

Till statsrådet och chefen för Socialdepartementet

Genom beslut den 3 april 2003 bemyndigade regeringen chefen för Socialdepartementet att tillkalla en särskild utredare med uppgift att göra en översyn av vård och omsorg för äldre – tio år efter Ädelreformen (dir. 2003:04). Som särskild utredare tillförordnades landshövding Bengt Holgersson och som sakkunniga förordnades departementssekreterare Henrik Elmefur, direktör Ulla Höjgård, utredare Inger Lundkvist, kansliråd Minga Orkan och sektionschef Margaretha Spjuth. Till experter tillförordnades kansliråd Magdalena Brasch och Cecilia Vestman. Som sekreterare anställdes Ulla Åhs, huvudsekreterare, Annelie Hollo och Bengt Johansson. Gunnar Fahlberg har bistått utredningen som juridisk konsult. Konsulterna Folke Hellström och Göran Danielsson har bistått utredningen med ekonomiska beräkningar av utredningens förslag. Utredningen antog namnet Äldrevårdsutredningen. Regeringen beslöt den 18 december genom tilläggsdirektiv att förlänga utredningen t.o.m. mars 2004. Genom beslut den 18 mars förlängde regeringen ytterligare utredningstiden t o m juni 2004.

Hjälpmiddelsinstitutet har på uppdrag av utredningen tagit fram en rapport om hjälpmedelsverksamhetens organisation i Sverige och konsulten Kerstin Einevik Bäckstrand har på uppdrag av utredningen genomfört en studie av hemsjukvårdens omfattning i kommuner och landsting. Catharina Nyström, Kommittéservice, har assisterat utredningen.

Härmed överlämnas betänkandet Sammanhållen hemvård (SOU 2004:68).

Stockholm i juni 2004

Bengt Holgersson

/ Ulla Åhs
Annelie Hollo
Bengt Johansson

Innehåll

Sammanfattning	9
Summary	13
Författningsförslag	15
1. Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)	15
2. Förslag till lag om ändring i lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m.	27
3. Förslag till lag om ändring i socialtjänstlagen (2001:453)	28
1 Inledning	31
Utredningens uppdrag	31
Utredningens arbete.....	33
Betänkandets innehåll	34
2 Behov av förbättringar - allmänna överväganden	37
Sammanfattande problembild.....	39
Ansvarsfördelningen för vård och omsorg mellan kommuner och landsting	45
Varför ska kommunen ha det samlade ansvaret för hemvården?.....	52
Läkaransvaret i hemvården	60
Samverkan mellan landsting och kommun	65

Forskning och utveckling	70
3 Sammanhållet ansvar för hemvård – förslag.....	73
Syfte med förslagen	73
Kommunens ansvar för en sammanhållen hemvård	75
Ansvar för läkare i hemvården	82
Samverkan mellan landsting och kommun	87
Forskning och utveckling	93
4 Ekonomiska konsekvenser	97
Ekonomisk reglering genom skatteväxling	105
5 Vård och omsorg - faktabakgrund	117
Personer med sammansatta behov av vård och omsorg.....	117
Reformer under 90-talet.....	130
Resurser till vård och omsorg	140
Personal – rekrytering och kompetensförsörjning.....	153
Brukarnas och närståendes värderingar av vård och omsorg	167
Närståendes värderingar.....	173
Förebyggande insatser i ett folkhälsoperspektiv	180
Kommunal vård och omsorg	190
Hemtjänst	190
Särskilda boendeformer	197
Korttidsplatser.....	207
Dagverksamheter.....	213
Delat ansvar för hälso- och sjukvård.....	216
Hemsjukvård	216
Rehabilitering	226
Hjälpmiddelsverksamhet.....	237
Landstingens hälso- och sjukvård.....	248
Primärvård	248

Läkarmedverkan	254
Specialistsjukvård	268
Samverkan om vård och omsorg	282
Gemensam information och planering av vård och omsorg.....	301
Forskning och utveckling	312
Erfarenheter av tidigare skatteväxlingar	319
Hemvården regleras i tre lagar.....	332
1. Vad är hemvård	332
2. Grundläggande skillnader HSL – SoL – LSS.....	333
3. Vårdplanering.....	347
Vård och omsorg i Danmark, Finland och Norge	348
Danmark.....	348
Finland.....	353
Norge	356
6 Förtättningskommentarer	361
Förslaget till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)	361
Förslaget till lag om ändring i lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner.....	377
Förslaget till lag om ändring i socialtjänstlagen (2001:453)	377
Särskilt yttrande	381
Referenser	385

Bilagor

Bilaga 1 Kommittédirektiv	393
Bilaga 2 Definitioner av använda begrepp	407
Bilaga 3 Hemsjukvårdens omfattning i kommuner och landsting	411
Bilaga 4 Kostnadsberäkning gällande skatteväxling	471
Bilaga 5 Hjälpmedel – ansvarsgränser mellan landsting – kommun	485

Sammanfattning

Vår utredning (S 2003:04) har haft i uppdrag att genomföra en översyn av vård och omsorg drygt tio år efter Ädelreformen. Enligt direktiven (bilaga 1) har utgångspunkten för vårt arbete varit att ur ett individperspektiv analysera hur vården och omsorgen bäst kan organiseras för att säkerställa en god vård och omsorg för främst äldre personer med sammansatta och/eller snabbt föränderliga behov av vård och omsorg. Vår uppgift har även varit att ta ställning till om den nuvarande huvudmannaskapsgränsen är ändamålsenlig eller behöver ändras.

Vi har bedömt att ansvarsfördelningen gällande hemsjukvård mellan landsting och kommuner är otydlig och skapar konflikter och revirstrider mellan huvudmännen vilket innebär risker för den enskilde som behöver vård och omsorg. Vi föreslår därför att *en* huvudman, kommunen, ska ansvara för hemsjukvård, med undantag av läkarinsatser, i såväl ordinärt som särskilt boende i en sammanhållen hemvård. Med hemvård avser vi de integrerade sociala och medicinska insatser inklusive rehabilitering och hjälpmedel som den enskilde behöver i sitt boende. I hemvården ska ingå dagverksamheter och korttidsplatser. Vi föreslår även att alla insatser inom hemvården ska åvila vistelsekommunen.

Vi har bedömt att brister i läkarmedverkan är ett av de mest allvarliga problem som motverkar möjligheterna för den enskilde att få en trygg och säker vård i bostaden.

Läkarens engagemang har stor betydelse för att patienten och dennes närstående ska känna sig trygga och för att personalen i teamet ska få det stöd de behöver i medicinska frågor. Kontinuerlig medverkan av läkare och god tillgänglighet motverkar akuta utryckningar och gör det möjligt för läkaren att bedöma patienten i dennes egen miljö ur ett helhetsperspektiv. En förbättrad läkarmedverkan kan även förhindra att patienter skickas till sjukhus i fall där de inte behöver sjukhusets resurser.

Vi anser att landstingen ska ha ett fortsatt ansvar för läkarinsatser, men föreslår att kommuner och landsting ska komma överens om omfattning i tid och former för landstingens läkarinsatser i den kommunala hemvården. Om ett landsting inte fullgör sin skyldighet att avsätta läkartid till kommunens hemvård ska kommunen ha rätt att anlita läkare och avgöra hur läkarinsatserna ska användas med landstinget som betalningsansvarig. Den medicinskt ansvariga sjuksköterskan i kommunen ska ansvara för att de läkarinsatser som kommunen anlitar fördelas och utnyttjas så att kravet på god vård tillgodoses. Enligt vårt förslag får regeringen eller – med regeringens medgivande – Socialstyrelsen meddela föreskrifter om kontinuitet och säkerhet. Vi föreslår också att Socialstyrelsen får i uppdrag att följa upp och utvärdera att läkarmedverkan i hemvården utvecklas så att den enskilde får en god hälso- och sjukvård i boendet.

Våra förslag syftar till att skapa en långsiktig och stabil struktur för ansvarsfördelning mellan kommuner och landsting. En enhetlig ansvarsfördelning mellan kommuner och landsting ska dock inte hindra möjligheterna för huvudmännen att anpassa organisation och arbetsformer till lokala förhållanden. En tydlig grundstruktur utesluter inte heller behovet av samverkan. Enligt vår bedömning kommer samverkan över huvudmannaskapsgränserna att vara en förutsättning för en god vård och omsorg oberoende av hur ansvarsgränserna dras. Vi föreslår därför att landsting och kommuner ska ha en lagstadgad skyldighet att samverka kring vården av enskilda personer med sammansatta vårdbehov vilka behöver integrerade insatser från specialistsjukvården, landstingens primärvård och kommunernas hemvård. Förslaget innebär bl.a. att specialistsjukvården ska vara en resurs för hemvården och att kommuner och landsting ska samverka om rehabilitering och hjälpmedel. I avsikt att stimulera landsting och kommuner att utforma fastare former för samverkan föreslår vi att landsting och kommuner ges befogenhet att medverka i varandras verksamheter under förutsättning att var och en står för sin del av kostnaderna.

