

I Ädelreformens skugga

När den sk Ädelreformen genomfördes 1992 fick primärkommunerna ansvaret för all långvarig service och vård av äldre och handikappade, undantaget läkarkontakter. Landstingens sjukhem överfördes till de sk särskilda boendeformerna i regi av kommunerna, som också fick ansvar för hemsjukvården.

Primärkommunerna fick vidare ett betalningsansvar för vård inom den somatiska långtidssjukvården samt för vården av medicinskt färdigbehandlade patienter i den somatiska korttidsvården och den psykiatriska vården.

Minnesgoda erinrar sig kanske att Läkarförbundet var kritiskt till reformen. Man befarade en uppsplittring av primärvården innan den ens hunnit bli fullt etablerad samt att vårdkedjan för vissa äldre patienter skulle komma att slås sönder.

Förbundet förutsåg också negativa konsekvenser till följd av att vårdtyngden i särskilda boenden kunde komma att öka. Då uppgifter som tidigare åvilat långvårdskliniker nu överfördes dit måste följderna bli att andelen mycket vårdkrävande ökar i den kommunala omsorgen.

Det kan konstateras att farhågorna inte var ogrundade. Socialstyrelsen har vid utvärdering av äldreomsorgen vid upprepade tillfällen pekat på brister i den medicinska tillsynen, framför allt beträffande läkarinsatserna. Kritiken gäller det särskilda boendet och i än högre grad hemsjukvården.

Bristerna kan t ex handla om den ringa kontakten läkare–patient, om de stora svårigheterna att få hembesök samt avsaknad av tid för handledning och stöd till vårdpersonalen. Vårdplaneringen har försämrats och kommunikationen mellan sjukvården och äldreomsorgen brister t ex vid utskrivning från akutsjukhus.

Socialstyrelsen pekar vidare på svårigheterna att tolka begreppet »medicinskt färdigbehandlad» samt det kommunala betalningsansvaret. Patienterna »bollas» mellan landsting och primärkommun. Sjuksköterskor tvingas ta ställning till svårt sjuka patienters behov av medicinsk vård.

Brister framhålls också rörande de särskilda boendena när det gäller situationen för patienter i behov av rehabilitering och för de dementa. Läke-medelshanteringen betecknas som otillfredsställande. Den geriatriska vården har kraftigt skurits ned efter Ädelreformen.

Med reformen togs ett politiskt beslut att den sociala synen på äldre vården skulle träda i förgrunden, medan behovet av sjukvård medvetet tonades ned. Läkare har idag varken formella eller reella möjligheter att i erforderlig utsträckning påverka den kommunala äldre vården kvaliteten.

Som framgår av Socialstyrelsens utvärdering är emellertid läkarens roll, ansvar och funktion av central betydelse. Äldre vården problem kan inte lösas enbart genom områdesanknuten primärvård eller husläkarsystem.

Att ha ansvar för enskilda patienter medför inte med automatik ansvar för och befogenhet att stödja och utbilda kommunens personal. För att så skall ske behövs att läkarens övergripande ansvar för den medicinska verksamheten tydliggörs. Det skilda huvudmannaskapet får inte lägga hinder i vägen för detta.

Slutsatsen är att läkare måste integreras i kommunernas vårdplanering. Det är en förutsättning för en fungerande kommunikation mellan sjukvårdshuvudmännen och mellan vårdens olika nivåer.

För att komma till rätta med problemen och få till stånd ett fullvärdigt

medicinskt omhändertagande av äldre i särskilt boende krävs enligt Läkarförbundet *avtal mellan de ansvariga huvudmännen*. Lokala samverkansavtal måste träffas och *särskilda samverkansorgan för uppföljning* inrättas.

En särskild arbetsgrupp inom förbundet har därför utarbetat ett förslag till vad som kan ingå i ett sådant avtal. Förslaget skall närmast ses som en checklista – gruppen understryker att fungerande verksamheter inte skall brytas upp, utan att lösningar måste byggas på lokala förutsättningar och traditioner.

Avtalens utgångspunkt skall vara patienternas behov och bästa. De äldre skall ha rätt till en lika god vård som alla andra i samhället. Patienterna skall inte behöva hålla reda på vem som är huvudman och inte heller behöva flyttas i onödan. Tidigare fasta läkarkontakter skall inte brytas upp.

Men – eftersom kontinuitet i läkarmedverkan är grunden för ett bra medicinskt omhändertagande måste det *vid varje enhet för särskilt boende utses en läkare med särskilt ansvar* för handledning och samordning av de medicinska insatserna.

Detta är synpunkter som Läkarförbundet även har haft tillfälle att föra fram till Socialdepartementet i samband med dess arbete med den nationella handlingsplanen för den framtida hälso- och sjukvården i Sverige.

Lena Munkhammar
ledamot i Läkarförbundets centralstyrelse