akutsjukvård och vid de geriatriska klinikerna har minskat avsevärt (1). Men flera andra stora förändringar inom sjukvården, som köp- och säljsystem, vårdgarantier och ny medicinsk teknik har också bidragit till att vårdtider och patientgenomströmning påverkats.

Samtidigt kan man se en tendens till att den genomsnittliga dödligheten vid medicinklinikerna minskar (2). Detta kunde förväntas, eftersom de patienter, som vid medicinklinikerna väntar på utskrivning till sjukhem, ofta är gamla och mycket svårt sjuka och nu hinner skrivas ut innan de dör. FoU-byrån inom Socialtjänsten Stockholm har jämfört antalet personer över 75 år, som var döda två veckor efter utskrivningen från sjukhus, under första halvåret 1991 och 1992 (1). Jämförelsen visar att detta antal var avsevärt högre 1992, trots att det totala antalet dödsfall i åldersgruppen var konstant. Döden flyttar ut från sjukhusen.

Man kan ha skilda meningar om denna utveckling,

Framför allt är problemet hur man skall kunna erbjuda varje enskild patient medicinskt kompetent och värdig vård

vilket också avspeglat sig i debatten i massmedia. Det kan å ena sidan ses som en fördel att man inte längre behöver dö i en opersonlig sjukhusmiljö, utan kan få sluta sina dagar på sjukhem eller hemma. Det kan å andra sidan vara en nackdel när det gäller patienter som under längre tid vårdats på sjukhus och bedömts som medicinskt färdigbehandlade, samtidigt som de befinner sig i livets slutskede. För dem kan det uppstå tveksamhet om var de skall vårdas - på sjukhus eller i kommunal vård. Men framför allt är problemet hur man ska kunna erbjuda varje enskild patient medicinskt kompetent och värdig vård.

Om etik och hänsyn till individen styr besluten, får patienten och de anhöriga välja. Det kan innebära att man väljer att stanna kvar på den sjukhusavdelning där man vårdats under en längre period och där man känner sig trygg med den personal och i den miljö man lärt känna.

Ännu vet vi inte på vilket sätt den pågående utvecklingen inom äldreomsorgen har påverkat terminalvården i hemmet eller övriga särskilda boenden som servicehus, ålderdomshem och gruppboenden. För närvarande finns inte heller någon samlad kunskap om i vilken grad kommunerna fattar beslut om vård i livets slutskede utifrån etiska eller ekonomiska aspekter. Det finns alltså anledning att försöka undersöka om Ädelreformen har förändrat villkoren för den döende äldre patienten.

Har akutsjukvården plats för den döende äldre patienten?

Varje år sker ca 1,4 miljoner inskrivningar vid våra akutsjukhus. Av det totala antalet vård dagar utnyttjas mer än hälften av personer som är 65 år och äldre. I denna ålderskategori kommer, rent statistiskt, närmare en tredjedel att läggas in på sjukhus vid något tillfälle under året (1).

Akutsjukvården har länge haft stora problem med köer, långa väntetider, överbeläggningar och dåligt utnyttjade operationsavdelningar. Bristen på såväl lämpliga vård- och rehabiliteringsplatser som särskilda boendeformer har medfört att många vårdplatser varit upptagna av medicinskt färdigbehandlade patienter som

egentligen inte behövt akutsjukvårdens resurser längre, utan vårdats där i väntan på utskrivning till annan vård eller boendeform i kommunal regi.

Begreppet "medicinskt färdigbehandlad" innebär att en patient bedöms inte längre vara i behov av en sådan vård som ges vid någon enhet inom det aktuella sjukhuset eller vid annat sjukhus. Patienten kan ändå vara i stort behov av såväl medicinska som rehabiliterande eller omvårdande insatser. Enligt lagen skall frågan om en patient är medicinskt färdigbehandlad avgöras av läkare. Kommunens biståndsbedömare avgör hur och var den gamla skall få fortsatt vård. Fem dagar efter det att sjukhuset anmält till socialtjänsten att en patient bedömts vara medicinskt färdigbehandlad inträder kommunens betalningsansvar.

Antalet medicinskt färdigbehandlade patienter som vårdas inom akutsjukvården i väntan på alternativ vård i kommunal regi har minskat avsevärt efter Ädelreformen. Vid de internmedicinska klinikerna har det skett en minskning med hälften. Ännu större har minskningen varit vid de geriatrika klinikerna. De ortopediska klinikerna, som hade det största antalet medicinskt färdigbehandlade patienter, har genomgått samma utveckling. Medelvårdtiderna har också blivit kortare, tack vare att antalet "långliggare" minskat.