Vi föreslår även att en individuell vård- och omsorgsplan upprättas på den enskildes begäran eller med dennes samtycke oavsett var behoven av vård och omsorg aktualiseras. Planen ska innefatta sociala och medicinska insatser inklusive rehabilitering och hjälpmedel. Den enskilde och/eller dennes närstående ska ha möjlighet att delta i vård- och omsorgsplaneringen. Den närståendes behov av stöd ska även beaktas i planeringen. När en vård- och omsorgsplan

upprättas ska kommunen också utse en namngiven samordnare/kontaktperson.

Våra förslag omfattar åtgärder som framförallt staten kan vidta genom lagförslag. De ekonomiska konsekvenserna och finansieringen av våra förslag behandlar vi i ett särskilt kapitel. Vi förordar att kommuner och landsting använder sig av en modell som tagits fram för att beräkna omfattningen av en skatteväxling i respektive län.

I ett antal faktakapitel ger vi kommuner och landsting underlag för våra bedömningar för att lokalt vidta åtgärder i syfte att förbättra vården och omsorgen. Vi har även gjort ett antal bedömningar som behöver utredas vidare eller som staten och/eller kommuner och landsting bör ta ställning till i samband med våra förslag. Hit hör behovet av ersättningssystem för primärvårdens läkare för hembesök, ett klargörande av geriatrikens roll och samverkan med allmänmedicinen, behovet av en översyn av patientjournalagen och säkerställandet av en långsiktig finansiering av regionala FoU-centra samt värdet av att kommuner och landsting i samverkan följer upp och utvärderar sina insatser för personer med sammansatta behov av vård och omsorg. Vi bedömer även att Hjälpmedelsinstitutet bör få i uppdrag att utveckla statistik över hjälpmedelskostnader som ger möjligheter till nyckeltal och jämförelser.

Summary

Background

The main tasks for the Commission, specified in the terms of reference were to review the so called Elderly Reform (Ädelreformen) introduced in Sweden in 1992. The aim with the reform was to integrate social and medical care for the elderly and provide good housing and living conditions for them. In general the reform has improved the living conditions for the elderly in many ways. For instance old people no longer stay in hospitals when their medical treatment is considered completed and institutional nursing homes and long-term hospitals have been rebuilt into special housing for elderly and disabled. Homecare is also available around the clock. The number of hospital-beds has decreased due to better medical treatments and shorter stays in hospitals. However, the Government states that there still remain problems to be solved.

Problems

The target group for the Commission is mainly elderly people with multiple chronic conditions which can swiftly change over time. They are discharged rapidly from hospitals but are often soon back again because of inadequate integration of social and medical resources in the primary health care and social services. The responsibility for home nursing and rehabilitation is divided between the County Councils and the Local Authorities causing conflicts between them and also between the staff concerned. For instance physicians seldom make home visits to persons who are receiving home nursing services. In general medical and rehabilitation efforts are judged inadequate especially concerning people who live in their own home.

Aims

The main tasks for the Commission is to propose how social and medical care including rehabilitation and aids for disabled should be organized to ensure an integrated care and service for the elderly. The Commission has focused on legislation and collaboration between County Councils and Local Authorities.

Proposals

This report contains the Commission`s considerations and proposals. The proposals concern three main areas:

- A responsibility for the Local Authorities to provide an integrated social service and medical care in peoples ordinary homes or in special housing facilities and as well in short stay units and centers for day activities. The care and service must be based on a holistic assessment of individual social and medical needs and on equal terms for all people. Experts on rehabilitation such as physiotherapists, occupational therapists are needed to supervise nurses and nurse`s aids in their work helping patients with their daily activities.
- To integrate resources from the primary health care centers into a coherent homecare. The responsibility for the physicians shall remain with the County Councils but they should be due to come on terms with the Local Authorities to provide physicians for home-visits on long- term and stable conditions.
- To ensure collaboration between hospital care, primary health care and home care. Multidisciplinary interventions are required for optimal results. Legal agreements are required to ensure collaboration between the County Councils and Local Authorities.

The Commission has carried out its work in an open-minded way with out-reaching activities. Comparisons have also been made with care systems in Denmark, Finland and Norway.

Författningsförslag

1 Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

Härigenom föreskrivs att 3, 3 b, 3 c, 3 d, 5, 18, 18 a, 18 b, 18 c, 18 d, 19, 24, 26 och 26 a §§ hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) skall ha följande lydelse och att det i lagen under en ny rubrik Samverkan skall införas fyra nya paragrafer 26 c, 26 d, 26 e och 26 f §§ före rubriken Gemensamma bestämmelser om all sjukvård.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

3 §

Varje landsting skall erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta inom landstinget. Detsamma gäller dem som är kvarskrivna enligt 16 § folkbokföringslagen (1991:481) och stadigvarande vistas inom landstinget. Även i övrigt skall landstinget verka för en god hälsa hos hela befolkningen. Vad som i denna lag sägs om landsting gäller också kommuner som inte ingår i ett landsting, i den mån inte annat följer av 17 §. Vad här sagts utgör inte hinder för annan att bedriva hälso- och sjukvård.

Landstingets ansvar omfattar dock inte sådan hälso- och sjukvård som en kommun inom landstinget har ansvar för enligt 18 § första och tredje styckena.	Landstingets ansvar omfattar dock inte sådan hälso- och sjukvård som kommunerna har ansvar för enligt 18 § första eller andra stycket.
--	--

Ett landsting får sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som landstinget ansvarar för enligt denna lag. En uppgift som innefattar myndighetsutövning får dock inte med stöd av denna bestämmelse överlämnas till ett bolag, en förening, en samfällighet, en stiftelse eller en enskild individ.

Landstinget får även träffa överenskommelse med kommun, den allmänna försäkringskassan och länsarbetsnämnden om att inom ramen för landstingets uppgifter enligt denna lag samverka i syfte att uppnå en effektivare användning av tillgängliga resurser. Landstinget skall bidra till finansieringen av sådan verksamhet som bedrivs i samverkan. Enligt bestämmelser i lagen (2003:1210) om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser mellan allmän försäkringskassa, länsarbetsnämnd, kommun och landsting får landstinget delta i finansiell samordning inom rehabiliteringsområdet.

Riksrevisionen får granska sådan verksamhet som bedrivits i samverkan med och delvis finansierats av försäkringskassan eller länsarbetsnämnden. Vid en sådan granskning har Riksrevisionen rätt att ta del av de uppgifter som behövs för att granska verksamheten.

3b §

Landstinget skall erbjuda dem som är bosatta inom landstinget eller som är kvarskrivna enligt 16 § folkbokföringslagen (1991:481) och stadigvarande vistas där,

1. habilitering och rehabilitering,
2. hjälpmedel för funktionshindrade, och
3. tolktjänst för vardagstolkning för barndomsdöva, dövblinda, vuxendöva och hörselskadade.

Landstingets ansvar omfattar dock inte habilitering, rehabilitering och hjälpmedel som *en kommun inom landstinget* har ansvar för enligt 18 b §. Landstingets ansvar innebär inte någon inskränkning i de skyldigheter som arbetsgivare eller andra kan ha enligt annan lag.

Landstingets ansvar omfattar dock inte habilitering, rehabilitering och hjälpmedel som *kommunerna* har ansvar för enligt 18 b §. Landstingets ansvar innebär inte någon inskränkning i de skyldigheter som arbetsgivare eller andra kan ha enligt annan lag.

Habilitering eller rehabilitering samt tillhandahållande av hjälpmedel skall planeras i samverkan med den enskilde. Av planen skall planerade och beslutade insatser framgå.

