

Är allmänläkarna beredda att ta sig an hemsjukvården?

Hembesök hos äldre, kroniskt sjuka och funktionshindrade patienter var tidigare en naturlig del i den allmänpraktiserande läkarens arbete. Idag är hembesök sällsynta, trots minskat antal vårdplatser på sjukhus och ett ökat behov av kvalificerad vård i hemmet. Hemsjukvård finns sällan på dagordningen vid konferenser och andra sammankomster för läkare. Borde inte allmänläkare ha en viktig roll i utvecklingen av hemsjukvården?



Foto: Pressens Bild

Det största problemet i dagens hemsjukvård är den låga läkartillgängligheten, enligt Socialstyrelsens rapport »Borta bra men hemma bäst«. (Personerna på bilden har ingen särskild anknytning till artikeln.)

ciniska kvaliteten och säkerheten ökar, inte minst vid förskrivning och genomgång av läkemedel. Personal, patienter och anhöriga bör kunna känna sig tryggare om de får möta doktorn i teamet. Läkaren har det medicinska huvudansvaret och förväntas därmed handleda och stödja övriga medlemmar i teamet.

Vad är då orsaken till den låga andelen hembesök? Resursbrist, underbemannning och hög arbetsbelastning kan vara några förklaringar, men är troligen inte de enda. Dagens vårdcentraler är inriktade på löpande mottagningsarbete, och arbetsordningen underlättar inte hembesök. Ett annat skäl kan vara delat huvudmannaskap, som medför att patienterna i kommunens hälso- och sjukvårdsorganisation kan kännas avlägsna.

Ersättningssystemens utformning verkar ha betydelse. Ersättningen för ett läkarbesök i hemmet motsvarar inte på långt när den verkliga kostnaden. I Luleå lyckades man vid mitten av 1990-talet tillfälligt åstadkomma fler hembesök genom att höja den extra ersättningen för ett läkarbesök från 50 till 500 kronor. Hembesöksfrekvensen ökade då från 1,5

Socialstyrelsens rapport »Borta bra men hemma bäst?« redovisar brister i dagens hemsjukvård och konstaterar att det saknas struktur och en sammanhållen strategi. Den visar också att tillgången till hälso- och sjukvård är begränsad för hemsjukvårdens patienter, trots att behovet ständigt ökar. Det största problemet bedöms vara låg läkartillgänglighet [1].

En undersökning av två vårdcentraler, gjord på uppdrag av Fammi, fann att de insatser som görs av allmänläkare i hemsjukvården mestadels är av ad hoc-karaktär och sätts in först då distriktsköterskan upplever problem och anser att något måste göras [2].

I en enkätstudie till distriktsläkare och personal i kommunal hemsjukvård om upplevda problem i hemsjukvården blev antalet svar högt från alla personalgrupper utom från läkarna (39 av 500 tillfrågade läkare svarade). De läkare som svarade angav att frågor om hemsjukvård endast i liten utsträckning berör deras arbete [3].

I mars 2006 inbjöd Fammi allmänläkare och övriga yrkesgrupper till en tvärprofessionell konferens om hem-

sjukvård i Västerås. Tre hundra personer kom, varav 17 var läkare.

Man kan ibland höra åsikten att hemsjukvård enbart rör patienter med behov av palliativ vård i livets slutskede och att det då rör sig om avancerad hemsjukvård. Gruppen patienter med behov av hemsjukvård är emellertid mycket större än så och utgörs till största delen av kroniskt sjuka äldre människor med omfattande vårdbehov samt därtill en mindre grupp yngre patienter med funktionshinder. Det råder enighet om att vården av dessa patienter är en allmänmedicinsk uppgift, men av läkarinsatserna för denna grupp får hemsjukvårdens patienter en minimal del. Visserligen har man i vissa storstäder funnit speciella lösningar som kan tillgodose behovet av läkarinsatser i hemmet, men vanligen är det allmänläkare som ansvarar för de patienter som vårdas i hemmet eller i särskilt boende.

Sjukvård i hemmet är en komplex verksamhet. Det gäller inte bara att lösa medicinska problem utan också att vårda patienter med behov av kontinuitet i ett helhetsperspektiv där närstående är involverade. Många yrkesgrupper samverkar, och det ställs krav på samarbetsförmåga och kunskap om andras kompetens. I detta multiprofessionella arbetsfält har allmänläkaren en nyckelroll som inte kan ersättas vare sig av tillfälliga telefonkonsultationer eller av andra professioner.