Men trots detta har situationen på de flesta håll inom akutsjukvården inte förbättrats då man samtidigt skurit ned resurserna. Landets medicinkliniker har förlorat ca 1000 vårdplatser och lika många anställda (2). Det betyder en minskning med 10 procent av resurserna. De geriatrika klinikerna har i och med att somatisk långtidssjukvård omfattas av kommunernas betalningsansvar genomgått omfattande omstruktureringar och fått finna sig i stora nedskärningar (3).

Nu kommer också signaler från flera håll om att det börjar dyka upp en andra generation av problem. Antalet medicinskt färdigbehandlade patienter stiger igen inom akut somatisk vård (vid de geriatrika klinikerna fortsätter det att sjunka). Återinläggningarna ser ut att öka vilket också bidrar till att trycket på den slutna somatiska sjukvården ökar.

Både Ädelreformen och andra faktorer verkar fortlöpande omstrukturerande och får systemeffekter. Eko-

Det börjar dyka upp en andra generation av problem. Antalet medicinskt färdigbehandlade patienter stiger igen inom akut somatisk vård

nomiska incitament för att effektivisera vården kan också påverka i negativ riktning genom att vårdkvaliteten nedsätts (4).

Överbeläggningar, som betyder att svårt sjuka äldre patienter tvingas ligga i korridorerna, är sjukvårdens vardag. Den patient som vårdas som "överbeläggning" kan inte få den avskildhet eller lugn och ro som är villkoret för en värdig och god vård. En ständig ström dag och natt av människor, ljud och ljus, ger ingen vila och lindring.

Antalet mycket gamla och svårt sjuka äldre ökar, vilket förklarar att de sängar som blivit lediga raskt fylls på igen. Samtidigt ökar kraven på effektivitet inom sjukvården. Vad händer då med den gamla, svårt sjuka patient, som visserligen inte längre behöver akut-sjukhusets alla resurser, men som behöver medicinsk vård, kanske smärtlindring och har kort tid kvar att leva? Är det en medicinskt färdigbehandlad patient, som kan skrivas ut?

Trycket på akutsjukvården ser ut att öka. Överbeläggningar leder till olidliga förhållanden för både patienter och personal. Nya prestationsbaserade system för ekonomisk resursfördelning skapar osäkerhet och tvingar fram en inte alltid önskvärd konkurrensinställning.

Kommer det att finnas plats för den gamla, svårt sjuka döende patienten på sjukhuset? Vad händer om det inte finns plats? Tvingas läkaren då att ha mycket snäva kriterier vid bedömningen av den medicinskt färdigbehandlade patienten?

Har sjukhemmen kompetens att vårda den döende äldre patienten?

Av de drygt 44.000 långvårdsplatser som fanns i landstingets regi överfördes ca 31.000 till kommunerna i och med Ädelreformen. Sjukhemmen blev alltså genom Ädelreformen överförda till kommunerna som särskilt boende och likställda med servicehus, ålderdomshem och gruppboenden etc. Emellertid har inte denna huvudmannaskapsförändring hittills i någon väsentlig grad förändrat verksamhetens innehåll och karaktär. Det betyder inte att dagens sjukhemsboende pensionärer är friskare än gårdagens sjukhemspatienter. Det är snarare så att vårdtyngden på sjukhemmen ökar (5), då vårdtagarna blir allt äldre och sjukare. Det hänger naturligtvis samman med att antalet äldre ökar, men också genom att hemvård, servicehus, ålderdomshem och gruppboenden tar hand om allt svårare sjuka äldre.

Dessutom skrivs de medicinskt färdigbehandlade äldre ut från akutsjukhusen. De äldsta och sjukaste kommer oftast till sjukhemmen.

Den tidigare beskrivningen av akutsjukvården innebär att allt fler patienter i terminalt skede kommer till sjukhemmen, vilket också är riktigt, då man vid sjukhemmen har lång erfarenhet när det gäller denna omvårdnad. Det sjukvårdsansvar som kommunerna fått inom sjukhemmen omfattar även vård i livets slutskede.

Frågan man kan ställa sig idag är om sjukhemmen är mentalt och resursmässigt rustade för att ta emot ett ökat antal terminalvårdsfall. En av de frågor som ofta ställs är om den medicinska kompetensen inom sjukhemmen ökat eller minskat efter Ädelreformen.

