

Samarbete med problem

Hur skall landsting och kommuner bättre kunna samverka kring medicinskt färdigbehandlade patienter som därefter behöver vård och omsorg på en annan vårdnivå hos en annan vårdgivare? Den frågan behandlas i en rapport från Kommun- och Landstingsförbunden som nyligen slutfört ett gemensamt projekt för att tydliggöra huvudmännens respektive ansvar.

Utredarna föreslår sammanfattningsvis att den sk betalningsansvarslagen skall finnas kvar men med förtydliganden. Bl a betonas den ansvariga slutenvårdsläkarens ansvar att se till att en vårdplan upprättas om han bedömer att patienten senare kan behöva insatser från öppenvård eller socialtjänst.

Om vårdplan inte upprättats blir kommunen inte betalningsansvarig. Betalningsansvar kan inträda tidigast fem vardagar efter kallelse till vårdplanering. En annan förändring är att begreppet »medicinskt färdigbehandlad« ändras till »utskrivningsklar«.

Det är självfallet positivt att Kommun- och Landstingsförbunden försöker förtydliga spelreglerna kring samarbetet mellan huvudmännen när det gäller att ge patienterna trygghet och delaktighet vid planering och genomförande av vård och omsorg på olika nivåer. Även namnändringen till »utskrivningsklar« är bra då det begreppet bättre återspeglar det faktiska förhållandet.

Vad sedan gäller förbundens förslag i övrigt kan man emellertid förutse en rad problem i den praktiska tillämpningen. Enligt Läkarförbundets uppfattning krävs förändringar på flera punkter om man skall kunna nå uppsatta mål för samverkan kring vården och omsorgen.

Klinikernas arbetsituation beaktas inte tillräckligt i förslaget, särskilt när det gäller de akutmedicinska klinikerna. 90 procent av patienterna där skrivs in akut. Den vanligaste vårdtiden är ett dygn. Medianvårdtiden är tre dygn. Sådant påverkar naturligtvis i hög grad de krav på information som åläggs klinikerna.

Utskrivningar sker och måste kunna ske alla veckans dagar. Om vårdplaneringsprocessen skall kunna fungera under sådana omständigheter måste därför motsvarande krav kunna ställas på primärvårdens och kommunernas tillgänglighet.

Om denna inte ökas kommer uppen-

bara problem att uppstå för akutklinikerna som idag har en närmast hundraprocentig – och ibland ännu högre – beläggning. Ca 10 procent av vårdplatserna upptas för närvarande av utskrivningsklara patienter.

De nya kraven på vårdplanering och informationsöverföring kan komma att kräva en utökning av antalet vårdplatser på medicinklinikerna. Detta är något som måste beaktas vid utformningen av betalningsansvarslagen.

Ökad flexibilitet skulle i flera avseenden behövas i regelsystemet. Det är knappast rimligt att en akutklinik med överbeläggning förhindras att göra utskrivningar därför att vårdplaner behöver justeras eller för att 5-dagarsregeln för planering och övertagande till hemvård inte hunnit tillämpas.

Medicinska prioriteringar kan ställa krav på snabb överföring till kommunal vård. Det borde då kunna räcka med en »preliminär vårdplanering« telefonledes mellan klinikens läkare/sjuksköterska och jouransvarig i kommunen och eventuellt primärvården. Detta bör kunna ske alla veckans dagar.

Dagens pressade arbetsituation i stora delar av vården gör att det även i andra situationer kan behövas förenklade förfaranden med t ex möjligheter till telefonöverenskommelser. Det borde finnas utrymme för fler varianter för utformning av vårdplanen och möjlighet till avsteg från 5-dagarsregeln.

Att kommunen skall få meddelande dagen före utskrivning är en god ambition, men ofta måste beslut om utskrivning ske omedelbart. Även på denna punkt bör regelverket medge snabbare men ändå säkra rutiner.



Robert Wahren

Robert Wahren

Läkarförbundets utredningsavdelning

Den beska sanningen

■ Nyligen presenterade Socialstyrelsen Hälso- och sjukvårdsrapport 2001. I denna sammanfattar Socialstyrelsen sin syn på utvecklingen de senaste åren. Rapporten ger ett tydligt stöd för Läkar-

Kommentar

förbundets tidigare framförda krav på att sjukvården behöver tillföras trettio nya miljarder årligen.

Socialstyrelsen bekräftar återigen den beska sanningen om hälso- och sjukvårdens ekonomiska utveckling och försämrings i Sverige:

»De senaste åren har såväl BNP som sjukvårdskostnader ökat mer i OECD och EU än i Sverige. Från en tidigare tätposition har Sverige hamnat på 16:e plats i 'välstånd' (BNP per invånare) inom OECD och på 10:e plats inom EU (1999). Vad gäller sjukvårdskostnader per invånare ligger Sverige på 16:e plats inom OECD och på 9:e plats inom EU.«

1980 var den svenska BNP-andelen högst i världen (9,4 procent), men har sedan dess sjunkit kontinuerligt. Idag satsar bara inom EU åtta länder mer resurser per invånare på sjukvården än vad Sverige gör. Det är inget statsministern kan vara stolt över.

Det vore dock fel att hävda att de uppenbara bristerna i dagens sjukvård enbart är en konsekvens av bristande resurser. Det finns fortfarande mycket att göra för att utnyttja befintliga resurser mer effektivt. Det framhåller också Socialstyrelsen. Men det vore lika fel att hävda att effektiviseringar i resursanvändande och organisation skulle räcka för att möta dagens problem.

Läkarförbundet presenterade förra året en rapport om hälso- och sjukvårdens resursbehov kommande år. Av den framgick att de reala resurserna till landstingen under perioden 1993–1997 minskade med cirka åtta procent. Antalet anställda minskade under samma period med 80 000. Sedan 1998 har utgifterna för sjukvården ökat, enligt Socialstyrelsens rapport. Men »vårdskrisen« består.

Under 2002 ska en ny riksdag, ny regering och nya landstingsledning utses. Att sjukvårdens resursbehov måste bli en av de större frågorna inför valen är givet. Att svensk sjukvård behöver tillföras betydande nya resurser för att inte tappa ännu mer jämfört med våra europeiska grannar är lika givet – det är den beska sanningen. •