3c §

Landstinget skall även erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som, utan att vara bosatta i Sverige, har rätt till

Landstinget skall, *utom i fråga om sådan hälso- och sjukvård som avses i 18 § första eller andra stycket*, även erbjuda en god

vårdförmåner i Sverige vid sjukdom och moderskap enligt vad som följer av förordning (EEG) nr 1408/71 om tillämpningen av systemen för social trygghet när anställda, egenföretagare eller deras familjemedlemmar flyttar inom gemenskapen. Vården skall i dessa fall erbjudas av det landsting inom vars område personen är förvärvsverksam eller, när det gäller en person som är arbetslös, det landsting inom vars område denne är registrerad som arbetssökande. I den utsträckning familjemedlemmar till dessa personer har rätt till vårdförmåner i Sverige vid sjukdom och moderskap enligt vad som följer av den nämnda förordningen, skall familjemedlemmarna erbjudas vård av samma landsting. Om familjemedlemmarna är bosatta i Sverige, gäller dock 3 §.

hälso- och sjukvård åt dem som, utan att vara bosatta i Sverige, har rätt till vårdförmåner i Sverige vid sjukdom och moderskap enligt vad som följer av förordning (EEG) nr 1408/71 om tillämpningen av systemen för social trygghet när anställda, egenföretagare eller deras familjemedlemmar flyttar inom gemenskapen. Vården skall i dessa fall erbjudas av det landsting inom vars område personen är förvärvsverksam eller, när det gäller en person som är arbetslös, det landsting inom vars område denne är registrerad som arbetssökande. I den utsträckning familjemedlemmar till dessa personer har rätt till vårdförmåner i Sverige vid sjukdom och moderskap enligt vad som följer av den nämnda förordningen, skall familjemedlemmarna erbjudas vård av samma landsting. Om familjemedlemmarna är bosatta i Sverige, gäller dock 3 §.

3d §

Landstinget skall, i andra fall än som avses i 18 b §, erbjuda dem som är bosatta inom landstinget och som på grund av allvarlig sjukdom eller efter behandling för sådan sjukdom är i fortlöpande behov därav, förbrukningsartiklar som behövs vid urininkontinens, urinretention eller tarminkontinens. Förbrukningsartiklar som avses

Landstinget skall, i andra fall än som avses i 18 c §, erbjuda dem som är bosatta inom landstinget och som på grund av allvarlig sjukdom eller efter behandling för sådan sjukdom är i fortlöpande behov därav, förbrukningsartiklar som behövs vid urininkontinens, urinretention eller tarminkontinens. Förbrukningsartiklar som

här får förskrivas av läkare samt av annan hälso- och sjukvårdspersonal som Socialstyrelsen förklarat behörig.

avses här får förskrivas av läkare samt av annan hälso- och sjukvårdspersonal som Socialstyrelsen förklarat behörig.

5 §

För hälso- och sjukvård som kräver intagning i vårdinrättning skall det finnas sjukhus. Vård som ges under sådan intagning benämns slutenvård. Annan hälso- och sjukvård benämns öppenvård. Primärvården skall som en del av den öppna vården utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper svara för befolkningens behov av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens.

För hälso- och sjukvård som kräver intagning i vårdinrättning skall det finnas sjukhus. Vård som ges under sådan intagning benämns slutenvård. Annan hälso- och sjukvård benämns öppenvård. Primärvården skall – *med undantag av det ansvar som åligger kommunerna enligt 18 § första eller andra stycket* – som en del av den öppna vården utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper svara för befolkningens behov av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens.

18 §

Varje kommun skall erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som bor i en sådan boendeform eller bostad som avses i 5 kap. 5 § andra stycket eller 5 kap. 7 § tredje stycket socialtjänstlagen (2001:453) eller som efter beslut av kommunen bor i en sådan särskild boendeform som avses i 7 kap. 1 § första stycket 2 samma lag. Varje kommun skall även i samband med

Varje kommun skall erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som bor i en sådan boendeform eller bostad som avses i 5 kap. 5 § andra stycket eller 5 kap. 7 § tredje stycket socialtjänstlagen (2001:453) eller som efter beslut av kommunen bor i en sådan särskild boendeform som avses i 7 kap. 1 § första stycket 2 samma lag. *Detsamma gäller var och en som vistas i*

dagverksamhet, som omfattas av 3 kap. 6 § socialtjänstlagen erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som vistas där.

En kommun får även i övrigt erbjuda dem som vistas i kommunen hälso- och sjukvård i hemmet (hemsjukvård).

Landstinget får till en kommun inom landstinget överlåta skyldigheten att erbjuda sådan vård, som sägs i andra stycket, om landstinget och kommunen kommer överens om det samt regeringen medger det. Överenskommelsen får avse även ansvar för förbrukningsartiklar som avses i 3 c §.

Kommunens ansvar enligt första och tredje styckena och kommunens befogenhet enligt andra stycket omfattar inte sådan hälso- och sjukvård som meddelas av läkare.

kommunen och som bor i ordinärt boende eller annat kommunalt eller enskilt boende som kommunen beviljat någon med stöd av socialtjänstlagen eller lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade och som behöver hälso- och sjukvård i boendet.

Varje kommun skall även i samband med dagverksamhet, annan öppen verksamhet och korttidsplats enligt socialtjänstlagen samt daglig verksamhet och korttidsvistelse utanför det egna hemmet enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade och som landstinget inte har ansvar för erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som vistas där.

Kommunens ansvar enligt första och andra styckena omfattar inte sådan hälso- och sjukvård som meddelas av läkare och inte heller sådan öppen vård enligt 5 § som kräver sjukhusens

*medicinska och tekniska resurser
eller annan särskild kompetens.*

En kommun får sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som kommunen ansvarar för enligt denna lag. En uppgift som innefattar myndighetsutövning får dock inte med stöd av denna bestämmelse överlämnas till ett bolag, en förening, en samfällighet, en stiftelse eller en enskild individ.

18a §

När det finns flera behandlingsalternativ som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet skall kommunen ge den som omfattas av sådan hälso- och sjukvård som avses i 18 § första – tredje styckena möjlighet att välja det alternativ som han eller hon föredrar. Kommunen skall erbjuda den valda behandlingen om det med hänsyn till den aktuella sjukdomen eller skadan och till kostnaderna för behandlingen framstår som befogat.

Den enskilde har inte rätt till behandling utanför den kommun inom vilken han eller hon är bosatt, om denna kan erbjuda en behandling som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.

När det finns flera behandlingsalternativ som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet skall kommunen ge den som omfattas av sådan hälso- och sjukvård som avses i 18 § första eller andra stycket möjlighet att välja det alternativ som han eller hon föredrar. Kommunen skall erbjuda den valda behandlingen om det med hänsyn till sjukdomen eller skadan och till kostnaderna för behandlingen framstår som befogat.

18b §

Kommunen skall i samband med sådan hälso- och sjukvård som avses i 18 § första – tredje styckena erbjuda även rehabilitering, rehabilitering och hjälpmedel för funktionshindrade.

Landstinget får även utan samband med överlåtelse av

Kommunen skall i samband med sådan hälso- och sjukvård som avses i 18 § första eller andra stycket erbjuda även rehabilitering och rehabilitering samt hjälpmedel för funktionshindrade som förskrivs av kommunens hälso- och sjukvårdspersonal.

ansvar för hälso- och sjukvård enligt 18 § träffa överenskommelse med en kommun inom landstinget om att kommunen skall ha ansvar för hjälpmedel för funktionshindrade.

Vad som sägs i 3 b § tredje stycket gäller även i fråga om habilitering, rehabilitering och hjälpmedel för funktionshindrade som ombesörjs av en kommun.

18c §

Kommunen skall i samband med sjukvård enligt 18 § första stycket tillhandahålla förbrukningsartiklar på sätt anges i 3 d §. Beträffande behörigheten att förskriva förbrukningsartiklar som avses här gäller vad som föreskrivs i 3 d §.

Kommunen skall i samband med sjukvård enligt 18 § första och andra styckena på sätt anges i 3 d § tillhandahålla förbrukningsartiklar som förskrivs av kommunens hälso- och sjukvårdspersonal. Beträffande behörigheten att förskriva förbrukningsartiklar som avses här gäller vad som föreskrivs i 3 d §.

18d §

Landstinget får på framställning av en kommun inom landstinget erbjuda alla som bor i en viss särskild boendeform som avses i 5 kap. 5 § andra stycket socialtjänstlagen (2001:453) eller i en del av en sådan boendeform läkemedel ur läkemedelsförråd vid det särskilda boendet.

Sådana förråd kan antingen vara förråd som innehåller flertalet av de läkemedel som de boende behöver (fullständigt förråd) eller förråd enbart för vissa basläkemedel (akutförråd).

Landstinget får även på framställning av en kommun inom landstinget erbjuda *den* som genom kommunens försorg får *hemsjukvård* läkemedel ur sådana förråd som avses i första stycket.

