

Utvecklingen inom sjukvård i hemmet

Rut Hedvall

Sjukvård i hemmet är ingen exklusiv resurs enbart för de äldre utan skall vara tillgänglig för alla människor oavsett ålder och sjukdomens varaktighet i tiden.

Under de senaste fem åren har en utveckling och en utbyggnad av sjukvården i hemmet kommit igång på ett flertal håll i landet. På vissa håll har denna utveckling bedrivits samtidigt med ett förändringsarbete inom äldreomsorgerna. Tyngdpunkten har legat i att utveckla samverkan mellan sjukvård och socialtjänst.

Spri har kartlagt hur långt man kommit med utbyggnaden och utvecklingen av sjukvården i hemmet i hela landet och vilka resultat och problem förändringsarbetet fört med sig. Utredningssekreterare Rut Hedvall har fungerat som projektledare.

Om man går tillbaka ca fem år i tiden och betraktar innehållet i den dåvarande hemsjukvården finner man följande. Med vissa få undantag bestod hemsjukvården av kontantbidrag till anhöriga vårdare och insatser av hemsamariter, vilka landstingen köpte av kommunerna. Bägge dessa former kallades gemensamt för hemsjukvårdsbidrag och beslut om sådana bidrag fattades på central nivå och ofta var det politiker som fattade beslut i enskilda ärenden. Distriktssköterskorna svarade för tillsynen av hemsjukvårdspatienterna. Trots detta kan man säga att det medicinska-sjukvårdsmässiga innehållet i hemsjukvården var ringa. Det paradoxala var att distriktssköterskorna utförde sjukvårdsgärder hos en hel del andra patienter i hemmen, men dessa benämndes aldrig hemsjukvårdspatienter.

Mellan åren 1976 och 1978 genomförde de båda kommunförbunden, socialstyrelsen och Spri ett ge-

mensamt projektarbete som berörde primärvård och äldreomsorger. Som resultat av det arbetet presenterades hösten 1978 sex rapporter, varav en med titeln "Sjukvård i hemmet - Social hemtjänst". I den rapporten beskrevs vissa förändringar som måste komma till stånd om man önskade uppnå följande mål:

Att öka kvaliteten i sjukvård i hemmet, dvs öka det medicinska innehållet och därigenom möjliggöra för fler och sjukare människor att kvarstanna i eller återvända till det egna hemmet.

Som medel eller förutsättningar för att uppnå det målet angavs bl a följande:

- Skapa förutsättningar för ett gemensamt ansvarstagande (sjukvård och socialtjänst) gentemot den enskilde individen genom att bl a
 - samarbeta enligt någon av de i rapporten föreslagna organisationsmodellerna
 - tillämpa den föreslagna ansvarsfördelningen mellan huvudmännen
- Förankra sjukvården i hemmet i primärvården
- Utöka antalet sjukvårdsutbildad personal i primärvården
- Öka stödet i olika former till de närstående (anhöriga)

1981 startade Spri en uppföljningsstudie för att se om huvudmännen anammat förslagen och i vilken omfattning utveckling och utbyggnad kommit till stånd. Landstingsförbundet har medverkat i fältarbetet. Samtliga sjukvårdshuvudmän har besökts och vissa kontakter har tagits med kommunförbundets länsavdelningar. I form av arbetsmaterial har summariska beskrivningar av sjukvården i hemmet i respektive län/kommun utarbetats. Dessa beskrivningar finns tillsammans med bilagedelar tillgängliga i Spris utredningsbank. En sammanställning av dessa beskrivningar med kommentarer och tips för

Det händer väldigt mycket i landet just nu när det gäller utvecklingen av sjukvården i hemmet.

dem som ännu inte kommit så långt på väg kommer att publiceras som Spri-rapport under hösten 1983 (Sjukvård i hemmet – en uppföljningsstudie, rapport nr 155).