I vår utvärdering (5) kunde vi inte finna några generella tecken till att kompetensen förändrats. Däremot ifrågasatte vi hur läkartillgången var vid många sjukhem. Denna fråga blir ännu mer relevant när husläkarreformen skall introduceras.

De enheter som tidigare var knutna till geriatriska kliniker hade egna specialister i geriatrik som ansvariga överläkare för sin verksamhet. Idag finns i princip inga läkare fast knutna till sjukhemmen utan den sjukhemsboende skall ha sin egen husläkare som man tillkallar vid behov.

Husläkarsystemet kommer att innebära stora förändringar. I praktiken kan det innebära att personalen vid ett sjukhem får ett mycket stort antal läkare att samarbeta med. Det kan också tänkas att man kan få nästan alla patienter vid ett sjukhem att välja samma doktor, som på det sättet blir hela sjukhemmets husläkare. I det senare fallet kommer visserligen sjukhemmets behov av en läkare att tillgodoses, men man inskränker samtidigt den enskildes valfrihet.

Vård i livets slutskede innebär många svåra ställningstaganden och kräver hög medicinsk kompetens. Ett mycket viktigt område där läkaren behövs är när det gäller smärtlindring. En svårt sjuk patient måste kunna få hjälp med smärtlindring både dag och natt utan dröjsmål och utan att behöva transporteras till akutsjukhuset. Om sjukhemmet inte har tillgång till rätt kompetens är risken stor att den svårt sjuka patienten utsätts för onödigt lidande.

Frågan man kan ställa sig idag är om sjukhemmen är mentalt och resursmässigt rustade för att ta emot ett ökat antal terminalvårdsfall

En svårt sjuk patient måste kunna få hjälp med smärtlindring både dag och natt utan dröjsmål och utan att behöva transporteras till akutsjukhuset

Läkaren behövs också som stöd för personalen. Det är inte ovanligt att personalen reagerar med ångest t ex inför uppgiften att sköta svårt sjuka och döende patienter. Där kan en erfaren och kompetent läkares råd och stöd vara ovärderligt.

Behovet av täta kontakter med en kompetent läkare är alltså stort för både patienter och personal och situationen kan bli mycket problematisk om behovet inte tillfredsställs.

Sjukhemmen är efter Ädelreformen visserligen klassificerade som särskilt boende, men de mycket gamla som bor där är oftast svårt sjuka och skall vårdas där till livets slut. Detta kommer även i fortsättningen att ställa mycket höga krav på medicinsk kompetens.

Samspelet mellan landstingens sjukvård och kommunerna

Frågan om var den döende äldre patienten skall vårdas hänger samman med hur man fattar beslut om när en patient anses vara medicinskt färdigbehandlad. Begreppet medicinskt färdigbehandlad kan få karaktären av ett "dragspel", då flera faktorer kan påverka beslutsprocessen. För det första kan man tänka sig att tillgången på vårdplatser på sjukhusen i relation till antalet vårdbehövande påverkar kriterierna för vilka som skall skrivas ut. För det andra kan man anta att betalningssystemen i form av intäkts- eller anslagsfinansiering av kliniken verksamhet påverkar ställningstagandena. För det tredje kan kommunernas benägenhet att betala för patientens fortsatta vård vid sjukhuset, beroende på egen platstillgång respektive ekonomiska resurser, påverka besluten.

Det är med andra ord förmodligen inte möjligt att finna fram till en entydig regelbok för när en patient skall anses medicinskt färdigbehandlad, utan problemet måste lösas i samförstånd mellan sjukvården och socialtjänsten.

Det är läkaren som ensam avgör när en patient är medicinskt färdigbehandlad. Därefter inträder kommunens betalningsansvar. Genom gemensam vårdplanering skall sjukvården och socialtjänsten i samarbete med patienten och de anhöriga komma fram till vad patienten

sen sedan behöver av fortsatt vård och omsorg.

Kommunen har skyldighet att erbjuda patienten vård i hemmet eller i särskilt boende, som t ex sjukhem. Men man kan i stället om det skulle visa sig vara bättre för patienten, välja att betala för fortsatt vård på sjukhuset.

När det gäller att fatta beslut om vården av svårt sjuka, döende patienter vilar ansvaret tungt på både sjukvården och socialtjänsten. Parterna måste förstå varandras bedömningsgrunder. Det krävs hög moral och etik för att inte göra den medicinskt färdigbehandlade patienten till en bricka i ett spel om resurser.

