

# ÄDEL UTVÄRDERAD

## Vem bär ansvaret för bristerna?

Den så kallade Ädelreformen, som trädde i kraft 1992, innebar att primärkommunerna fick ett samlat ansvar för vård, omsorg och service till äldre och handikappade. Under de snart fem år som det nya systemet tillämpats har Socialstyrelsen (SoS) fortlöpande utvärderat reformens följderna för bl a kvalitet och kostnader.

Nyligen avlämnade SoS en slutrapport som rönt stort intresse i tidningar, radio och television. Särskilt i det sistnämnda mediet lyfte man fram styrelsens åsikt att Ädelreformen lett till vissa brister i medicinskt avseende, samt att dessa brister skulle bero på läkares bristande engagemang för äldrevården.

I rapporten framhålls att läkares roll har blivit mera perifer inom äldrevården, »vilket innebär en försämrade medicinsk kvalitet, trots att läkares ansvar visavi den enskilde är oförändrat efter Ädel». Anledningen till att det blivit på detta vis beskrivs emellertid på ett kryptiskt, för att inte säga krystat, sätt.

**Före Ädelreformen** rådde en för akutsjukvården och geriatriken mycket påfrestande situation. Ett stort antal äldre så kallade klinikkärdiga patienter blockerade vårdplatser som ur medicinsk synvinkel kunnat användas på ett bättre vis. Detta problem har nu så gott som helt försvunnit.

Kommunernas betalningsansvar för dessa patienter medförde ett incitament att »ta hem» dem till billigare vårdformer, så kallade särskilda boendeformer: sjukhem, servicehus, ålderdomshem och gruppboende för dementa. Detta ledde dock också till att denna lägre vårdnivå fick ta hand om fler patienter med större vårdbehov än tidigare.

Samtidigt avskaffades emellertid primärvårdsläkarnas medicinska ledningsansvar för sjukhemmen. I stället inrättades så kallade medicinskt an-

svariga sjuksköterskor (MAS) för att leda verksamheten och ta ansvaret för den medicinska kvaliteten.

**Läkarförbundet påpekade** att denna sänkning av den medicinska ledningskompetensen parallellt med ökad vårdtyngd inom den primärkommunala nivån innebar risker för vårdkvaliteten. Kommunernas hårt ansträngda ekonomi misstänktes ha bidragit till att patienter alltför tidigt överförts till lägre vårdnivåer.

Socialstyrelsen tycks dock inte riktigt veta på vilket ben man skall stå i denna fråga. Å ena sidan skriver man att vårdkvaliteten idag ofta inte når upp till en tillfredsställande nivå. Å andra sidan anser verket att tillkomsten av MAS »har medfört påtagligt förstärkt medvetande i kommunerna om medicinska kvalitetskrav i verksamheten»!

En tredje ståndpunkt är att det är tveksamt om MAS:arna har en tillfredsställande utbildning för att klara sitt utomordentligt stora ansvar. Man borde kunna begära något slags konsekvens i argumentationen från SoS, men denna är svår att finna.

**Ett av de botemedel** som verket föreslår är att primärvården åter skall bli områdesbaserad. Det är en intressant uppfattning att detta skulle ge de äldre en bättre läkarkontinuitet än om de själva valt en egen husläkare (eventuellt i samråd med anhöriga eller personal).

Ett annat – bättre genomtänkt – förslag är att de äldre inte skall behöva avstå från läkarkontakt på grund av avgifter, dvs att finansieringen av läkarinsatsen regleras huvudmännen emellan. Likaså är det en förnuftig tanke att landstingen bör ges ett uttalat ansvar för att ställa erforderliga läkarresurser till förfogande.

Det finns inte heller någon anledning att kritisera Socialstyrelsens

uppfattning att landstingens ansvar för specialistvård inte upphör bara för att patienten flyttat från sjukhuset till särskilt boende. Tidig utskrivning från sjukhusen är en faktor som bör följas med uppmärksamhet så att vårdkvaliteten inte äventyras.

**Dessa och andra förslag** från SoS ger en vink om var problemen kring de äldres medicinska behov egentligen ligger. Det handlar inte så mycket om enskilda läkares engagemang för äldrevården, utan fastmera om samarbetssvårigheterna mellan sjukvårdshuvudmännen på landstings- respektive primärkommunal nivå.

Av intervjuer bland geriatriker och distriktsläkare framgår att det finns allvarliga gränsdragningsproblem och oklarheter i ansvars- och delegeringsfrågor. Målet att integrera ett medicinskt och socialt perspektiv i vården och omsorgen bedöms ej ha förverkligats.

Socialstyrelsen medger också att det finns gränser för läkarnas handlingsutrymme: »Om läkaren i omsorgen om en enskild patient anser att kommunens sätt att organisera och bemanna vården är otillfredsställande, har läkaren inga formella möjligheter att påverka förhållandena.»

**Redan före Ädelreformen** varnade Läkarförbundet för att avskaffandet av det medicinska ledningsansvaret för äldrevården kunde leda till sänkt ambitionsnivå för de medicinska insatserna. Så blev också resultatet i och med att distriktsläkarna endast fick en konsultroll i det nya systemet.

Frågan är när Socialstyrelsen och huvudmännen är beredda till en seriös diskussion om hur medicinsk säkerhet och kvalitet kan förbättras i äldrevårdens organisation? •