Landstinget får även på framställning av en kommun inom landstinget erbjuda *var och en* som genom kommunens försorg får *hälso- och sjukvård i ordinärt eller särskilt boende eller i korttidsplats* läkemedel ur sådana förråd som avses i första stycket.

Läkemedel ur förråden skall

Läkemedel ur förråden skall

vara kostnadsfria för de boende som avses i första stycket och för de enskilda som får hemsjukvård enligt tredje stycket.

Landstinget svarar för kostnaderna för läkemedel som rekvideras till de förråd som avses i första stycket.

19 §

Om en överlåtelse har skett enligt 18 § tredje stycket får landstinget lämna sådant ekonomiskt bidrag till kommunen som motiveras av överlåtelsen.

Det ansvar som en kommun har enligt 16 kap. 2 § socialtjänstlagen (2001:453) för någon som efter beslut av kommunen vistas i en annan kommun omfattar även kostnadsansvar för sådan hälso- och sjukvård som utgår till personen med stöd av 18 § första eller andra stycket.

I ett avtal som avses i 17 a § lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade får även träffas överenskommelse om kostnadsansvar för hälso- och sjukvård som utgår med stöd av 18 § första och andra styckena.

24 §

Inom det verksamhetsområde som kommunen bestämmer skall det finnas en sjuksköterska som svarar för

1. att det finns sådana rutiner att kontakt tas med läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när en patients tillstånd fordrar det,

2. att beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med säkerheten för patienterna,

3. att anmälan görs till den

Inom det verksamhetsområde som kommunen bestämmer skall det finnas en sjuksköterska som svarar för

1. att det finns sådana rutiner att kontakt tas med läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när en patients tillstånd fordrar det,

2. att beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med säkerheten för patienterna,

3. att anmälan görs till den

nämnd, som har ledningen av hälso- och sjukvårdsverksamheten, om en patient i samband med vård eller behandling drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig skada eller sjukdom.

nämnd, som har ledningen av hälso- och sjukvårdsverksamheten, om en patient i samband med vård eller behandling drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig skada eller sjukdom.

4. att de läkarinsatser som kommunen anlitar med stöd av 26 c § tredje stycket fördelas och utnyttjas så att kravet på god vård tillgodoses.

Om ett verksamhetsområde i huvudsak omfattar rehabilitering får en sjukgymnast eller en arbetsterapeut fullgöra uppgifter som sägs i första stycket.

Bestämmelserna i första och andra styckena gäller även en kommun, som inte ingår i ett landsting, om det i en sådan hälso- och sjukvårdsverksamhet som sägs i 18 § första eller andra stycket inte finns någon läkare.

26 §

Av patienter får vårdavgifter tas ut enligt grunder som landstinget eller kommunen bestämmer, i den mån inte annat är särskilt föreskrivet. Patienter som är bosatta inom landstinget respektive kommunen, liksom patienter som avses i 3 c §, skall därvid behandlas lika. Landstinget får dock för sluten vård fastställa avgiftsnivåer i olika inkomstintervall och besluta om vilka regler om nedsättning av avgiften som skall gälla. Högsta avgiftsbelopp för sluten vård är 80 kronor för varje vård dag.

Endast kommunen får ta ut vårdavgifter för sådan långtidssjukvård som den har betalningsansvar för enligt 2 § lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård.

Avgifter för vård enligt 18 §, för förbrukningsartiklar enligt 18 c § eller för sådan långtidssjukvård som en kommun har betalningsansvar för enligt 2 § lagen om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård, får tillsammans med avgifter för hemtjänst och dag-

Avgifter för *hälso- och sjukvård* enligt 18 § första eller andra stycket, för *habilitering, rehabilitering och hjälpmedel* enligt 18 b §, förbrukningsartiklar enligt 18 c § eller för sådan långtidssjukvård som en kommun har betalningsansvar för enligt 2 § lagen (1990:1404) om

verksamhet enligt 8 kap. 5 § socialtjänstlagen (2001:453), per månad uppgå till högst en tolfedel av 0,48 gånger prisbasbeloppet. Avgifterna får dock inte uppgå till så stort belopp att den enskilde inte förbehålls tillräckliga medel av sitt avgiftsunderlag för sina personliga behov och andra normala levnadskostnader (förbehållsbelopp). När avgifterna fastställs skall kommunen dessutom försäkra sig om att vårdtagarens make eller sambo inte drabbas av en oskäligt försämrad ekonomisk situation.

kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård, får tillsammans med avgifter för hemtjänst, dagverksamhet *och korttidsplats* enligt 8 kap. 5 § socialtjänstlagen (2001:453), per månad uppgå till högst en tolfedel av 0,48 gånger prisbasbeloppet. Avgifterna får dock inte uppgå till så stort belopp att den enskilde inte förbehålls tillräckliga medel av sitt avgiftsunderlag för sina personliga behov och andra normala levnadskostnader (förbehållsbelopp). När avgifterna fastställs skall kommunen dessutom försäkra sig om att vårdtagarens make eller sambo inte drabbas av en oskäligt försämrad ekonomisk situation.

Avgiftsunderlagen och förbehållsbeloppet skall beräknas med tillämpning av 8 kap. 3–8 §§ socialtjänstlagen.

26a §

Den som har erlagt vårdavgifter som avser öppen hälso- och sjukvård enligt denna lag i andra fall än som avses i 18 § första stycket, avgifter för förbrukningsartiklar som avses i 3 d § eller avgifter för sådan tandvård som avses i 8 a § tandvårdslagen (1985:125) med sammanlagt högst 900 kronor, eller det lägre belopp som bestäms av landstinget, är befriad från att därefter erlägga ytterligare avgifter för sådan vård eller sådana förbrukningsartiklar under den tid som åter-

Den som har erlagt vårdavgifter som avser öppen hälso- och sjukvård enligt denna lag i andra fall än som avses i 18 § första *eller andra stycket inklusive habilitering, rehabilitering eller hjälpmedel enligt 18 b § första stycket och förbrukningsartiklar enligt 18 c §*, avgifter för förbrukningsartiklar som avses i 3 d § eller avgifter för sådan tandvård som avses i 8 a § tandvårdslagen (1985:125) med sammanlagt högst 900 kronor, eller det lägre belopp som bestäms av landstinget, är

står av ett år, räknat från det första tillfälle då avgift erlagts. befriad från att därefter erlagga ytterligare avgifter för sådan vård eller sådana förbrukningsartiklar under den tid som återstår av ett år, räknat från det första tillfälle då avgift erlagts.

Har en förälder eller föräldrar gemensamt flera barn under 18 år i sin vård, får barnen gemensamt avgiftsbefrielse när kostnaderna för avgifter enligt första stycket sammanlagt uppgår till där avsett belopp.

Kostnadsbefrielse gäller under den tid som avses i första stycket även för barn som under denna tid fyller 18 år.

Med föräldrar avses även fosterföräldrar. Som förälder räknas även den med vilken en förälder stadigvarande sammanbor och som är eller har varit gift eller har eller har haft barn med föräldern.

Föreslagen lydelse

Samverkan

26 c §

Landstinget skall till kommunerna inom landstinget avsätta de läkarresurser som behövs för att de enskilda skall kunna erbjudas en god hälso- och sjukvård i ordinärt eller särskilt boende som avses i 18 § första stycket samt i verksamheter som avses i 18 § andra stycket. Läkarmedverkan skall vara sådan att patienternas behov av kontinuitet och säkerhet tillgodoses samt att var och en kan välja den fasta läkarkontakt som landstinget enligt 5 § andra stycket skall erbjuda de enskilda.

Landstinget och kommunerna inom landstinget skall årligen träffa avtal om omfattningen av och formerna för läkarmedverkan under kommande kalenderår.

Om landstinget inte fullgör sina skyldigheter enligt det avtal som ingåtts enligt andra stycket, har kommunen rätt att anlita läkare så att de enskilda kan erbjudas en god hälso- och sjukvård. Landstinget skall ersätta kommunen de kostnader som kommunen har för sådan läkarmedverkan.

Regeringen får meddela ytterligare föreskrifter om hur kravet på kontinuitet och säkerhet skall tillgodoses. Regeringen får överlåta på Socialstyrelsen att meddela sådana föreskrifter.

26 d §

Landstinget och kommunen skall samverka så att en enskild, som kommunen enligt 18 § första eller andra stycket har ansvar för också får den övriga vård och behandling som hans eller hennes tillstånd fordrar.

26 e §

Ett landsting och en kommun inom landstinget får medverka i den hälso- och sjukvård som den andre huvudmannen skall svara för. Varje huvudman svarar för sina kostnader. Landstinget och kommunen kan i avtal fastställa hur kostnaderna för insatserna skall fördelas.

