

Motion till riksdagen

1989/90:So425

av Margit Gennser (m)

Vård av svårt sjuka anhöriga

Att svårt långtidssjuka och deras anhöriga i dagens Sverige många gånger hamnar i en orimligt pressad situation både ekonomiskt, fysiskt och psykiskt på grund av att det inte finns plats inom långvården, på sjukhem eller inom dagsjukvården omvittnas nästan dagligen i radio, TV och dagspressen. Den ström av larmrapporter som vi mött under senare år skapar dock en risk, att vi börjar acceptera klandervärda förhållanden som ofrånkomliga.

Att konfronteras direkt med erfarenheter som en individ, en människa, har gjort är därför utomordentligt viktigt. Problemen blir inte avlägsna – "teoretiska" – utan nära och gripbara. De synpunkter som framfördes i Radio Malmöhus telefonväkteriprogram "Skånebänken" angående vård av svårt sjuk make, s k närståendevård måste beaktas och leda till förändringar. En rad praktiska svårigheter, inte minst av ekonomisk art, i det tunga arbete som omvårdnaden av en svårt sjuk nära anhörig utgör, bör kunna undanröjas snabbt.

Problemen

Många patienter med bestående svåra skador efter stroke, neurologiska sjukdomar, olyckshändelser etc kan inte beredas plats inom långvårdssjukvården, på sjukhem eller dagcentra. I det senare fallet kombinerat med hemsjukvård. Samtidigt är vissa avdelningar inom akutsjukvården, framförallt inom medicin och ortopedi, så hårt belastade att man tvingas skriva ut patienter utan att alternativ vård är ordnad. Detta gäller säkerligen i första hand patienter som har anhöriga och som ofta kommer från goda socio-ekonomiska förhållanden. För den eller de anhöriga kan trots goda förutsättningar belastningen bli betydande. Först och främst är det svårt för en ovan anhörig att vårda en svårt sjuk patient. Hjälp erhålls sannolikt från hemsjukvården, men även här är resurserna, inte minst sommartid, hårt belastade.

De allt större personalproblemen inom vården har dessutom skapat akuta svårigheter av ett något annat slag. Med kort varsel kan sjukavdelningar eller dagcentra behöva stängas, eftersom man erhållit så stora personalvakanter att driften inte kan upprätthållas. De anhöriga får då ta över ansvaret ofta utan förvarning.

Många anhöriga som ställs i denna situation har eget förvärvsarbete. Utnyttjande av semesterdagar samt tjänstledighet utan lön är utvägar som bru-

kar nyttjas. Problemen fortplantar sig till den egna arbetsplatsen och den egna ekonomin kan försvagas avsevärt. Redan den anhöriges sjukdom har många gånger kunnat leda till ekonomiska påfrestningar. Att bitterheten ökar med tanke på de betydande skatter och sjukförsäkringsavgifter som erlagts under den friska tiden är helt förklarligt.

Mot. 1989/90
So425

Orsakerna

En av orsakerna till belastningen inom långtidsvård och äldreomsorg är befolkningsutvecklingen. Att behoven skulle växa när det gäller långtidssjukvård, sjukhem, dagcentra etc har dock varit känt under förhållandevis lång tid. Mycket resurser har också satsats på utbyggnaden av olika vårdresurser.

Mycket av svårigheterna kan i stället härledas från en bristande produktivitet inom landsting och kommuner. Denna hänger i hög grad samman med en alltför tung och oöverskådlig styrning av vården. Ett planhushållningssystem kan inte, till skillnad från ett mera marknadsinriktat system, ge den täta, innehållsrika men ändå knappa informationen för att på ett ekonomiskt och snabbt sätt slussa resurser till de områden, där de bäst behövs. I stället åtgår alltför mycket pengar till administration. Detta kan exempelvis belysas med följande exempel: I Stockholms läns landsting skulle kostnaderna kunna dras ned med 100 miljoner kronor om en procent av personalkostnaderna inom administrationen minskades under ett år. Sjuk- och omvårdnadssektorn i vårt land är faktiskt styrd enligt samma principer som de planhushållningsekonomier som nu går sin upplösning till mötes i Östeuropa.

Den nya floran av distriktsnämnder och kommunaldelsnämnder som nu växer fram inom primärkommunerna bör ifrågasättas. Detta innebär endast mer av politisk/administrativ styrning av verksamheter som bäst tillgodoses av en professionell styrning och som tar hänsyn till patienternas/konsumenternas eller – med en samlingsbeteckning – marknadens behov.

Några förändringar som kan göras snabbt

Resurserna till sjuk- och långvård erhålls dels från sjukförsäkringsavgifter, dels från skattemedel, i första hand landstingsskatten.

När en svårt sjuk patient, som enligt den behandlande läkarens bedömning bör erhålla långtidssjukvård, får plats på sjukhem eller dagcentrum kombinerat med hemsjukvård men på grund av köer hänvisas – åtminstone temporärt – till vård med hjälp av anhöriga bör man automatiskt erhålla viss vårdpenning som utbetalas till patienten.