All erfarenhet säger att läkarnärvaro i hemsjukvården förhindrar onödiga sjukhusinläggningar och att den medi-



GÖSTA ELIASSON
familjeläkare
gosta.eliasson@fammi.se



ELISABET LINDER
distriktsköterska; båda är
direktörer för Familjemedicinska
institutet, Stockholm

till 4,5 procent [A Lindman, Luleå, pers medd, 2006].

Det kan också handla om prioriteringsproblem. Svensk förening för allmänmedicin (SFAM) tog 2003 fram ett prioriteringsdokument, som ger palliativ vård och vård i särskilt boende den näst högsta prioriteringsgraden. Högre prioritet har endast medicinsk bedömning av akut sjukdom, nyttillkomna symtom och akut försämring av kronisk sjukdom [4]. Att tillämpa prioriteringsregler låter enkelt men är i praktiken svårt. I en situation med läkarbrist och hög arbetsbelastning upplevs ofta det som man har alldeles inpå sig – mottagning och akuta patienter – som det mest angelägna. Och de som vårdas hemma »har ju i alla fall någon distriktssköterska som kan titta till«.

Handlar det möjligen om osäkerhet och motvilja inför att lämna den välordnade mottagningen och stiga in i patienternas hem? Många läkare kan vittna om motsatsen, att ett hembesök både kan underlätta den medicinska bedömningen och ge en bättre helhetsbild. Ofta blir besöket också en personligt berikande upplevelse för läkaren.

Tradition och kultur då? Om sanningen ska fram har vi i Sverige en sjukvårdskultur som statusmässigt sätter sjukhusvård i främsta rummet, primärvård i andra och vården i patientens eget hem allra sist. En orsak till detta är att största delen av läkarnas utbildning sker i sjukhusmiljö. Primärvården har visserligen fått ökad plats i utbildningen, men hemsjukvård torde vara främmande för de flesta läkar- och sjuksköterskestuderande.

För att åstadkomma en riktig prioritering och en välavvägd fördelning av insatser mellan mottagningsverksamhet

FAKTA

- Svensk förening för allmänmedicin (SFAM) driver ett nätverk för hemsjukvårdsintresserade allmänläkare.
- Kollegiala grupper (FQ-grupper) rekommenderas att använda SFAMs studiebreve »Kan doktorn komma?« [5].
- Fammi och KursDoktorn genomför en tvådagarskurs i hemsjukvård (»När doktorn tar av sig skorna«) i oktober 2006 för allmänläkare och ST-läkare.
- Fammi driver ett tvärprofessionellt nätverk för hemsjukvård och har på sin webbplats ett omfattande hemsjukvårdsbibliotek.
- För den som vill arrangera seminarier om hemsjukvård lokalt finns fyra »byggstenar«, användbara som diskussionsunderlag, bland annat ingår en forumteater, »Möten i hemmet«.
- Läs mer om hemsjukvård på www.sfam.se, www.fammi.se och www.kursdoktorn.se.

och hembesök krävs det att ersättningsystem, organisation och verksamhetsmål formuleras på ett sådant sätt att hemsjukvårdens patienter inte missgynnas.

Men det handlar inte bara om huvudmännens och verksamhetschefernas ansvar. Vården av patienter i hemmet utvecklas inte av sig själv, den kräver att professionerna engagerar sig. Vilket intresse finns hos allmänläkarna att på allvar ta sig an utvecklingen av hemsjukvården?

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Socialstyrelsen. Borta bra men hemma bäst? En nationell granskning av hemsjukvården i Sverige. Stockholm: Socialstyrelsen; 2005.
2. Eriksson F, Kristiansson R. Det värdeskapande systemet i hemsjukvården. Rapport. Stockholm: Familjemedicinska institutet; 2006.
3. Fammi. Vård av patienter med hemsjukvård. Problem Detection Study. Stockholm: Familjemedicinska institutet; 2006.
4. Sundin K. Prioriteringar i vardagsarbetet. 2:a upplagan. Studiebreve. Stockholm: Svensk förening för allmänmedicin; 2003.
5. Svensson E, redaktör. Kan doktorn komma? Studiebreve. Stockholm: Svensk förening för allmänmedicin; 2005.

Kommentera denna artikel på www.lakartidningen.se

Fler debattinlägg på sidan 2064.

ANNONS