26 f §

Om vård- och omsorgsplan i 11 kap. 4 a § socialtjänstlagen (2001:453) eller individuell plan i 10 § lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade inte har upprättats skall kommunen med den enskildes medgivande och i samråd med landstinget upprätta en vård- och omsorgsplan om den enskilde behöver hälso- och sjukvård i boendet.

Planen skall innehålla de sociala och rehabiliterande insatser som kommunen anordnat eller planerar enligt socialtjänstlagen, de insatser som kommunen och landstinget anordnat eller planerar enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, de medicinska och rehabiliterande insatser som kommunen och landstinget anordnat eller planerar enligt denna lag samt de insatser som andra myndigheter eller organisationer erbjuder eller kan komma att erbjuda.

I samband med att en vård- och omsorgsplan upprättas ska kommunen utse en särskild samordnare eller kontaktperson som skall samordna insatserna och stödja den enskilde och dennes närstående.

Planen skall fortlöpande och minst en gång om året följas upp och utvärderas.

2 Förslag till lag om ändring i lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m.

Härigenom föreskrivs att 4 § i lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

4 §

Rätt till förmåner enligt denna lag har

1. den som är bosatt i Sverige, och

2. den som, utan att vara bosatt här, har rätt till vårdförmåner i Sverige vid sjukdom eller moderskap enligt vad som följer av rådets förordning (EEG) nr 1408/71 av den 14 juni 1971 om tillämpningen av systemen för social trygghet när anställda, egenföretagare eller deras familjemedlemmar flyttar inom gemenskapen.

Rätt till vårdförmåner enligt 5 och 21 §§ med undantag för varor som avses i 19 § andra punkten har även den som i annat fall, utan att vara bosatt i Sverige, har anställning här.

Särskilda bestämmelser om kostnadsfria läkemedel gäller för dem som får sjukhusvård som avses i 5 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) eller i 2 kap. 4 § lagen (1962:381) om allmän försäkring samt för den som åtnjuter hemsjukvård som avses i 3 e eller 18 d § hälso- och sjukvårdslagen och för dem som bor i en sådan särskild boendeform som avses i 18 d § samma lag.

Särskilda bestämmelser om kostnadsfria läkemedel gäller för dem som får sjukhusvård som avses i 5 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) eller i 2 kap. 4 § lagen (1962:381) om allmän försäkring samt för den som åtnjuter hemsjukvård som avses i 3 e § hälso- och sjukvårdslagen eller hälso- och sjukvård i ordinärt eller särskilt boende enligt 18 § första stycket hälso- och sjukvårdslagen eller i korttidsplats enligt 18 § andra stycket hälso- och sjukvårdslagen.

3 Förslag till lag om ändring i socialtjänstlagen (2001:453)

Härigenom föreskrivs att 3 kap. 6 §, 7 kap. 1 § och 8 kap. 5 § socialtjänstlagen (2001:453) skall ha följande lydelse samt att det i 11 kap. i lagen skall införas en ny paragraf 4 a §.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

3 kap

6 §

Socialnämnden bör genom hemtjänst, dagverksamheter eller annan liknande social tjänst underlätta för den enskilde att bo hemma och att ha kontakt med andra

Nämnden bör även i övrigt tillhandahålla sociala tjänster genom rådgivningsbyråer, socialcentraler och liknande, social jour eller annan därmed jämförlig verksamhet.

Nämnden kan utse en särskild person (kontaktperson) eller en familj med uppgift att hjälpa den enskilde och hans eller hennes närmaste i personliga angelägenheter, om den enskilde begär eller samtycker till det. För barn som inte har fyllt 15 år får kontaktperson utses endast om barnets vårdnadshavare begär eller samtycker till det. Har barnet fyllt 15 år får kontaktperson utses endast om barnet självt begär eller samtycker till det.

Socialnämnden bör genom hemtjänst, dagverksamheter, *korttidsplats* eller annan liknande social tjänst underlätta för den enskilde att bo hemma och att ha kontakt med andra.

7 kap.

1 §

Ett bolag, en förening, en samfällighet, en stiftelse eller en enskild individ får inte utan tillstånd av länsstyrelsen yrkesmässigt bedriva verksamhet i form av

1. hem för vård eller boende,
2. sådana boenden som motsvarar den som avses i 5 kap. 5 § andra stycket eller 5 kap. 7 § tredje stycket,

Ett bolag, en förening, en samfällighet, en stiftelse eller en enskild individ får inte utan tillstånd av länsstyrelsen yrkesmässigt bedriva verksamhet i form av

1. hem för vård eller boende,
2. sådana boenden som motsvarar den som avses i 5 kap. 5 § andra stycket eller 5 kap. 7 § tredje stycket,

3. hem för viss annan haldygnsvård,
4. hem eller öppen verksamhet för vård under en begränsad del av dygnet.

3. hem för viss annan haldygnsvård,
4. hem eller öppen verksamhet för vård under en begränsad del av dygnet.

5. sådana korttidsplatser som avses i 3 kap. 6 § första stycket.

Tillstånd skall sökas hos länsstyrelsen i det län där verksamheten skall bedrivas.

Tillstånd behövs inte för sådan verksamhet som kommunen genom avtal enligt 2 kap. 5 § har överlämnat till en enskild att utföra.

8 kap.

5 §

Den enskildes avgifter får

1. för hemtjänst och dagverksamhet, tillsammans med avgifter som avses i 26 § tredje stycket hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), per månad uppgå till högst en tolfedel av 0,48 gånger prisbasbeloppet,

2. för bostad i särskilt boende per månad uppgå till högst en tolfedel av 0,50 gånger prisbasbeloppet.

Den enskildes avgifter får

1. för hemtjänst, dagverksamhet och *korttidsplats*, tillsammans med avgifter som avses i 26 § tredje stycket hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), per månad uppgå till högst en tolfedel av 0,48 gånger prisbasbeloppet,

2. för bostad i särskilt boende per månad uppgå till högst en tolfedel av 0,50 gånger prisbasbeloppet.

11 kap.

4 a §

När en person behöver vård och omsorg i boendet skall med den enskildes samtycke en vård- och omsorgsplan upprättas.

Planen skall innehålla de sociala och rehabiliterande insatser som kommunen anordnat eller planerar enligt denna lag, de insatser som landstinget och kommunen anordnat eller planerar

enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, de medicinska och rehabiliterande insatser som kommunen och landstinget anordnat eller planerar enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) samt de insatser som andra myndigheter eller organisationer erbjuder eller kan komma att erbjuda.

I samband med att en vård- och omsorgsplan upprättas ska kommunen utse en särskild samordnare eller kontaktperson som skall samordna insatserna och stödja den enskilde och dennes närstående.

Planen skall fortlöpande och minst en gång om året följas upp och utvärderas.

1 Inledning

Utredningens uppdrag

Utredningens uppdrag har enligt direktiven (dir 2003:40, bilaga 1) varit att genomföra en översyn av vård och omsorg om äldre drygt 10 år efter Ädelreformen. Samverkan mellan kommunernas vård och omsorg och landstingens hälso- och sjukvård har stått i fokus för uppdraget. Målgruppen är främst äldre människor med sammansatta och/eller snabbt föränderliga behov av vård och omsorg. För dessa människor kan brister i samverkan leda till svåra konsekvenser.

En huvudfråga för utredningen har varit att ta ställning till hur vården och omsorgen på bästa sätt kan organiseras för att säkerställa:

- god kvalitet,
- tillgänglighet och kontinuitet,
- trygghet och inflytande för de äldre själva

på sådant sätt att individens sociala och medicinska behov inklusive rehabilitering och hjälpmedel tillgodoses i ett sammanhang. Våra förslag syftar till att skapa *långsiktiga* förutsättningar för en effektiv vård och omsorg av god kvalitet och på lika villkor för äldre och funktionshindrade i hela landet. Vi har därvid beaktat den förväntade samhällsutvecklingen, såväl den demografiska som den samhällsekonomiska och den medicintekniska. Närmare beskrivningar av de områden och företeelser som vi har beaktat återfinns i kapitel 5 Vård och omsorg- faktabakgrund.

Ädelreformens främsta syfte var att tillgodose äldre människors sociala och medicinska behov på ett sammanhållet sätt. Reformen har bidragit till att lösa flera av de problem som tidigare kännetecknade vården och omsorgen om personer med långvariga vårdbehov. Äldre institutioner har avvecklats och kommunerna har modernise-

rat gamla boendeformer och byggt nya särskilda boendeformer, vilket medfört att människor inte längre tvingas vistas eller bo i en sjukhusliknande miljö under månader och år. Möjligheterna att bo kvar och få hjälp i det egna hemmet, trots omfattande vårdbehov, har förbättrats väsentligt.