Har Ädelreformen förändrat villkoren för den döende äldre patienten?

Som en följd av många förändringar i samhället har villkoren inom vården och omsorgen också förändrats. Ädelreformen, det ökande antalet sjuka äldre, en utveckling mot prestationsersatt vård och omsorg och allt knappare ekonomiska resurser har medfört stora omstruktureringar. Så har t ex akutsjukvården utvecklats mot att bli alltmer "akut". Man kan anta att det är en förändring som kommer att bestå.

Om akutsjukvården profileras mot att bli mer och mer akut kan man tycka att det skulle vara bättre att få sluta sina dagar i en småskalig miljö med bättre förutsättningar för en mer personlig vård. Problemet är dock, som vi försökt spegla i denna artikel, att man vid sjukhemmen inte alltid har tillgång till nödvändiga resurser.

Det pågår på många håll runt om i landet idag ett intensivt arbete med att förbättra vården för de döende äldre patienterna. Vid många sjukhem utvecklar man nu särskilda hospiceavdelningar, där det skall finnas adekvata resurser för att möta patienternas behov av kvalificerad sjukvård samtidigt som man skall kunna erbjuda en ombonad personlig miljö. Detta ser vi som goda exempel.

Om utvecklingen kommer att innebära att man i större utsträckning än nu skall kunna få sluta sina dagar i det egna hemmet är det svårt att säga något om. Terminalvård i hemmet är mycket resurskrävande och ställer oerhört höga krav både på de anhöriga och hemvården.

Det krävs hög moral och etik för att inte göra den medicinskt färdigbehandlade patienten till en bricka i ett spel om resurser

Det finns de som i dag terminalvårdas i sitt eget hem, men det är ett fåtal. Det är knappast troligt att det i framtiden kan bli en vårdform för ett flertal. Inte desto mindre är det viktigt att det finns sjukvårdsresurser som kan användas så flexibelt att det är möjligt, för dem som verkligen så önskar, att få avsluta sitt liv hemma.

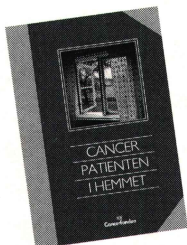
REFERENSER

1. Socialstyrelsen. Ädelreformen. Årsrapport 1993. Stockholm, Socialstyrelsen, Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1993:8.
2. Socialstyrelsen. Ädelreformen och medicinklinikerna. Stockholm Socialstyrelsen, Ädelutvärderingen 1993:8.
3. SOU 1993:49. Ett år med betalningsansvar. Slutbetänkande från betalningsansvarskommittén. Stockholm, Socialdepartementet.
4. Johansson L: Utvärderingen av Ädelreformen. Tidskriften Äldrecentrum, Nr 3, sept 1993.
5. Socialstyrelsen. Att bo på sjukhem. Stockholm, Socialstyrelsen, Ädelutvärderingen 1993:7 / Spri rapport 349.

Cancerpatienten i hemmet

Nyhet i bokform

- *Livet slår rot där det är hotat. Vår sista tid tillsammans gav vår gemenskap nya dimensioner. Vi fick möjlighet att minnas och summera.*
 - *Detta säger Lennart som vårdade sin hustru i hemmet under hennes sista tid.*



hela vårdkedjan nödvändig.

Boken är baserad på de erfarenheter från hela landet som redovisades vid en kongress, anordnad av Cancerfonden. Hur ska hemtjänsten och sjukvården samarbeta, hur kan patienten bli smärtfri, vilken mat är bäst för cancersjuka, hur kan de anhöriga stöttas, hur bemöter man frågor kring livets mening, hur hanterar man ångest inför döden? Detta är exempel på frågeställningar som belyses i boken.

Intresset för vård av svårt sjuka har ökat. För att denna vård ska få kontinuitet och kvalitet är samarbete och lyhördhet genom

Boken kostar 80 kr inkl moms och exkl porto och beställs genom Landstingsförbundet, Trycksaksbeställningen, på tel 08-702 43 36, fax 08-702 44 76 eller på vidstående talong. Adress: Box 704 91, 107 26 Stockholm



Cancerfonden

Ja, jag beställer st av Cancerpatienten i hemmet för 80 kr/st exkl moms.

Namn: _____

Adress: _____

Postadress: _____

/Soc-Med Tidskr