

Kommunal sjukvård – ett nytt sätt att tänka

Läkarnas roll på sjukhemmen behöver inte utökas – däremot kan en diskussion föras om hur läkarens uppdrag ska fullgöras. Bl a skulle geriatrikerna behövas bättre inom primärvården än i den slutna vården. Men det är en ren landstingsfråga.

Mats Danielsson beskrev i LT 35/97 sin syn på den kommunala sjukvården och kommer med sju förslag på förbättringar. Jag vill gärna beskriva hur en medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) ser på den kommunala sjukvården. Min erfarenhet är naturligtvis huvudsakligen min egen kommun, men jag har även insikt i hur andra kommuner fungerar, särskilt de kringliggande kommunerna.

I samband med Ädelreformen förändrades framför allt den vård och omsorg som landstinget tidigare bedrev. Från att ha betecknats som slutenvård förvandlades allt till att fungera under de villkor som gäller inom primärvården. Sjukvård förvandlades till hemsjukvård. Många kommuner har inte ännu hunnit förverkliga detta i alla sina boendeformer, men det finns fler kommuner än min som inte längre driver några sjukhem.

Svårbegripligt

Att som Mats Danielsson kalla särskilda boendeformer för sjukhem förefaller mig mycket okunnigt. Det är mycket svårt att förstå vad han menar med det. I särskilda boendeformer bor idag många mycket sjuka personer. Däremot är det inte samma kategori människor som tidigare bodde på sjukhem.

Många kommuner liksom min har lyckats minimera antalet färdigbehandlade på akutsjukhuset. Det innebär att det idag i särskilda boendeformer bor en blandning av personer som tidigare vistades/bodde på servicehus, ålderdomshem, sjukhem och akutkliniker. Många kommuner har suddat ut gränserna, och det är inte husets benämning som avgör hur sjuka de är som bor där. Andelen svårt sjuka i ordinärt boende har också ökat.

Kommunen har inte ett totalansvar

Författare

KERSTIN MOGÅRD

medicinskt ansvarig sjuksköterska i Härnösands kommun.

för personerna såsom landstinget har i slutenvården. Hälso- och sjukvårdsansvaret gäller enbart hälso- och sjukvårdsinsatserna, på samma sätt som inom annan primärvård. Många insatser ges enligt Socialtjänstlagen, och då krävs inte sjukvårdskunskap för att bedöma behoven. Som medicinskt ansvarig har jag ansvaret för de medicinska insatserna men inte för det som utförs enligt andra lagar.

Ta hänsyn till vårdtyngden!

Mats Danielsson hänvisar till olika siffror för personaltätet. Sådana beräkningar av personalbehov kan aldrig göras utan att samtidigt jämföra med någon form av vårdtyngd. Min erfarenhet av »sjukhemsarbete» från fyra olika landsting är att tätheten förr ofta var runt 1,0.

När vi som idag i större utsträckning än förr får en utjämning av vårdtyngd mellan olika hus är det naturligt att personaltäteten sänks på vissa håll men också höjs på andra. Bekymmersamt är det naturligtvis när personaltäteten sänks utan att man tar hänsyn till vårdbehovet.

Demenssjuka kan ibland behöva bo i egna grupper. Det gäller framför allt när personen i övrigt är frisk. I min kommun har vi mer än fördubblat antalet lägenheter för demenssjuka jämfört med läget före Ädelreformen. Jag vet att vi inte är ensamma om det.

Begränsat läkaransvar

Läkarnas ansvar i särskilt boende är att fungera som distriktsläkare för dessa svårt sjuka personer. De har inget ansvar för hur kommunens sjukvård fungerar och bör inte ha det heller. Enligt Hälso- och sjukvårdslagen ska kommunen inte bedriva annan sjukvård än upp till och med sjuksköterskenivå.

Handledning från läkaren till den vårdande personalen anser jag redan nu ingår i läkarens ansvar. Försök med kommunal primärvård har ju bara kunnat ske genom särskilda avtal. Många av de försöken har nu avslutats.

Tyvår arbetar geriatriker mest inom slutenvården. De kan behövas mer i primärvården, men hur det ska gå till är en ren landstingsfråga. Distriktsläkarna verkar inte känna behov av denna specialitet.

Hur läkarna fungerar i primärvård är inte ett kommunalt ansvar även om vi ibland får ta konsekvenserna av det. När en behandlande läkare inte planerar in återbesök på vårdcentralen eller hembesök, innebär det ofta att vårdpersonal/distriktssköterska ensam får

DEBATT

”Det har alltid förvånat mig att det ofta är avståndet till patienten och inte hälsotillståndet som verkar vara grunden för antalet hembesök hos en sjuk person. Det fungerar ofta bättre om de flesta personerna i ett hus har samma distriktsläkare.”

göra bedömningar. Det händer även bland svårt sjuka personer.

Mycken läkarkontakt försiggår telefonledes och läkarens ordinationer grundar sig på andra personers iakttagelser. Det kan kännas ansvarsfullt och tungt för personalen.

Det har alltid förvånat mig att det ofta är avståndet till patienten och inte hälsotillståndet som verkar vara grunden för antalet hembesök hos en sjuk person. Det fungerar ofta bättre om de flesta personerna i ett hus har samma distriktsläkare.

Det är inga andra än distriktsläkarna själva som kan påverka detta genom listningen, åtminstone när personerna själva gärna vill ha samma läkare som sin familjeläkare.

De sju förslagen

Kommentarer till Mats Danielssons sju förslag:

- Bättre samverkan mellan landsting och kommun är bara av godo. Att ha god kunskap om villkoren i verksamheterna är en bra grund att stå på i det arbetet.
- Om anbudsförfarande måste ske för kommunal hälso- och sjukvård är det naturligtvis viktigt att det sker professionellt.
- Vilket boende en person erbjuds styrs helt av Socialtjänstlagen, det kan idag inte bli en hälso- och sjukvårdsfråga.
- Att faktiskt vårdbehov ska styra säger lagstiftningen redan idag – behovsbedömning ska göras.
- En nedre gräns för personalbemannning kan inte sättas, eftersom den som inte har vårdbehov inte heller ska få hjälp – alla bedömningar ska vara individuella.
- Läkarnas roll på sjukhemmen behöver inte utökas, däremot kan en diskussion föras om hur läkarens uppdrag ska fullgöras.
- Eftersom vi tillämpar listning i Västernorrland har varje person redan »sin» doktor, och distriktsläkarjouren tar alla jourfall som kommer. Finns det någonstans i Sverige någon som nekas läkarinsats bara för att det är jourtid?