Den medicintekniska utvecklingen, färre vårdplatser och kortare vårdtider har bidragit till att en större andel av samhällets vård och omsorg om äldre nu bedrivs i kommunal regi än i början på 1990-talet när reformen genomfördes. Höga krav ställs på en effektiv och väl fungerande samverkan mellan kommuner och landsting. Trots en rad positiva framsteg i samverkan kvarstår vissa brister. Direktiven beskriver bristerna i termer av otillräcklig medicinsk kompetens gällande t.ex. läkarmedverkan i kommunal vård och omsorg, otillräcklig kontinuitet i vården, brister i rehabiliteringen och tillgången till hjälpmedel samt att riksdagens beslut om prioriteringsordningen i hälso- och sjukvården (prop. 1996/97:60) inte alltid tillämpas. Bristerna drabbar dem med de största behoven av vård och omsorg dvs. främst äldre och funktionshindrade med sammansatta och/eller snabbt föränderliga behov av vård och omsorg.

Vi har framförallt övervägt hur hälso- och sjukvården i kommuner och landsting bäst kan organiseras så att äldres behov kan tillgodoses i såväl ordinärt som i särskilt boende. En av de väsentligaste frågeställningarna har varit om den nuvarande huvudmannaskapsgränsen mellan landsting och kommuner är ändamålsenlig eller om ansvarsgränsen bör ändras. Utgångspunkten har varit att finna en ansvarsfördelning som ger bästa möjliga incitament för att göra det som är rätt för individen.

Vi har lagt särskild vikt vid:

- Integrering av primärvårdens läkarresurser i kommunernas vård och omsorg
- för- och nackdelar med hemsjukvård i kommunernas respektive landstingens regi
- utvecklingen av de särskilda boendeformerna
- utvecklingen inom akutsjukvården
- samverkan mellan akutsjukvård - geriatrik - landstingens primärvård - hemsjukvård - hemtjänst
- utformningen av en långsiktig strategi för läkarmedverkan i kommunernas hälso- och sjukvård

- en tydligare och mer ändamålsenlig ansvarsfördelning mellan kommuner och landsting för tillgång till rehabilitering och effektivt fungerande hjälpmedel.

Utredningens arbete

Utredningen har genomförts av en särskild utredare med sekretariat under perioden maj 2003 - juni 2004. Utredningen har biståtts av sakkunniga och experter från berörda departement, myndigheter och organisationer.

Underlag för vårt arbete har varit ett stort antal rapporter, utredningar och utvärderingar av äldreomsorg och hälso- och sjukvård, som gjorts under de senaste åren av myndigheter, organisationer, kommuner och landsting samt forsknings- och utvecklingsenheter m fl. Vi har särskilt beaktat de rapporter om utvecklingen inom vård och omsorg av äldre och inom hälso- och sjukvård som Socialstyrelsen tagit fram på uppdrag av regeringen. Andra underlag har varit Riksrevisionsverkets och Riksdagens revisorers granskningar av äldreården och äldreomsorgen liksom rapporter och underlag som utarbetats av Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet. Vi har även tagit del av undersökningar och rapporter från fackliga organisationer, yrkesföreningar och andra intresseorganisationer inom vård och omsorg. I betänkandets faktakapitel anges referenser till de källor som utgör underlag för våra överväganden och förslag.

Vi har haft ett brett utåtriktat arbetssätt och träffat företrädare för myndigheter, kommuner och landsting, intresseorganisationer, forskare m.fl. intressenter. Som exempel kan nämnas företrädare för pensionärsorganisationerna Pensionärernas Riksorganisation och Sveriges Pensionärsförbund, Kommunal, Sveriges Kommunal-tjänstemanna förbund, Vårdförbundet, Svensk sjuksköterskeförening, Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund, Föreningen Sveriges arbetsterapeuter, Dietisternas Riksförbund, Sveriges logopedförbund, Sveriges läkarförbund, Svensk förening för allmänmedicin, Svensk förening för Geriatrik och Gerontologi, Familje-medicinska Institutet (Fammi) och Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum. Vi har haft fortlöpande kontakter med Socialstyrelsen, Landstingsförbundet och Svenska kommunförbundet utöver de möten som vi har haft med sakkunniga.

Vi har vidare samrått med den parlamentariska beredningen SENIOR 2005 (S 1998:08), Offentlighets och sekretesskommittén (Ju 1999:06),

LSS- och hjälpmedelsutredningen (S 2001:6), Utredningen om innovativ verksamhet inom kommuner och landsting (U 2002:09), Ansvarskommittén (Fi 2003:02), Socialdepartementets arbetsgrupp för demensfrågor (S 2002:A) och Socialdepartementets projekt för översyn av den högspecialiserade vården (S 2002:D). Vi har även haft kontakt med Svenska Kommunförbundets och Landstingsförbundets gemensamma pågående arbete angående strategier för utvecklingen av framtidens äldrevård – ett gemensamt ansvar.

Genom studiebesök i kommuner och landsting har vi tagit del av lokala och regionala erfarenheter vid möten och diskussioner med företrädare för huvudmännen. Vi har även besökt Danmark, Finland och Norge och inhämtat erfarenheter från dessa länder.

Konsulten Kerstin Einevik Bäckstrand har på utredningens uppdrag jämfört hemsjukvårdens omfattning i kommuner i Dalarna och Gävleborg med kommuner i Värmland och Jämtland. Syftet var att jämföra om det är någon skillnad i hemsjukvårdens omfattning i län där landstingen har ansvaret för hemsjukvården med län där kommunerna har ansvaret. Resultatet av mätningarna redovisas i bilaga 3.

Hjälpmiddelsinstitutet har på uppdrag av utredningen tagit fram rapporten *"Gemensam nämnd inom hjälpmedelsområdet."*¹ I denna ges en övergripande bild av hjälpmedelsverksamhetens organisation och ansvarsfördelning.

Konsulterna Folke Hellström och Göran Danielsson har bistått utredningen med ekonomiska beräkningar av utredningens förslag.

Betänkandets innehåll

Våra överväganden utgår från utvecklingen av vård och omsorg under de tolv år som förflutit sedan Ädelreformen 1992. En ingående beskrivning av denna utveckling finns i betänkandets faktabakgrund, Vård och omsorg - faktabakgrund. I allt väsentligt omfattar förslagen åtgärder som staten kan vidta, främst lagförslag. Dessa redovisas i kapitlet Sammanhållet ansvar för hemvård – förslag. Ekonomiska bedömningar och regleringen av kostnaderna för våra

¹ Hjälpmiddelsinstitutet: *Gemensam nämnd inom hjälpmedelsområdet. Lägesrapport december 2003*. Webbplats www.hi.se Best nr 04308-pdf

förslag redovisar vi i kapitlet Ekonomiska konsekvenser av utredningens förslag.

Vi har med avsikt avstått från att föreslå hur kommuner och landsting bör organisera, utveckla och bedriva vård och omsorg. Det måste huvudmännen lokalt ansvara för. Vi har således *inte* behandlat frågor om personalrekrytering, förebyggande insatser, kvalitetsutveckling m.m. i våra överväganden och förslag. Våra faktakapitel ger dock en grund för huvudmännen att lokalt uppmärksamma dessa frågor och vidta nödvändiga åtgärder för att förbättra vården och omsorgen.

Förslagen till författningsändringar redovisas först i betänkandet. Därefter följer kapitlen Behov av förbättringar - allmänna överväganden, Sammanhållet ansvar för hemvården - förslag och Ekonomiska konsekvenser av förslagen. Bakgrunden till våra förslag återfinns i kapitlet Vård och omsorg - faktabakgrund. Författningskommentarer presenterar vi i ett särskilt kapitel. Direktiven till utredningen redovisas i bilaga 1 och definitioner av de begrepp som vi använt oss av i betänkandet återfinns i bilaga 2. I bilaga 3 redovisas studien av hemsjukvårdens omfattning i ett urval kommuner och landsting. Bilaga 4 innehåller en kostnadsberäkning gällande skatteväxling. Bilaga 5 är en förteckning över kommunernas och landstingens fördelning av ansvar gällande hjälpmedel.

