

HANDIKAPP FÖRBUNDEN

Sundbyberg 2015-06-29

Vår referens:

Mikael Klein

Socialdepartementet

Remissvar: Trygg och effektiv utskrivning från slutenvård, SOU 2015:20

Handikappförbunden

Handikappförbunden är en samarbetsorganisation för 39 funktionshinderförbund som tillsammans representerar cirka 400 000 människor. Vårt mål är ett samhälle för alla. Vårt intressepolitiska arbete grundar sig på mänskliga rättigheter.

Betänkandets idéer och förslag

Utredaren har haft i uppdrag att genomföra en översyn av lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård, den så kallade Betalningsansvarslagen. Syftet med översynen är att åstadkomma en god vård, där ledtiderna mellan slutenvård på sjukhus och vård och omsorg i det egna hemmet eller i särskilt boende, kan hållas så korta som möjligt och att onödig vistelse på sjukhus så långt möjligt kan undvikas för utskrivningsklara patienter.

Handikappförbundens principiella inställning

Handikappförbunden företräder organisationer vars medlemmar i varierande grad tvingas utnyttja landstingens slutna vård, både inom den somatiska och den psykiatriska vården, inklusive den rättspsykiatriska vården och annan tvångsvård.

Vi anser att det är viktigt att samhället organiserar en vård som gör att människor inte i onödan ligger på akutsjukhus eller psykiatrisk slutenvård, när en vård närmare hemmet är möjlig.

Samtidigt är brådskan att skriva ut patienter ibland alltför stor hos akutsjukhusen och hos den slutna vården inom psykiatrin. Detta slår tillbaka i form av bland annat återinskrivningar av patienter som inte klarade att komma hem så snabbt. Syftet med att effektivisera patientströmmar får inte vara att en enhet ska tjäna eller spara så mycket pengar som möjligt. Därför är utformningen av ett incitamentssystem viktiga. En sammanhållen vårdkedja för patientens bästa måste bygga på samarbete och samverkan, snarare än ett köp- och säljtänkande.

Vissa försämringar för patienterna

Utredningens förslag försämrar utskrivning från slutna vård för patienter som vårdas enligt Lagen om psykiatrisk tvångsvård, LPT och Lagen om rättspsykiatrisk vård, LRV. LPT-patienter får en sämre fungerande utskrivning eftersom skyldigheten för kommunen att påbörja en vårdplanering senast dagen efter kommunen mottagit kallelsen från den behandlande läkaren upphör. I stället hänvisar utredningen till den samordnade vårdplanen enligt 7 a § LPT vilken saknar krav på en skyndsam handläggning. LRV-patienter undantas helt från den föreslagna lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård. Förslaget försämrar den idag dåligt fungerande utskrivningen från slutenvård för LRV-patienter ytterligare. Utredningen tar inte hänsyn till dessa patienters rättigheter och behov vilket vi inte tycker är godtagbart. I övrigt avseende LPT- och LRV-patienter hänvisar vi till NSPH:s remissyttrande.

Administration av inskrivningsmeddelande

Utredningen lägger stor vikt vid att ett inskrivningsmeddelande ska utfärdas av den behandlande läkaren, i normalfallet senast 24 timmar efter det att patienten skrivits in i den slutna vården. Detta meddelande ska i första hand gå till den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården eller socialtjänsten. Om patienten även behöver insatser från den landstingsfinansierade öppna vården ska också berörda enheter inom denna få ett inskrivningsmeddelande. Normalt betyder detta att primärvården och dess vårdcentraler kommer att bli inblandade när det gäller äldre patienter eller andra

patienter med somatisk sjukdom som kräver eftervård eller någon form av medicinsk tillsyn eller uppföljning. Inom det psykiatriska området kan det därutöver innebära att den öppna vården inom psykiatrin blir inblandad. Redan i inskrivningsmeddelandet ska beräknad tidpunkt för utskrivningen anges. Denna ska dessutom kompletteras med upplysningar om inskrivningsorsak.

När berörd enhet i den landstingsfinansierade öppna vården har fått ett inskrivningsmeddelande angående en patient, ska verksamhetschefen utse en fast vårdkontakt för patienten om han eller hon inte redan har en sådan. Denna fasta vårdkontakt ska vara utsedd innan patienten skrivs ut från den slutna vården.