I den här artikeln ges en mycket översiktlig beskrivning av utvecklingsläget i stort med koppling till de förutsättningar som tidigare nämnts. Men först kan man konstatera att det händer väldigt mycket i landet just nu när det gäller utvecklingen av sjukvården i hemmet. Vissa sjukvårdshuvudmän har satsat stort och brett, på andra håll tar man det lite mera långsamt och försiktigt. Men där det ännu inte hänt så mycket i stort är man i alla fall på gång med att bestämma hur sjukvården i hemmet skall fungera i framtiden bla med hjälp av försöksverksamhet. Och hos samtliga sjukvårdshuvudmän tycks man ta några steg framåt i riktning mot de idéer som presenterades i rapporten "Sjukvård i hemmet – Social hemtjänst".

I beskrivningen ingår några kartor över landet som speglar utvecklingen i olika avseenden. De innebär på sätt och vis en värdering av sjukvårdshuvudmännen i utvecklingshänseende. Därför kan det vara på sin plats att betona att kartorna ger en *mycket grov bild av utvecklingsläget*. Beskrivningen och kartorna speglar – med något undantag – förhållandena våren 1983.

I vad mån tillämpas den nya anvarsfördelningsprincipen?

Den har ju kommit att kallas för kompetensprincipen. Primärkommunerna besitter social kompetens med bla socialt utbildad personal och landstingen besitter den medicinska kompetensen med bla sjukvårdsutbildad personal. Avgörande för vilken huvudman som har ansvaret för en åtgärds utförande blir i normalfallet vilken kompetens eller utbildning som krävs för att utföra den och inte vad som orsakat den, tex sjukdom eller sk åldersskräpplighet. En strikt tillämpning av anvarsfördelningen kommer

på sikt att medföra en renodling också av kostnadsansvaret på respektive huvudman.

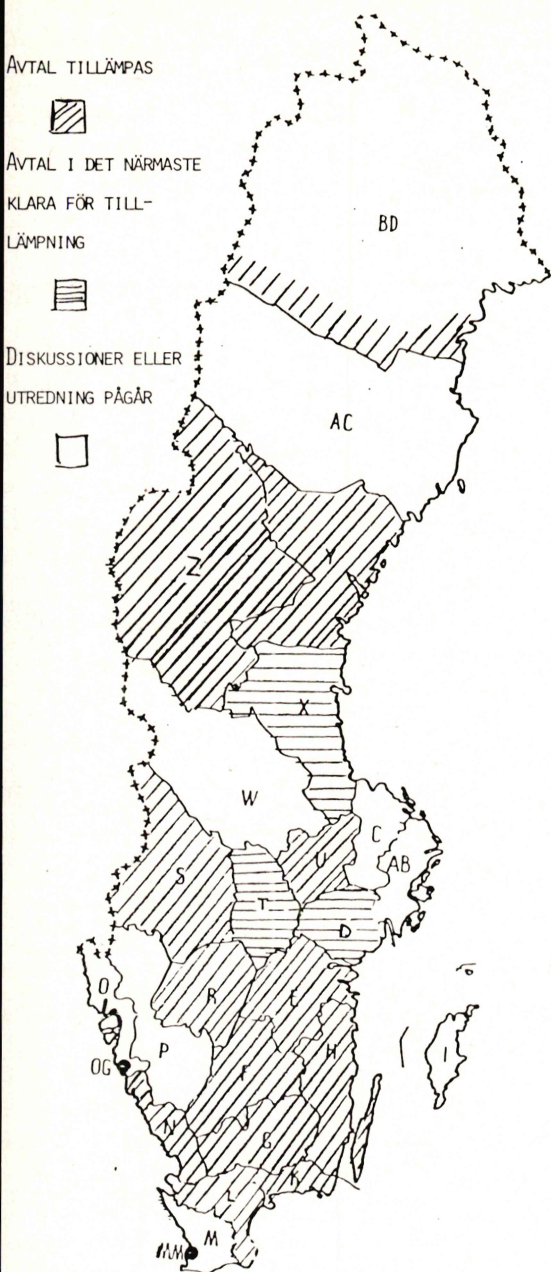
Det är vissa förutsättningar som krävs för att man skall kunna tillämpa kompetensprincipen. Självfallet måste bägge parter vara överens om en sådan tillämpning, och för detta krävs någon form av skriftlig överenskommelse. Primärvården måste vara tillräckligt utbyggd med sjukvårdsutbildad personal och man måste ha etablerat samverkansformer på lokal nivå. Därför är det inte i så många län som man i dag strikt kan tillämpa principen. Men i 11 län är bägge parter överens om att åtminstone på sikt tillämpa principen. I de tre "landstingsfria" kommunerna har man sedan länge tillämpat principen. I tre län har man klart uttalat att man även i framtiden skall fortsätta att köpa tjänster från primärkommunerna för hemsjukvårdens räkning även om man genomfört eller planerar att genomföra en schablonisering av kostnadsöverföringen. I övriga län har man ännu inte klart tagit ställning från bägge hållen.