2 Behov av förbättringar - allmänna överväganden

Våra förslag syftar till att förbättra vården och omsorgen för främst äldre människor med sammansatta, komplexa och/eller snabbt föränderliga vård- och omsorgsbehov. Vi har valt att inte göra någon strikt avgränsning av vilka personer som innefattas i denna beskrivning. Förslagen syftar till att förbättra vården och omsorgen för alla dem som är beroende av socialt stöd och hälso- och sjukvårdsinsatser inklusive habilitering, rehabilitering och hjälpmedel och som endast kan få detta i ordinärt eller särskilt boende. Dessa personer har svårt att förflytta sig till landstingets mottagningar och där få den hälso- och sjukvård de behöver. De behöver kontinuerligt läkarstöd från primärvårdens läkare med hembesök i en helt annan omfattning än vad som är vanligt i dag. Många vårdas flera gånger under ett år på sjukhus ofta med korta vårdtider. De personer som vi avser har stora behov av vård och omsorg och får också omfattande men osammanhängande insatser från såväl landsting som kommun.

Vi har valt att utgå från individens perspektiv. Det övergripande målet är att tillförsäkra den enskilde en trygg, säker och lättillgänglig vård och omsorg. Det ska vara enkelt för den enskilde att förstå vart man ska vända sig när man behöver vård och omsorg. Insatserna ska vara av god kvalitet och samordnade utifrån en helhetssyn på den enskildes behov oberoende av vem som svarar för insatserna.

Vi har fokuserat och analyserat möjligheter till förbättringar inom följande områden:

- *Ansvarsfördelningen för vård och omsorg mellan kommuner och landsting*
- *Läkaransvaret i hemsjukvård*
- *Samverkan om vård och omsorg*
- *Forskning och utveckling*

I det följande beskrivs våra överväganden och motiveringar enligt denna indelning. Som inledning till ges en sammanfattande bild av

de problem vi uppmärksammat inom vård och omsorg som medför att personer, främst äldre med sammansatta och/eller snabbt föränderliga vård- och omsorgsbehov inte får den vård och omsorg de behöver.

Sammanfattande problembild

Kommunerna fick under 1990-talet ett utökat ansvar för vården och omsorgen om äldre och funktionshindrade personer och blev hälso- och sjukvårdshuvudmän. Ädelreformen år 1992 (prop. 1990/91:14), Handikappreformen 1994 (Ds 1989:27), och Psykiatireformen 1995 (prop. 1993/94:218) medförde sådana utvidgningar. I nationella handlingsplaner för äldrepolitiken (prop. 1997/98:113) och för utvecklingen av hälso- och sjukvården (prop. 1999/2000:149) har riksdagen preciserat för huvudmännen angelägna områden som bör utvecklas. Se vidare i kapitlet Vård och omsorg – faktabakgrund om reformer under 90-talet.

Genom Ädelreformen övertog kommunerna det övergripande ansvaret för hälso- och sjukvården i de särskilda boendeformerna med undantag för läkarinsatser. Kommunerna gavs även befogenhet att bedriva hemsjukvård och att överta ansvaret för hemsjukvård i det ordinära boendet efter överenskommelse med landstinget och efter medgivande av regeringen. Kommunernas ansvar och befogenheter kom dock inte att omfatta läkarinsatser.

Trots att kommuner och landsting på många sätt har utvecklat vården och omsorgen kvarstår brister som Ädelreformen syftade till att lösa. Hit hör otillräcklig medicinsk kompetens i kommunal vård och omsorg, bristande läkarmedverkan och kontinuitet i vården, otillräcklig integrering av sociala och medicinska insatser, brister i habilitering och rehabilitering samt tillgång till hjälpmedel och att den av riksdagen fastställda prioriteringsordningen för hälso- och sjukvården (prop. 1996/97:60) inte alltid tillämpas. Sådana brister drabbar främst äldre och andra personer med sammansatta och/eller snabbt föränderliga behov av vård och omsorg. Bristerna sammanhänger till viss del med att dagens verklighet är annorlunda än den som Ädelreformen utgick ifrån år 1992. Se vidare kapitlet Vård och omsorg - faktabakgrund om reformer under 90-talet.

Det största problemet i dag är att äldre och andra personer med sammansatta och/eller snabbt föränderliga vård- och omsorgsbehov får vård- och omsorgsinsatser utan en helhetssyn på deras problem på grund av otydliga ansvarsgränser och bristande samverkan mellan olika verksamheter och yrkesgrupper. De korta vårdtiderna och bristande samordning av insatserna från sjukhus, landstingens primärvård och kommunal vård och omsorg skapar otrygghet hos många med stora behov av vård och omsorg. Bristen på samordning

gör också att många insatser blir till begränsad eller ingen nytta för den enskilde.

Flertalet personer som får stöd av hemsjukvården och primärvårdens läkare, vårdas inte sällan på sjukhus och får insatser från landstingens olika specialistenheter, parallellt med att de får stora hjälpinsatser i sitt boende. Det handlar ofta om sköra personer vars vård- och omsorgsbehov snabbt kan förändras. De många olika kontakterna ställer särskilt stora krav på samverkan mellan sjukhusens olika kliniker, den enskildes familjeläkare, distriktsköterskor, arbetsterapeuter, sjukgymnaster, dietister, logopedier, biståndshandläggare, undersköterskor, vårdbiträden m.fl. Det behövs ett integrerat arbetssätt för att säkerställa en vård och omsorg av god kvalitet som innebär trygghet och kontinuitet för den enskilde.

Obalans mellan behov och resurser

Den specialiserade sjukvården har prioriterat utvecklingen av effektiva behandlingsmetoder för många svåra sjukdomar. Det har under 1990-talet inneburit att allt fler äldre har kunnat få behandling för sina sjukdomar och skador. Detta har i sin tur medfört allt kortare vårdtider och avsevärt färre vårdplatser vid sjukhusen. Samtidigt har omvårdnaden efter sjukdom och behandling i stor utsträckning flyttat ut till den enskildes bostad vilket inneburit att anspråken på en kvalificerad vård och omsorg utanför sjukhus är betydligt större än när Ädelreformen genomfördes. Ansvaret för att vårda allt fler svårt sjuka personer med stora omvårdnadsbehov har förts över till kommunernas vård och omsorg och landstingets primärvård. Resurserna där har emellertid inte enligt ökat i förhållande till de ökande behoven.

Kraven på vård och omsorg i den enskildes bostad, ordinärt och särskilt boende, har ökat medan de medicinska resurserna i form av läkarmedverkan och tillgång till legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal i kommunal vård och omsorg *inte* har ökat i den utsträckning som behövs för att kunna erbjuda en god och säker vård i bostaden. Det innebär en risk för den som vårdas hemma om det saknas personal med medicinsk kompetens som kan göra hembesök och bilda sig en egen uppfattning om patientens hälsotillstånd. Alla som ska ge vård och omsorg, inte minst under-

sköterskor och vårdbiträden behöver en grundläggande yrkesutbildning inom vård och omsorg.

Landstingens primärvård är hårt pressad av den ökade efterfrågan av öppen vård och har inte prioriterat vården av äldre med stora omvårdnadsbehov. Hemsjukvård har inte prioriterats inom landstingen och läkarstödet till personer som vårdas i ordinärt och särskilt boende är genomgående bristfälligt.

Kommunerna har prioriterat dem med stora vård- och omsorgsbehov

Kommunerna har fått ansvar för omvårdnaden av betydligt sjukare och mer vårdkrävande personer, inte bara äldre, än vad som kunde förutses vid Ädelreformen. De som idag får insatser av kommunerna, varav en majoritet är kvinnor, har avsevärt större vård- och omsorgsbehov än för tio år sedan. Kommunerna har prioriterat dem med stora vård- och omsorgsbehov vilket bland annat inneburit att närstående, i huvudsak kvinnor, har fått ta ett allt större ansvar för den praktiska hjälpen inom äldreomsorgen. Serviceinsatser och insatser av social karaktär inom hemtjänsten har således fått stå tillbaka för stöd till personer med stora behov av omvårdnad och sjukvård och allt fler personer med omfattande fysiska funktionsnedsättningar får sina vård- och omsorgsbehov tillgodosedda i det ordinära boendet.

Det särskilda boendet har utvecklats till en boendeform för de mest hjälpbehövande äldre med nedsatt kognitiv förmåga. Ytterst få som inte har omfattande behov av hjälp och stöd i det dagliga livet blir beviljade ett särskilt boende. Andelen av den äldre befolkningen som bor i särskilt boende har minskat och det sker en avveckling av antalet platser i många kommuner. Risken är därför stor att närstående får ta ett allt större ansvar och att det saknas platser för att möta kommande vård- och omsorgsbehov.