Kostnaden för en vårdplats inom långvården beräknas i dag till ca 1 100 kronor. Ca 50 procent av denna kostnad kan klassificeras som rörlig kostnad bestående av personalkostnader jämte kostnader för mat, tvätt och medicin. En del av personalkostnaderna utgör ersättning för arbetsgivaravgifter av olika slag.

Genom att inte kunna bereda plats till dem som är berättigade till långtidsvård beroende på personalbrist "tjänar" landstinget/kommunen ca 500 kronor per patient och dag. Den sjuke skulle således egentligen vara berättigad till en ersättning mellan 300 och 500 kronor per dag. Detta gäller institutions-

plats. (300 kronor om man räknar bort de personalkostnader som utgörs av lönebidrag och beaktar att vårdersättningen är skattefri.)

Man skulle ganska enkelt kunna ordna en rutin, där ca 300 kronor eller annan motsvarande rörlig kostnad, som gäller i aktuell kommun eller lands-ting och för aktuell vårdinsats, utbetalas till de mest vårdkrävande långtids-sjuka, som på grund av köer eller oplanerade stängningar av sjukavdel-ningar, sjukhem eller dagcentra måste vårdas av anhöriga. Ett sådant bidrag skulle ha en rad fördelar:

1. Den anhörige skulle kunna ta tjänstledighet utan lön eller om arbetsför-hållandena skulle lägga betydande hinder i vägen få ekonomiska möjlig-heter att ordna omvårdnaden på annat sätt.
2. De budgetansvariga inom distriktsvården/långvården skulle få bära en viss kostnad för den bristande servicen, vilket sannolikt på sikt skulle leda till en mera förutseende planering och också bättre acceptans av enskilda vårdalternativ.
3. Redan nu finns det i viss omfattning enskilda vårdalternativ framförallt i södra och västra Sverige, Småland och Stockholmsområdet. Dessa skulle med all säkerhet utvecklas och fler alternativ skulle växa fram. I första hand kanske dessa enskilda alternativ skulle inrikta sig på att ge hjälp i akuta situationer, men man kan också tänka sig att den sjuke och de anhö-riga anser att man har funnit ett så bra alternativ att detta bör utgöra en mera permanent lösning. Landstinget/kommunen får i så fall en avlast-ning till lag kostnad vad gäller hårt ansträngda vårdresurser. Den före-slagna lösningen är således fördelaktig både för den sjuke, de anhöriga och det offentliga.
4. Distriktssköterskorna har till uppgift att göra hembesök hos patienter som vårdas av anhöriga i hemmet och föranstalta om eventuell handikappan-passning av bostad samt beslut om s k hemsjukvårdsbidrag etc. I det nu diskuterade sammanhanget gäller distriktssköterskans bedömning i prin-cip två grupper av patienter, dels sådana som redan är bedömda som svårt kroniska fall vid utskrivning från akutsjukhus, dels patienter som vistas hemma och som successivt försämras på grund av sjukdom eller ålder-domssvaghet. Genom att de som skrivs ut från akutsjukvården med be-dömt stort vårdbehov erhåller automatiskt bidrag om vårdplats inte kan beredas, kan distriktssköterskornas arbete planeras bättre med kortare handläggningstider som följd. Dessvärre är det i praktiken ofta så att handläggningstiden är mycket lång. Två till tre månader är inte ovanligt. En månad anses vara en tidsutdräkt att sträva mot.

Finns det då inga invändningar mot ett sådant här system? Skapar det inte svåra kontrollproblem och blir det inte onödigt dyrt?

Kontrollproblemen är lätta att lösa. Läkarbedömning görs när patienten lämnar akutklinik. Finns inte vårdplats utanordnar distriktssjukvården vård-bidraget. Samtidigt bevakas möjligheterna att bereda vårdplats. Den anhö-rige till den vårdberättigade patienten har till uppgift att rapportera vilka lös-ningar som valts och om dessa kan tänkas bli permanenta.

Samma typ av rutiner bör kunna användas i samband med oplanerade stängningar av sjukavdelningar och dagcentra för svårt långvårdssjuka.

Ett problem kan uppkomma. Det är bidragets höjd. För närvarande upp-

går hemsjukvårdsbidraget till högst 1,5 basbelopp. Hemsjukvårdsbidraget brukar dock i de flesta fall kombineras med betydande kommunala och landstingskommunala insatser i form av färdtjänst och vård på dagcentral. Här måste noggrannare analyser göras i kommunerna/landstingen för att finna lämpliga och jämförbara nivåer.

Invändningar kan komma att det föreslagna systemet blir orimligt dyrt. Detta är riktigt om köer medvetet används för att undanhålla de svårast sjuka vård, men i så fall är det viktigt att låta "problemet bli synligt". Då måste de ansvariga politikerna både på riksplanet och på lokal nivå göra omprioriteringar. Det är faktiskt så att de allra svårast sjuka och deras anhöriga måste få stöd och hjälp. De måste gå före andra mindre behjärtansvärda kommunala uppgifter. Den lösning som föreslås innebär dessutom att de anhöriga fortfarande måste satsa både pengar och arbete för att hjälpa exempelvis en svårt sjuk make. Detta är inget att säga om, men vi kan inte ha ett fördelningssystem, där en grupp får "allt" och en annan lika hårt drabbad får "intet". Ett sådant system luckrar upp det som brukar betecknas som en "god samhällsmoral". Med det här föreslagna systemet skapas däremot impulser, så att familjen, närstående, grannar, arbetsgivare och alla andra "av god vilja" får chans att hjälpa till att klara upp en pressad situation.