På vad sätt sker samverkan mellan huvudmännen på regional och lokal nivå?

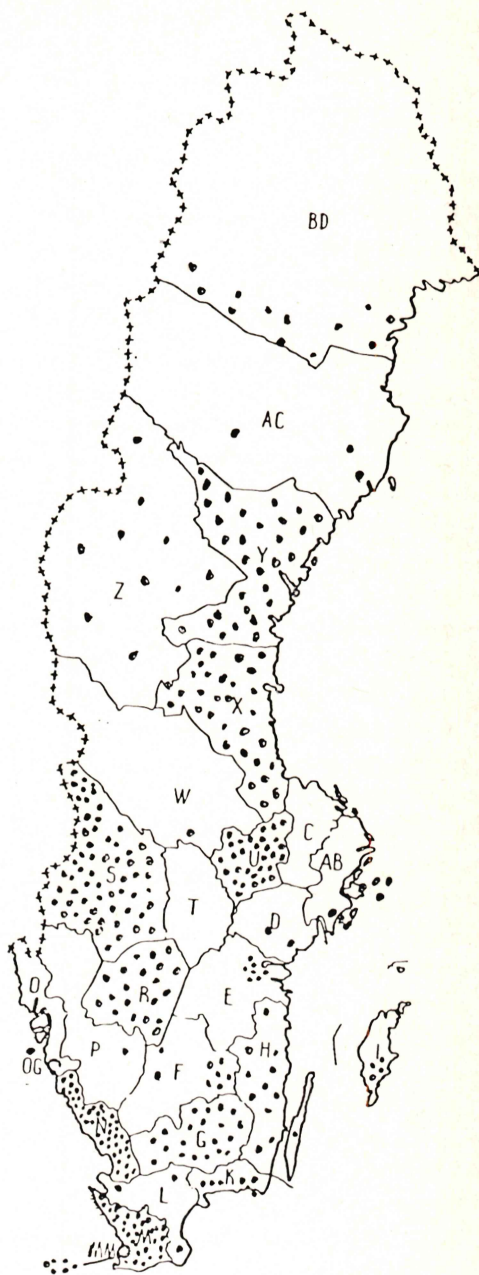
Nya avtal eller principöverenskommelser (se *figur 1*) tillämpas inom 12 län och är inom det närmaste klara för tillämpning inom ytterligare 3 län och i återstående 8 län pågår diskussioner eller utredningar som avses resultera i kommande avtal. De landstingsfria kommunerna är inte aktuella i det här sammanhanget. Uttrycket nya avtal används eftersom det sedan lång tid tillbaka funnits avtal mellan landsting och kommuner om tjänsteköp av insatser från den sociala hemtjänsten. Inget av dessa nya avtal eller överenskommelser kan sägas vara det andra likt. Alla reglerar på något sätt vissa ekonomiska mellanhavanden och flertalet innehåller också överenskommelse om hur man skall samverka med olika detaljeringsgrader. Sättet att beräkna den ekonomiska ersättningen, likaså vad som inkluderas i den, varierar från avtal till avtal. En översyn av redan gällande nya avtal pågår för närvarande åtminstone i fem län.

