

Yttrande över Äldrevårdsutredningens betänkande ” Sammanhållen hemvård” SOU 2004:68

Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO) har givits möjlighet att yttra sig över betänkandet ”Sammanhållen hemsjukvård”

Nedan sammanfattas förvaltningens synpunkter.

Sammanfattande problembild

SLSO delar utredarens beskrivning av problembilden och de kvarstående brister som trots Ädelreformen fortfarande finns.

Hit hör otillräcklig medicinsk kompetens i kommunal vård och omsorg, bristande läkarmedverkan och kontinuitet i vården, otillräcklig integrering av sociala och medicinska insatser, brister i habilitering och rehabilitering samt tillgång till hjälpmedel.

Det största problemet är den otrygghet som många äldre och andra personer med sammansatta vård och omsorgsbehov upplever på grund av otydliga ansvarsgränser och bristande samverkan. Ett mer integrerat arbetssätt behövs för att råda bot på problemet.

Anspråken på en kvalificerad vård och omsorg utanför sjukhusen är idag betydligt större än när Ädelreformen genomfördes samtidigt som resurserna i form av läkarmedverkan och tillgång till övrig legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal i kommunal vård och omsorg inte har ökat i tillräcklig grad.

SLSO delar inte utredarens uppfattning att läkarstödet till personer som vårdas i ordinärt och särskilt boende är genomgående bristfälligt. Det finns flera exempel på välfungerande verksamheter där alla parter är nöjda med insatserna. Oaktat detta finns det som utredaren beskriver mycket att förbättra.

Problemet med att de sociala och medicinska synsätten ännu tolv år efter Ädelreformen står i motsats till varandra är uppenbart, liksom bristen på helhetssyn på personer med sammansatta vårdbehov.

Den otydliga ansvarsfördelningen mellan kommuner och landsting vad gäller vissa sjukvårdsuppgifter medför risk för felmedicinering och stundtals bristande eller till och med utebliven vård och tillsyn.

Exempel på andra områden där gränsdragningsdiskussioner mellan huvudmännen är vanliga är delegeringar av uppgifter kring vårdtagarnas läkemedelshantering till kommunens hemtjänstpersonal.

Andra områden där oklarhet råder är vissa diagnosgrupper med långvariga vårdbehov som exempelvis rehabilitering, vissa demenspatienter och patienter i behov av palliativ vård.

Förslaget

SLSO ställer sig tveksam till förslaget att ansvaret för en sammanhållen hemvård förs över till kommunerna. En uppenbar risk är att en ny grå-zon byggs upp eftersom betydande delar av hemvårdens sjukvårdande insatser ligger kvar hos landstingen exempelvis läkarmedverkan.

Den i SLSO väl utbyggda avancerade hemsjukvården som till del är integrerad i geriatrisk slutenvård medför att samma personal sköter patienten oavsett vården bedrivs i hemmet eller inom slutenvård. Det är mycket viktigt att välfungerande verksamheter inte slås sönder i en organisationsförändring. Dessa avancerade hemsjukvårdande insatser måste ansvarsmässigt tydliggöras med ytterligare risk för nya gränsdragningar.

Innan en förändring av denna storleksordning är genomförd i praktiken riskerar mycken energi tas från välbehövlig vård och omsorg. Detta i ett läge när det finns en rätt utbredd "förändringströtthet" i organisationen. I ett läge där Ansvarsutredningen kan komma med ett än mer genomgripande förslag ter det sig uppenbart att avvakta denna utrednings resultat.

SLSO delar uppfattningen att landstinget skall fortsätta ha ansvaret för läkarinsatserna i hemvården. Avtal träffas redan i dagsläget men kan tydliggöras till sin omfattning. Vid oenighet är det SLSOs uppfattning att ansvarig läkare avgör vilka insatser som skall göras och vilken volym. Förslaget att kommunen ska kunna anlita en läkare på landstingets bekostnad om landstinget inte klarar av att rekrytera läkare är inte ägnat att förbättra samarbetet mellan huvudmännen. En ökad tillgång på läkare som är villiga att arbeta i hemvård kan heller knappast förväntas uppnås genom lagregleringar av denna art.

De delar av förslaget som rör behovet av kommunal dagsjukvård och korttidsplatser med rehabiliteringsmöjligheter bedöms av SLSO medföra ett betydligt bättre och bredare utbud av dessa viktiga insatser.

Problembilden bakom förslaget om individuella vård- och omsorgsplaner bejakas men risken finns att ett nytt regelverk i detta avseende kan upplevas som arbetskrävande och ta tid från andra och i vissa fall mer prioriterade insatser.

Förslaget om en namngiven samordnare/kontaktperson är helt i linje med de tankegångar som finns i SLSO. Ett fortsatt arbete måste trots detta fortsätta i samverkan mellan huvudmännen för att säkerställa denna funktion även på kvällar, nätter och helger.

SLSO bejakar även utredarens förslag att staten i översynen av läkarspecialiteterna tar upp geriatrikens roll och beaktar samverkan mellan allmänmedicin och geriatrik. Med bakgrund av den ökande andelen äldre i befolkningen behöver geriatrisk kompetens få en betydligt starkare och tydligare roll i framtidens vård och omsorg. De goda resultat som finns i Stockholms läns landsting där geriatriken sedan länge fått en viktig roll i vårdkedjan kring den äldre bör tjäna som föredöme.

En gemensam journal för all vård och omsorg som en patient får är en av de mycket viktiga framgångsfaktorerna som behöver säkras och SLSO delar där utredarens bedömning.

SLSO delar även utredarens uppfattning att den långsiktiga finansieringen av regionala FoU-centra inom äldreområdet bör klargöras.

Vad gäller förslaget rörande hjälpmedelshanteringen är förslaget i linje med SLSOs uppfattning men ett antal klargöranden behövs i de fall där förslaget medför nya ansvarsgränser med åtföljande tolkningsbehov.