Dessutom tillkommer en "dold" samhällskostnad som skulle falla bort. Den beaktas ofta inte. De anhöriga måste ofta sjukskrivas på grund av den fysiska och psykiska belastning som den dåligt fungerande omvårdnaden ger upphov till. Kostnaderna för långa sjukskrivningar förorsakade av alltför stor belastning på anhöriga bör också räknas in i sammanhanget.

Det problem som berörts ovan skall ges sina praktiska lösning på landstingskommunal/primärkommunal nivå. Staten som dels ansvarar för sjukförsäkringen och ytterst för beskattningsrätten bör dock se till att de åligganden som det allmänna iklätt sig får en någorlunda rättvis fördelning. Alla patienter måste ha en viss vårdgaranti. Denna kan utformas på det sätt som beskrivits ovan och lagfästas. Patientens "begränsade vårdgaranti" skulle pressa fram bättre planering och bättre rutiner inom den offentliga vården, eftersom misslyckandena skulle "kännas" i de ansvarigas budgetar. Vidare skulle enskilda alternativ få större möjligheter att utvecklas och bli ekonomiskt livskraftiga samtidigt som de inom den politiskt styrda offentliga vården mer och mer skulle uppfatta de enskilda alternativen som en avlastning och hjälp.

De nu föreslagna lösningarna får framförallt ses som ett medel att minska svåra problem på kort sikt. På längre sikt behövs betydligt mera genomgripande förändringar.

De långsiktiga lösningarna

Mera långsiktiga lösningar av de nu behandlade problemen måste bygga på försäkringar i stället för på kommunal/landstingskommunal styrning via Dagenssystemet i enlighet med vad som bland annat anförts i den moderata partimotionen av Carl Bildt m fl Bättre välfärd.

Försäkringslösningar kommer att luckra upp de kommunala monopolerna. Detta innebär att en marknad kan växa fram med en rad alternativ, dvs en fortsättning på den utveckling som en vårdgaranti av ovan diskuterad modell skulle initiera.

Från konsumentvarumarknaderna vet vi att de mest vakna konsumenterna kommer att ikläda sig rollen av "pionjärkonsumenter" och att det är de som först finner nya effektivare lösningar. Det som gäller varumarknaden gäller naturligtvis också service och omvårdnad. Det är säkerligen så att de som man brukar kalla pionjärkonsumenter kännetecknas av genomsnittligen bättre ekonomi och bättre kunskaper. Det är därför de utför en väsentlig roll på marknaden. De kan ta risken att pröva det oprövade. De bra lösningarna börjar därefter imiteras och sprider sig till allt fler konsumenter. Naturligtvis fungerar de nu beskrivna mekanismerna både när det gäller varor, personlig service och också omvårdnad.

Vid kommunala monopol kan däremot den nu beskrivna "utprovningmekanismen" inte utnyttjas. I stället använder "pionjärkonsumenten" sin energi att om möjligt utverka favörer i de kommunala köerna på de svagastes bekostnad. Detta kan – paradoxalt nog – leda till att anhöriga till de minst sjuka patienterna lättast kan forcera köer.

Vid ett mera diversifierat utbud av sjukvård och omvårdnad kommer belastningen på långvård, äldreomsorg m m att lätta. Detta innebär att de svagaste kommer att få lättare att få fullgod service.

Motståndare till att den offentliga vården skulle få konkurrens från enskilda alternativ brukar hävda att den offentliga vården enbart kommer att få ansvaret för de allra tyngsta patienterna och därför hålla en lägre vårdkvalitet. Detta stämmer inte eller behöver åtminstone inte stämma!

Betalningen från försäkringssystemet kommer att vara densamma för samma vård. Försäkringssystemets ersättning till vårdgivarna för olika vård och service bör ta hänsyn till vårdtyngd och andra kostnadsdrivande faktorer. Här kan också finnas utrymme för en social dimension.

Slutsatsen blir således att försäkringslösningar och konkurrens på vårdområdet i längden framförallt gynnar de grupper som i dag brukar betecknas som "svaga".

Hemställan

Med hänvisning till det anförda hemställs

att riksdagen begär att regeringen snarast lägger fram förslag om kommunernas/landstingskommunernas skyldighet att ställa upp med en begränsad vårdgaranti för svårt långtidssjuka i enlighet med vad i motionen anförts.

[att riksdagen begär att regeringen lägger fram förslag om en allmän obligatorisk sjukvårdsförsäkring i enlighet med vad i motionen anförts.¹]

Stockholm den 18 januari 1990

Margit Gennser (m)

¹ 1989/90:SF249