Samverkan på lokal nivå och i formaliserad form har framför allt utvecklats i de sk vårdplaneringsgrupperna. Sådana grupper finns i funktion inom

Figur 1. Nya avtal mellan kommuner och landsting.



Figur 2. Vårdplaneringsgrupper eller motsvarande i funktion.



samtliga län antingen etablerade för gott eller i form av försöksverksamhet. I figur 2 skall i princip varje prick motsvara en fungerande vårdplaneringsgrupp. Men även här är det fråga om ett tema med en mångfald variationer. Grupper finns på olika nivåer

med olika sammansättning och olika uppgifter. Huvudpersonerna kan kanske sägas vara hemvårdsassistenter och distriktssköterskor och det vanligaste är att man har en sådan här grupp per distriktssköterskeområde alternativt distriktsläkarområde,

vårdlagsområde eller hemvårdsassistentområde. Erfarenheterna av att samarbeta på det här sättet är över lag mycket goda, men det tar ganska så mycket tid och god vilja att "trimma" in en sådan grupps arbete för att den skall fylla det syfte som är tänkt. Och det handlar ju om att ta vara på olika erfarenheter och kompetenser för att servicen och vården till den enskilde skall kunna bli den bästa möjliga. Etablerandet av vårdplaneringsgrupper och förutsättningar för deras arbete beskrives närmare i Lenarth Johanssons artikel.

Har sjukvården i hemmet förankrats i primärvården?

Primärvårdsanknytning av sjukvård i hemmet kan avse dels att besluten om insatser skall fattas på lägsta möjliga nivå och dels att baspersonalen, främst undersköterskor, skall tillhöra primärvårdsorganisationen. Distriktssköterskorna kan sägas alltid ha tillhört primärvården även innan den beteckningen började användas. Men de har tidigare inte kunnat fatta beslut i sk hemsjukvårdsärenden.

Nära nog samtliga sjukvårdshuvudmän har gjort uttalanden om att sjukvården i hemmet skall förankras i primärvården. Men trots detta finns det ju på sina håll sk sjukhusansluten hemsjukvård; mer om detta längre fram. I 10 landsting har man helt genomfört en primärvårdsanknytning och i övriga landsting ligger man lite olika långt framme. I förlängningen av en sådan här utveckling kommer hemsjukvårdscentralerna att försvinna.

För närvarande finns det 19 sjukhusanslutna hemsjukvårdsverksamheter och det finns inga beslut på ytterligare sådana. Snarare verkar strömningen gå åt andra håll – att man överför resurserna till primärvården. Så skall man göra på sikt i E-län, där man redan håller på med att överföra en av verksamheterna. I Göteborgs kommun håller man också på att överföra en av verksamheterna till primärvården. I F-län startades verksamheterna i avvaktan på att primärvården skulle bli tillräckligt utbyggd. De sjukhusanslutna verksamheter som finns i landet i dag fungerar på lite olika sätt och med olika resursuppsättningar.

I dessa verksamheter är det en långvårdsklinik som har ansvaret och dess egen personal som gör

insatserna i hemmen. Vissa av dessa verksamheter kan sägas ha varit föregångare och visat vad som är möjligt att uträtta inom hemsjukvården. Men i och med att primärvården byggs ut och kan ta ett större ansvar har det visat sig att i stort sett samma sjukvård och trygghet kan erbjudas patienterna med hjälp av primärvårdens egna resurser. En sådan organisation har också klara fördelar.

I vilken omfattning har man utökat den sjukvårdsutbildade personalen?

