

Angående vårdvalsreformen gällande palliativ vård i Stockholm

Barbro Norrström Mittag–Leffler

Fd öl, spec i onkologi, Dipl i Pall Med. E-post: barbro.norrstrom-mittag-leffler@sl.se.

Tack för dina ord!

Sällan har jag känt ett sådant oerhört stöd för det som så många yttrat och yttrar dagligen och stundligen under vårdvalsreformdiskussionerna och slutligen implementering här i Stockholm, efter att ha läst din inledning i nr 1 av Socialmedicinsk Tidskrift 2013. Redan tidigt infann sig ett flertal frågeställningar kring hur man förhåller sig gällande vårdval vid svåra sjukdomstillstånd i livets slut? Hur beaktas de etiska aspekterna när ett val skall göras i ett sjukdomstillstånd som kan utgöra ett hot mot ens existens. Hur kunna välja? Kan man ändra sig? Vad har man för kunskap om de olika aktörer som kan väljas? Hur säkrar man adekvat information om de olika aktörer som ackrediterats? Det handlar ju inte om att välja VC eller ÖNH läkare eller liknande utan de facto att välja i en situation då du kan befinna dig i allt från en tidig palliativ till mycket sen palliativ fas. Möjligen föreligger viss gradskillnad i valet mellan avancerad palliativ vård i hemmet /ASIH/ och specialiserad palliativ slutenvård, men kan likväl vara förknippat med påtagliga svårigheter.

Redan nu har framkommit att olika aktörer uppväktar slutenvården för att få gehör för remittering till en särskild verksamhet/aktör. Gällande den

specialiserade palliativa slutenvården så utgör det så kallade fria vårdvalet mest oro. Om vi för en stund förutsätter att det går att göra ett välgrundat, rationellt val, antingen du själv, eller genom närstående, så kommer nästa problem, du garanteras inte ditt primära val. Detta system ter sig som en gigantisk Potkemkin kuliss.

Under förespeglade av det fria vårdvalet erhåller du som patient således den vårdplats som för stunden kan erbjudas var som helst i Stockholms län. Visst är det så att vårdplatser ej alltid kan garanteras i det område som man som patient prioriterar, men att kalla det ett fritt vårdval är i mina ögon ett sätt att marknadsföra på falska premisser.

Utöver dessa aspekter så inställer sig ytterligare frågor om miljö och ekonomi, framför allt i relation till den avancerade sjukvården i hemmet och de ackrediteringar som gjorts i enlighet med de framtagna regelböckerna.

Nu har vi i Stockholm en indelning i 8 olika områden för Avancerad sjukvård i Hemmet med från 1 aktör i ett område till 2-3-4-7 olika aktörer i de olika områden som utgör Stockholms län.

Det är för mig synnerligen svårbegripligt hur vårdvalet i sig kan övertrumfa ekonomiska samt miljömässiga aspekter. Således kan det i ett område med stora avstånd finnas flera aktörer, som kan innebära att patienter bosatta i en del av området är anslutna till en verksamhet längst bort, med långa resor för teamet, eller patienter som näst intill är grannar har insatser från olika aktörer som är ackrediterade i området. Detta gäller särskilt områden med stora avstånd och flera aktörer. Oaktat att de olika aktörerna då för att minimera resandet etablerar sina ”lokala kontor” ute i området. Vilket naturligtvis är mer optimalt, då sjukvårdspersonalens tid annars till stor del åtgår till resandet.

Vi har ju redan en påtaglig brist på vårdpersonal med erforderlig kompetens i palliativ medicin, varför man kan vänta en ökad rörlighet av palliativ medicinskt kompetent och erfaren vårdpersonal. Det kan ju ses både som risk och/eller möjlighet förstås.

På intet sätt är jag okunnig om behoven att avlasta slutenvården. I OECD's genomgångar av antalet slutenvårdsplatser/innevånare så befinner vi ju oss i bottenligan.

Det man sällan ser beaktat är att vården i hemmet kräver oerhört mycket av både närstående och kommuner. Studier som gjorts i England har ju påvisat ökad sjuklighet hos närstående vårdare. Då så mycket hänt vad gäller behandlingsmöjligheter framför allt inom min specialitet gällande antitumoral behandling, så förlängs livet vilket även kan komma att innebära

ökade behov av stödinsatser under sjukdom och behandlingar liksom stöd av närstående. Detta gäller även andra sjukdomar än cancersjukdomar, varför närståendeinsatser är oerhört viktiga, men vem tar hand om närstående? Dessvärre är avlastningsmöjligheter för den sjuke och anhöriga inte alltid av den kvalitet som skulle önskas om vård skall ske utanför slutna palliativa vårdavdelningar. Enligt min erfarenhet här i Stockholm, släpar särskilda boenden, sjukhem mm efter vad gäller kompetens i palliativ vård. Även om mycket positiv utveckling sker i landet med stöd av Nationella Palliativa Vårdprogram och riktlinjer, likaså genom de kunskaper det Palliativa Registret ger oss.

Slutligen vill jag understryka att jag på intet sätt vänder mig emot ökade vårdmöjligheter i hemmet, ej heller är jag omedveten om de ökade behoven av vård i hemmet, men jag har synnerligen svårt att förstå hur man i Stockholm kommit fram till den modell man nu valt. Det är lite Kejsarens Nya Kläder över detta! Man får väl ändå anta att de olika aktörer vi hade i SLL, både privata och i landstingsdrivna, ändock väl uppfyllde de krav som fullgod professionell palliativ vård innebär. Hade det inte varit tillräckligt att säkra att de kriterier man nu har kommit fram till i de sk regelböckerna förelåg i de olika verksamheterna? Och om ej- då hade krav kunnat ställas att de olika aktörerna skulle tvingas säkra det som saknades.

Utöver detta kan ju vän av ordning fundera över hur mycket pengar denna

debatt

omorganisation kostat?

Jag efterlyster etiska konsekvensbeskrivningar. Förelåg överhuvudtaget någon etisk diskussion under arbetet med denna vårdvalsreform?

Till sist måste jag även säga att jag hittills inte träffat en enda kollega, läkare, sjuksköterska, paramedicinare i slutenvård på sjukhus eller i palliativ vård slutenvård - eller hemsjukvård som uttalat sig positivt över vårdvalsreformen i palliativ vård i Stockholm.