Det är ett teoretiskt sett bra system men vi är rädda att det kan bli komplicerat, byråkratiskt och tungrott.

Framför allt vill vi avråda från att lägga på läkarna ett ansvar att hålla reda på alla kontakter som måste tas. Det vore ett ineffektivt utnyttjande av deras arbetstid. Samma sak gäller verksamhetschefer inom landstingets öppna vård. Enligt vår mening måste förslagets konsekvenser på den administrativa belastningen gås igenom. Rutinerna behöver i hög grad bygga på välfungerande datoriserade system. Läkarna bör endast användas för de moment i processen som de oundgängligen behövs för.

Det är också viktigt att systemet även fungerar i regioner där vårdval gäller. I landsting som har stor andel privat driven öppen vård behöver avtalen med de privata utförarna skrivas om med tanke på de tillkommande uppgifterna.

Prognosen

När de berörda enheterna inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten har fått ett inskrivningsmeddelande ska enheterna inleda planeringen av de insatser som är nödvändiga för att patienten på ett tryggt och säkert sätt ska kunna lämna den slutna vården och efter utskrivningen få sina behov av hälso- och sjukvård och socialtjänst tillgodosedda. När den behandlande läkaren har

bedömt att en patient är utskrivningsklar, ska läkaren så snart som möjligt underrätta de enheter som fått inskrivningsmeddelandet. Vi tolkar detta som att förberedelsearbetet kan påbörjas på ett tidigt stadium, något som borde garantera att inga missar sker vid den slutliga utskrivningen. Vi vill dock i detta sammanhang beröra några frågor och problematisera ämnet något.

Att redan vid inskrivningen, inom 24 timmar, göra en prognos på utskrivningstidpunkt torde ibland vara vanskligt. Patientens allmänna tillstånd, som kanske inte är fullt känt vid skrivningen av inskrivningsmeddelandet, till exempel på grund av ännu inte utförd provtagning eller medicintekniska undersökningar. Utvecklingen av patientens förbättring under tiden för den slutna vården är heller inte lätt att förutsäga. Här spelar individuella faktorer hos patienten in.

Det torde vara lättare att göra en utskrivningsprognos inom vissa av de somatiska sjukdomsområdena än inom de psykiatriska. Man vet relativt väl hur länge det dröjer innan penicillin ger en sådan effekt att patienten åter kan stå på benen och med någon form av stöd kan skrivas hem. Det innebär till exempel att för patienter med lunginflammation, som ju inte är helt ovanliga i dessa sammanhang, torde det vara möjligt att någorlunda exakt kunna fastställa utskrivningstidpunkten. Detsamma gäller för vissa typer av kirurgiska behandlingar. Vi anser att det sannolikt svåraste området att vid inskrivningen göra utskrivningsprognoser, är inom stora delar av psykiatrin. Vem som där kan bedömas som färdigbehandlad och därmed utskrivningsklar, måste ses som synnerligen relativt.

De senaste 30 åren har de genomsnittliga vårdtiderna inom psykiatrin dragits ned med tre fjärdedelar. Vi bedömer att en slutenvårdsepisod idag i genomsnitt kan ligga på ungefär två veckor efter att ha varit ungefär två månader för trettio år sedan. Kritik finns i dagens system om alltför tidiga utskrivningar. Konsekvenserna av för tidig utskrivning kan vara svår, till exempel risken för självmord. In- och utskrivning inom psykiatrin måste därför tas på mycket stort allvar.

Ur ett patientperspektiv så vill vi i Handikappförbunden framför allt lyfta frågan om utskrivning efter individuella förutsättningar, samt möjlighet till flexibilitet inom systemet.

Samverkan mellan kommun och landsting och kommunens betalningsansvar

Vi anser att det kommer att behövas ett lokalt anpassat regelsystem för hur ansvar fördelas i processen. Primärvård fördelas på olika sätt i olika kommuner med olika ansvar för kommunerna beträffande basomhändertagandet i olika typer av boenden med stöd.