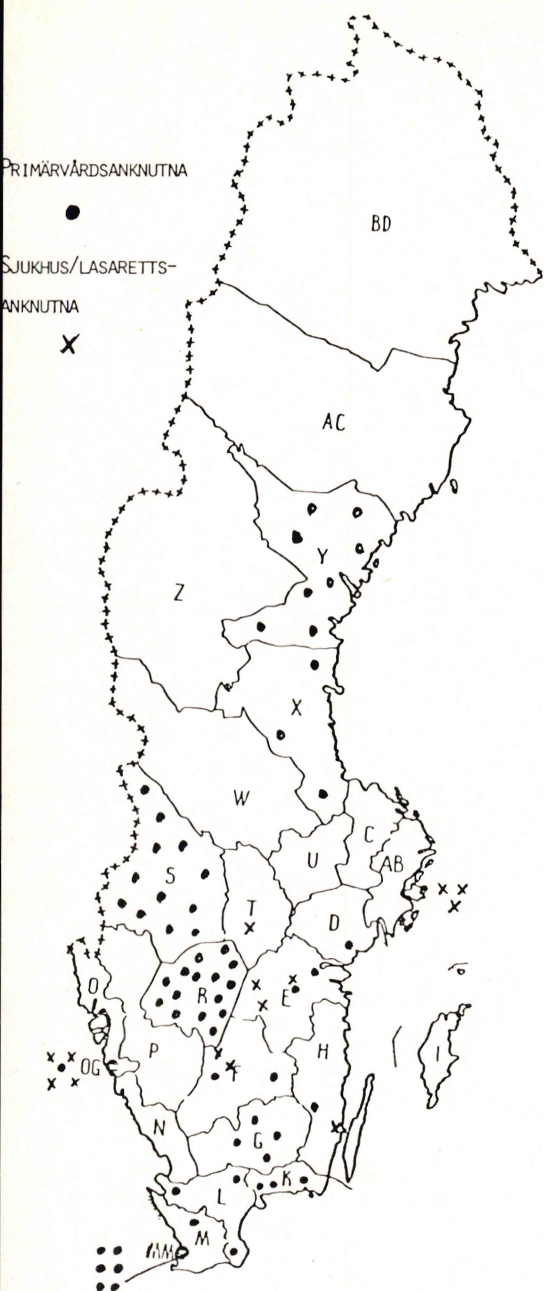
Siffrorna i tabell 1 omfattar främst underskötersketjänster och samtlig personal inom de sjukhusanslutna verksamheterna. En utökning förekommer också av antalet distriktsskötersketjänster och andra personalkategorier, men det lämnas därhän i det här sammanhanget. Utan överdrift kan man konstatera att under de senaste fem åren har det tillkommit åtminstone minst 1 800 tjänster i landet för hemsjukvårdens räkning, och det kan ses som en betydande satsning på den vårdformen.

Tabell 1. Utbyggnad främst i form av underskötersketjänster. "Besatta" tjänster (mars 1983)

Län	antal	län	antal
AB	370	O	20
C	15	OG	75
D	60	P	10
E	100	R	300
F	40	S	170
G	20	T	30
H	20	U	—
I	15	W	5
K	35	X	65
L	20	Y	230
M	100	Z	5
MM	100	AC	10
N	50	BD	5

Under nästkommande fem år kommer det till ytterligare tjänster. Vissa sjukvårdshuvudmän har beräknat sin planerade utbyggnad i bl a antal undersköterskor. Hos dessa rör det sig sammanlagt om ca 1 000 nya sådana tjänster. Andra sjukvårdshuvudmän har i sin flerårsbudget avsatt vissa penningbelopp utan att specificera antal och typer av tjänster. Men troligen kommer utbyggnaden under de när-

Figur 3. Nattpatruller eller motsvarande i drift.



maste fem åren att innebära ett totalt tillskott på ytterligare ca 2000 underskötersketjänster.

En del av de här nya resurserna har satsats för att möjliggöra planerade och akuta insatser under nät-terna. I en del sammanhang låter det fortfarande som om sådana insatser endast finns tillgängliga

inom de sjukhusanslutna verksamheterna. Men att så inte är fallet visar kartan i *figur 3*. Totalt är det fråga om över 60 primärvårdsbaserade nattpatruller eller motsvarande och 14 sjukhusbaserade patruller.

