

Hemsjukvård — centralt utrednings- och utvecklingsarbete

Rut Hedvall

Sekreterare Rut Hedvall vid SPRI beskriver i denna artikel centralt utrednings- och utvecklingsarbete. SPRI kartlade 1973 hemsjukvårdens innehåll och organisation och studerade samtidigt vissa faktorer som påverkar hemsjukvårdens utvecklingsmöjligheter. I en andra etapp utarbetade Landstingsförbundet och SPRI gemensamt en idébeskrivning om hemsjukvårdens framtida innehåll och form. Den etapp som återstår har som syfte att utgöra ett hjälpmedel i arbetet med att förändra och utveckla verksamheten.

Rut Hedvall hävdar att det idag förekommer olika sätt att organisera befintliga hemsjukvårdsresurser. Den lasarettanslutna hemsjukvården har idag uppenbara fördelar men strävan måste vara att bygga upp liknande resurser även på primärvårdsnivå så att man kan sprida fördelarna till ett större antal individer inom resp sjukvårdsområde.

Hittills har detta arbete bedrivits i två etapper och det återstår åtminstone en tredje etapp.

I *kunskapsuppbyggande syfte* kartlade Spri 1973 hemsjukvårdens innehåll och organisation och studerade samtidigt vissa faktorer som påverkar hemsjukvårdens utvecklingsmöjligheter. Bl a studerades ca 1400 hemsjukvårdspatienter och ca 500 sjukhemspatienter. Denna utredningsetapp finns redovisad i en Spri-rapport 17/74.

I en andra etapp utarbetade landstingsförbundet och Spri gemensamt en idébeskrivning om hemsjukvårdens framtida innehåll och form. Man kan säga

att denna etapp haft ett *policyskapande syfte* och beskrivningen skall ses som ett diskussionsunderlag. Dessa idéer redovisas i Spri-rapport 2/76.

Den återstående etappen kan sägas ha som *syfte* att utgöra ett hjälpmedel i arbetet med att *förändra och utveckla verksamheten*, genom att presentera förslag till konkreta lösningar med en ganska hög detaljeringsgrad. Som ett led i detta arbete bör ansvarsfördelningen mellan de bägge inblandade huvudmännen klarläggas.

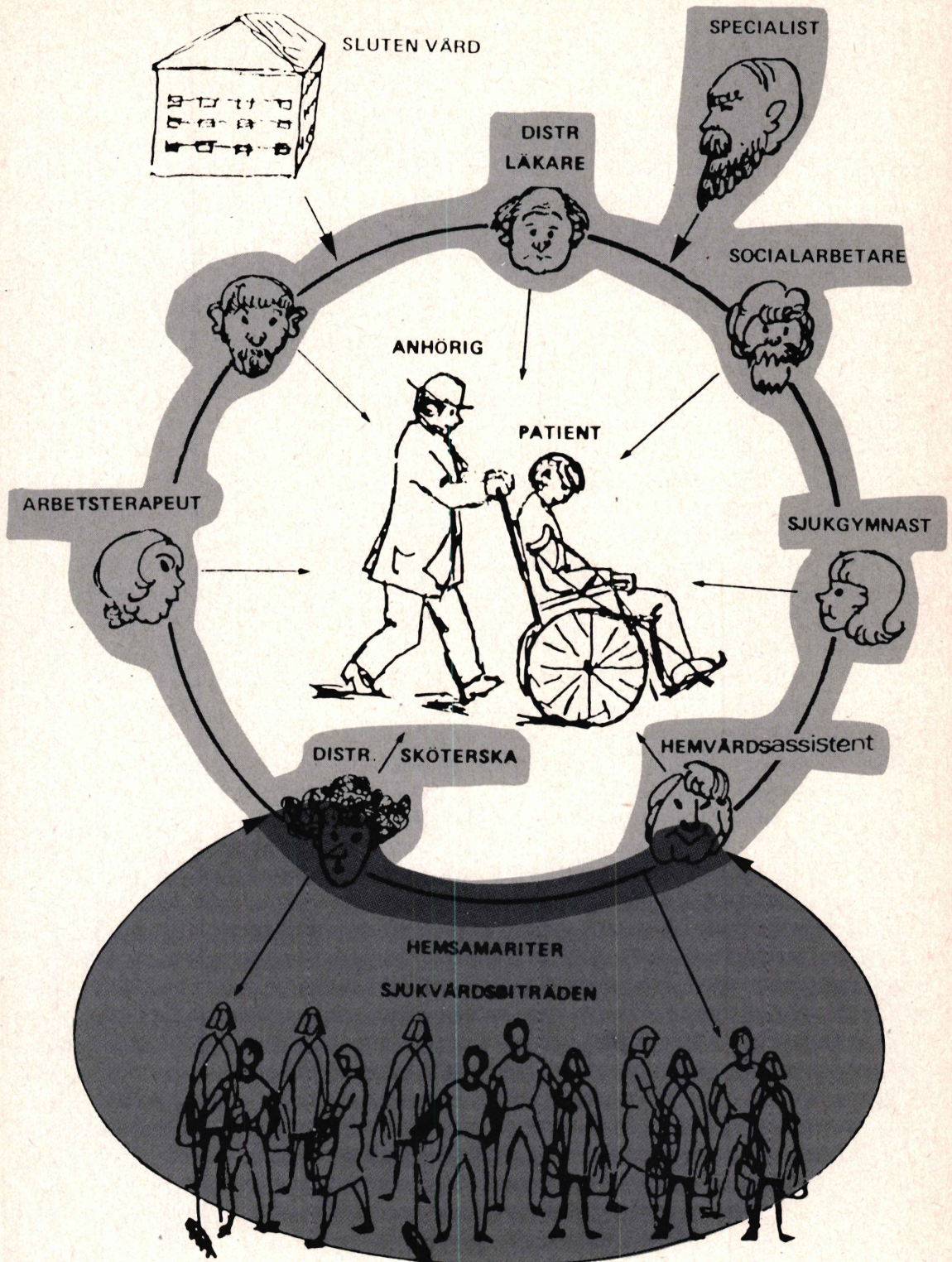
I den först nämnda rapporten konstateras att man i princip kan vårda flertalet somatiskt långtidssjuka i hemmen, men att vissa faktorer kan anses utgöra en begränsning för en utökad omfattning av hemsjukvården nämligen:

- många patienter har ett behov av aktiv eller passiv tillsyn dygnet om
- anhörigas och motsv möjlighet och benägenhet till engagemang kommer troligen inte att öka utan snarare att minska
- det får anses både ekonomiskt och personellt orealistiskt att tänka sig heldygnsinsatser av anställd personal i någon större utsträckning

Trots allt kan ändå vissa åtgärder vidtas som underlättar hemsjukvårdssituationen. Hemsjukvårdens utvecklingsmöjligheter är sannolikt relativt stora om man även inbegriper tillfällig vård av både korttids- och långtidssjuka människor.

Hemsjukvårdens utvecklingsmöjligheter är sannolikt relativt stora om man även inbegriper tillfällig vård av både korttids- och långtidssjuka människor.

SJUKVÅRD I HEMMET



Det mer direkta läkaransvaret har åvilat antingen distriktsläkaren eller någon annan privatpraktiserande eller offentligt anställd läkare.

Anknytning av hemsjukvård till primärvården

I idébeskrivningen diskuteras bl a vad en konsekvent anknytning av hemsjukvården till primärvårdens ansvarsområde kan innebära. Den diskussionen tas upp bl a med utgångspunkt från uttalanden i HS-80, där det konstateras att:

”Primärvårdsuppgifterna omfattar med en sådan definition den övervägande delen av alla besök på läkarmottagning, all hemsjukvård och huvuddelen av all långvård”

”Planmässig hemsjukvård för både lång- och korttidssjuka ingår således som ett led i primärvårdens fullgörande av sitt ansvar för befolkningens hälsa”

Om man ser till den traditionella hemsjukvårdens bedrivande i stort och bortser från vissa speciella och mer utvecklade verksamheter i landet så kan en sådan anknytning innebära bl a följande:

- *Ett decentraliserat ansvars- och beslutsfattande* genom att ett team med distriktsläkaren som medicinskt ansvarig avgör om en person är i behov av hemsjukvårdsinsatser, vilken typ av insatser som är aktuella och i vilken mängd. Det skall inte behövas några ansökningshandlingar för att erhålla hemsjukvård, i vissa fall kan ett remissförfarande vara aktuellt.
- *Distriktsläkarens roll betonas* alltså, den har hittills varit oklar. Långvårdsöverläkarna har ansetts ha ett övergripande medicinskt ansvar. Det mera direkta läkaransvaret har åvilat antingen distriktsläkaren eller någon annan privatpraktiserande eller offentligt anställd läkare.
- *Distriktsköterskan får en ny roll såsom arbetsledare*. Flertalet huvudmän har uttalat ambitionen att ge hemsjukvården ett mera medicinskt innehåll. En förutsättning för detta är att det finns sjukvårdsutbildad personal tillgänglig även för dagligt återkommande insatser hos patienterna. Distriktsköterskans roll som arbetsledare

blir då analog med avdelningsföreståndarens inom den slutna vården. Hon fördelar tillgänglig personaltid alltefter de aktuella behoven hos de enskilda patienterna som i det här fallet finns geografiskt spridda i de egna hemmen.

- *Goda möjligheter för samordning och samverkan med primärkommunala verksamheter*. En sådan underlättas framför allt genom att det geografiska ansvarsområdet kan vara gemensamt. Man kan gemensamt bedöma, planera och utföra insatser för de enskilda individerna. (Fig. 1)

Bilden skall symbolisera hur patient och ev anhöriga är omslutna av en i stort sett total trygghet, dels genom en aktiv och kontinuerlig uppföljning och dels genom en samverkan mellan alla engagerade personalkategorier. Bilden kan också ses som ett uttryck för de resurser, främst i form av personal, som måste finnas tillgängliga – i vissa fall dygnet om – för att hemsjukvården skall kunna bli bättre. Av bilden framgår dessutom den nödvändiga samverkan mellan socialvården och sjukvården i och med att socialvårdens representanter ingår i teamet.

I dag förekommer olika sätt att organisera befintliga hemsjukvårdsresurser. Anna-Lisa Melin och Hans Zetterquist har redogjort för två sådana system. Jag vill betona att det inte kan vara fråga om antingen eller utan om ett både och även när det gäller den framtida utformningen.

Den lasarettanslutna hemsjukvården har idag uppenbara fördelar. Strävan måste väl vara att bygga upp liknande resurser även på primärvårdsnivå så att man kan sprida fördelarna till ett större antal individer inom respektive sjukvårdsområde.

Det handlar väl till syvende och sist bl a om den svåra sjukvårdspolitiska frågan; hur man skall kunna åstadkomma en jämlik fördelning av resurserna. Jag vill illustrera den problematiken med den gamla liknelsen om smörgåsen och pålägget, där brödskiivan representerar individerna i ett sjukvårdsområde och marmeladen i detta fall hemsjukvårdsresurserna. Skall vi i utvecklingen av hemsjukvården satsa på en eller några klickar marmelad som en viss, men dock begränsad del av befolkningen får smaka? Eller skall vi bre ut marmeladen så att alla får smaka men kanske inte så mycket?