Hemtjänsten organiseras olika. Detsamma gäller landstingets hemsjukvård och eventuella specialiserade hemsjukvård. Den basala omhändertagandenivån för psykiatri i primärvården varierar, liksom organisationen för specialistpsykiatri. Geriatriken, om den finns, och dess ansvar varierar mellan olika landsting. Olika delar är privatiserade i olika landsting och kommuner. Allt detta gör att rutiner måste anpassas för berörda landsting och kommuner om systemet ska få någon trovärdighet.

Vi tror dock inte att det är lämpligt att man får förhandla mellan landsting och kommun om betalningsansvaret. Den principiella tredagarsfristen liksom avgiftens storlek bör enligt vår uppfattning inte vara förhandlingsbar. Avgiften bör fastställas av regeringen eller av regeringen utsedd myndighet enligt ungefär de regler som anges i betänkandet. Vi tror att ett jämlig vård, under i övrigt ojämlika förutsättningar, åtminstone kräver samma syn på vad en vårddag i slutenvården är värd och hur stora krav i antal dagar som ska krävas av kommunernas ansträngningar att ta hem patienten.

Några avslutande reflexioner

Vårt intryck av nuvarande system med betalningsrelation mellan kommun och landsting efter fem dagar och samma vårddagspris över hela landet har fungerat och fungerar väl på flertalet platser i landet. Detta gäller särskilt beträffande patienter som redan när de kommer in i landstingets slutenvård är kända av kommunens äldrevård och/eller socialtjänst och därmed ofta kan återgå till sitt normala boende med lämplig form av stöd. Nyinsjuknade som inte är kända av kommunen kan ta längre tid att hantera om man måste

aktualisera annat boende, bostadsanpassning och/eller tekniska hjälpmedel med mera.

Vi tolkar utredningen som att dess egentligen viktigaste uppgift är att öka akutsjukhusens och de psykiatriska slutenvårdsenheternas effektivitet mätt i termer av snabbare genomströmning, och därmed förmåga att ta emot flera patienter som kan läggas in och behandlas. Vi hyser en oro för att det skapade utrymmet kommer att användas för att anpassa sjukhusens kapacitet genom minskning av exempelvis antalet vårdavdelningar. Det är därför viktigt att säkerställa att en ökad genomströmning inte leder till ett minskat antal vårdplatser.

Dagens system för akutsjukvården och sluten psykiatrisk vård är redan hårt rationaliserat på de flesta ställen i vårt land. Vår bedömning är att det idag finns avsevärda brister när det gäller kvalitet, exempelvis gällande omvårdnad. Detta gäller i allmänhet för svårt sjuka människor som befinner sig i sluten vård men i särskilt hög grad för människor som redan var sköra innan de drabbades av sjukdom som kräver sluten vård. Den enskilde patientens upplevelse av vården har stor betydelse för vårdens resultat. De måste kunna komma därifrån med en känsla av omhändertagande, välbefinnande och bra bemötande.

Vår förhoppning är att förslaget kommer att leda till en ökad trygghet i övergången. Samtidigt känner vi en viss oro för hur man ska få det att fungera utan att det blir en administrativ börda? Vi är inte övertygade om att det kommer att fungera i praktiken – särskilt om det ska göras samordnade individuella planer, SIP Våra erfarenheter av SIP inom psykiatrins område är hittills inte alls odelat positiva.

Utredningen har många bra förslag och vi i Handikappförbunden ställer oss positiva till huvuddragen. Den är dock för tunn när det gäller rollen för landstingets öppna vård i all dess komplexitet och dess resurser och styrförmåga gentemot landstingets slutna vård och kommunens äldrevård och socialtjänst. Utredningen är också för ytlig när det gäller psykiatrin och att så kraftigt minska dagarna från

30 till 3 och när det gäller förutsättningarna för kommunen att ta emot personer som kan komma från psykiatrins frivilliga slutna vård, sluten tvångsvård eller den rättspsykiatriska vården. Vi ifrågasätter även reglerna för LPT och LRV.

Vår bedömning är därför att utredningen, inte utan kompletteringar, kan ligga till grund för beslut om ett införande av ett reviderat system.

Med vänlig hälsning

Handikappförbunden



Stig Nyman, Ordförande