Vilka resultat eller effekter har utbyggnaden av sjukvården i hemmet fått?

Den frågan är svår att besvara i dagsläget främst av två orsaker; dels har utvecklingen trots allt inte pågått så länge och man kan inte vänta sig alltför snabba resultat i det här sammanhanget, dels är det svårt att skilja ut just effekterna av utbyggnaden i sjukvården i hemmet. Utvecklingen och utbyggnaden av denna sker på många håll som ett led i ett förändringsarbete inom äldreomsorgen i stort, vilket framgår av andra artiklar i detta nummer.

Men trots dessa reservationer skall några effekter framhållas. Visst är det fler människor som i dag bereds möjlighet att stanna kvar i eller återvända till det egna hemmet, trots ganska så omfattande behov av vård och service. Man har på sina håll uppskattat antalet patienter som skulle behövt sluten vård om inte de nya hemsjukvårdsresurserna funnits att tillgå. Och det är inte direkt blygsamma siffror man kommit fram till om man relaterar dem till invånar-antalen. Antalet patienter som har möjlighet att stanna kvar och också få dö i hemmet har ökat väsentligt. Köerna till långtidssjukvården och till kommunernas serviceboende har på vissa håll krympt väsentligt eller helt försvunnit. Man rapporterar om tomma vårdplatser såväl på sjukhem som inom serviceboendet. Trycket på medicinklinikerna har lättat på olika sätt. Man reviderar sina utbyggnadsplaner, främst när det gäller långtidssjukvården, och beräknar en något lägre utbyggnad än man tidigare planerat för.

Vissa slutsatser eller lärdomar

Det här med samverkan är verkligheten inte lätt, det

.....

Antalet patienter som har möjlighet att stanna kvar och också få dö i hemmet har ökat väsentligt.

.....

kan klart konstateras efter alla sk fältkontakter. Men på vissa håll har man lyckats att åstadkomma ett mycket fint *samarbetsklimat* mellan företrädare för sjukvården och för socialtjänsten. Här är exempel på några nyckelord eller begrepp som ansetts vara väsentliga förutsättningar för ett gott samarbetsklimat:

- att arbeta hand i hand
- att ha respekt för varandra och lita på varandra
- gemensamt ansvar
- gemensamma resurser
- inte du och jag utan vi
- generositet
- verklig vilja att samarbeta – inte bara läpparnas bekännelse

Det gäller att *skynda långsamt* i det här förändringsarbetet. Allt sådant arbete är ju en mödosam process och det måste få ta den tid som krävs bla för att befintlig personal skall acceptera, känna sig delaktiga och verkligen vilja bidra till förändringarna. Kanske att speciellt politikerna bör uppmärksammas på detta förhållande, så att de inte väntar eller kräver alltför snabba resultat. Till dem som ännu inte kommit så långt i sin utveckling kan det finnas skäl att säga så här: Känn Er inte frustrerade av att andra kommit längre, forcera inte en utveckling utan låt den ta den tid som behövs.

Kontakten mellan den slutna och öppna vården är fortfarande problematisk på flera håll.

En brett upplagd utbildning och information är ett måste såväl före som under själva förändringsarbetet.

I det konkreta förändringsarbetet har det också visat sig väsentligt att det finns personer som har ansvar för utvecklingen och fungerar som motore från såväl landstinget som kommunerna. *Utvecklingsansvariga* måste finnas såväl på länsnivå som på kommunnivå.

När det gäller inrättande och besättande av nya underskötersketjänster så har det visat sig att om man inte förbereder detta ordentligt och på rätt sätt så uppstår lätt problem.

Kontakterna mellan den slutna och öppna vården eller som man numera oftast formulerar det – *kontakterna mellan primärvården och länssjukvården* – är fortfarande problematiska på flera håll. Som exempel kan nämnas att "slutenvårdspersonalen" måste informeras bättre om utvecklingen och utbyggnaden av bla sjukvården i hemmet, annars blir det lätt så att man håller kvar patienter i den slutna vården i onödan.