Det saknas en helhetssyn på den enskildes problem

Orsaken till att äldre behöver kommunal vård och omsorg är nästan alltid en följd av sjukdom och/eller funktionsnedsättning. Många har en kombination av flera olika sjukdomar och funktionsnedsättningar. Vården fungerar i regel väl för personer med av-

gränsade medicinska problem och utan kognitiva funktionsnedsättningar. Att ge vård och omsorg av hög kvalitet till personer, främst äldre med flera diagnoser, nedsatt rörlighet och ork samt ett sviktande socialt nätverk är emellertid betydligt svårare.

Det saknas alltför ofta en helhetssyn på den enskildes problem och individuell anpassning av vården och omsorgen. De medicinska och sociala insatserna måste integreras till en helhet. Inom den kommunala vården och omsorgen har de medicinska och sociala synsätten upplevts stå i motsats till varandra, en uppfattning som Ädelreformen syftade till att överbrygga. Trots att tolv år förflutit sedan reformen är uppfattningen seglivad. För den enskilde är det angeläget att de skilda synsätten vävs samman till ett synsätt där de sociala och medicinska behoven inklusive rehabilitering och hjälpmedel är lika angelägna att tillgodose.

Trots initiativ på central och lokal nivå saknas fortfarande ett fullgott läkarstöd till personer som vårdas i särskilt boende eller i hemsjukvård i ordinärt boende. De ofta svårt sjuka patienterna får alltför sällan träffa läkare vilket medför att patienter som skulle ha kunnat få hjälp med sina besvär och sin oro hemma tvingas att uppsöka sjukhusens akutmottagningar och nästan med automatik ökar besök och inläggningar vid sjukhus.

Akutmottagningen är inte rätt plats för de utredningar och den vård- och omsorgsplanering som dessa personer behöver. Väntetiderna på mottagningarna för äldre personer med sammansatta sjukdomar är långa och tiden medger endast summariska utredningar. Många av de inläggningar som sker vid sjukhusen skulle ha kunnat undvikas. Osäkerhet vid sjukhusen om möjligheter till vård inom hemsjukvården leder till onödiga och felaktiga beslut om fortsatt omhändertagande på sjukhus. Den slutna vården, såväl den akutsomatiska som den geriatriska, har svårt att hinna beakta och planera för behov som hör samman med de äldres totala livssituation. De korta vårdtiderna innebär att äldre skrivs ut med fortsatta och omfattande behov av medicinsk behandling, rehabilitering och omvårdnad.

Den dominerande bilden är att insatserna för personer med flera samtidiga och långvariga sjukdomar och funktionsnedsättningar är osammanhängande och att det saknas ett helhetsansvar. Dessa personer ställer krav på att vården organiseras så att den kan ta ansvar för hela individens behov. Dessvärre är vård och omsorg alltför ofta fragmentiserad utan helhetsansvar. Den enskilde behöver en samlad bedömning och stöd från olika yrkesgrupper som undersköterskor,

vårdbiträden, sjuksköterskor och primärvårdens läkare men också från andra med specialkunskaper inom geriatrik, internmedicin, psykiatri, rehabilitering, palliation och nutrition med flera inriktningar vilket ställer stora krav på samverkan mellan kommunens och landstingets olika vård- och omsorgsenheter.

En otydlig ansvarsfördelning mellan kommuner och landsting

Alla kommuner har ansvar för social omsorg i ordinärt och särskilt boende samt ansvar för hälso- och sjukvårdsinsatser inklusive rehabilitering och hjälpmedel i särskilt boende och i dagverksamheter. Ansvaret omfattar dock inte läkarinsatser. Hälften av landets kommuner (144 av 290) har övertagit ansvaret för hälso- och sjukvårdsinsatser i ordinärt boende (hemsjukvård). Även detta ansvar omfattar rehabilitering och hjälpmedel. Kommunernas hälso- och sjukvårdsansvar omfattar däremot inte läkarinsatser. Dessa har landstingen ansvar för.

Övertagandet av ansvaret för hemsjukvård i ordinärt boende har skett genom skatteväxling mellan landsting och kommuner med undantag av fem kommuner som ligger i län där landstingen har kvar ansvaret för hemsjukvården. I dessa senare kommuner regleras det ekonomiska ansvaret för hemsjukvården i avtal. De senaste skatteväxlingarna skedde år 1999 i samband med att Skåne och Västra Götalands län bildades i vilka samtliga kommuner har tagit över ansvaret för hemsjukvården.

När landstinget har ansvar för hemsjukvård är den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen som arbetar med hemsjukvård i ordinärt boende, dvs. distriktssköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster, anställda i landstinget. En del landsting har anställda undersköterskor som utför uppgifter inom hemsjukvården men i regel är det kommunens undersköterskor och vårdbiträden i hemtjänsten som utför hälso- och sjukvårdsuppgifter även där landstinget har hälso- och sjukvårdsansvaret. I sådana fall är det den landstingsanställda legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen som delegerar uppgifter till kommunens undersköterskor och biträden. Det delade ansvaret för hemsjukvård skapar tvister och revirstrider om vad som ingår i kommunens respektive landstingets ansvar. Kommunerna hävdar att de inte har ansvar för och kompetens att utföra hälso- och sjukvårdsuppgifter i ordinärt boende medan landstingen anser att enklare sjukvårdsuppgifter bör ingå i

det kommunala ansvaret. Risken för felmedicinering och bristande tillsyn är stor om den medicinska kompetensen brister varför det är angeläget att klargöra vem som ska ha ansvaret.

Gränsdragningen mellan landstingens och kommunernas ansvar för hälso- och sjukvård är inte enhetlig i landet. Det finns ett flertal varianter på lokala överenskommelser om ansvarsfördelningen. Variationen i ansvarsfördelningen skulle i och för sig inte behöva vara ett problem om kommuner och landsting hade samma uppfattning om sina åtaganden och samverkade om att utveckla hemsjukvården inklusive rehabilitering och hjälpmedel. Den otydliga ansvarsfördelningen skapar emellertid konflikter mellan kommuner och landsting och medför att den enskilde inte får sina behov av vård och omsorg tillgodosedda. En konsekvens av det delade ansvaret är ett otydligt ledarskap kring patienter som behöver vårdinsatser i sin bostad. Landsting och kommuner har svårast att komma överens om en bra arbetsfördelning i de kommuner där landstinget har kvar ansvaret för hemsjukvården.

Ansvarsfördelningen för vård och omsorg mellan kommuner och landsting

En av de väsentligaste frågeställningarna i utredningen är om den nuvarande huvudmannaskapsgränsen mellan landsting och kommuner är ändamålsenlig eller om ansvarsgränsen bör ändras. Ansvarsfördelningen mellan kommuner och landsting när det gäller hemsjukvård, rehabilitering och hjälpmedel behöver bli tydligare och mer enhetlig i landet. Vi har utgått från att i så stor utsträckning som möjligt tydliggöra ansvaret för vård och omsorg och samla ansvaret för hälso- och sjukvårdsinsatser i ordinärt och särskilt boende hos en huvudman. Vi föreslår att begreppet *hemvård* används för de samlade sociala och medicinska insatserna inklusive habilitering, rehabilitering och hjälpmedel som ska utföras i såväl ordinärt som särskilt boende. I hemvård ska även ingå dagverksamheter och korttidsplatser som stöd för dem som får vård och omsorg i sin bostad.

Vi vill åstadkomma ett tydligt ansvar för de samlade insatser individen behöver i sin bostad för såväl sociala som medicinska insatser. Genom att en huvudman ansvarar för en sammanhållen hemvård undanröjs många av de motsättningar som finns idag. Om hemvården hålls samman i en organisation blir det också lättare för individen att veta vart man ska vända sig och utkräva ansvar.

I våra överväganden har vi identifierat följande fem alternativ för ansvarsfördelningen mellan kommun och landsting:

1. Ingen förändring av nuvarande ansvarsgränser
2. Landstinget och kommunen åstadkommer en sammanhållen hemvård på frivillig grund inom ramen för nuvarande lagstiftning
3. Landstinget har ansvar för all primärvård inklusive en sammanhållen hemvård
4. Kommunen har ansvar för all primärvård inklusive en sammanhållen hemvård
5. Kommunen har ansvaret för en sammanhållen hemvård och landstinget för primärvårdens läkare och mottagningsverksamhet inom primärvården

1. Ingen förändring av nuvarande ansvarsgränser

Vi har i vissa kontakter med kommuner och landsting fått höra att det inte behövs några strukturförändringar för att få en bättre fungerande vård och omsorg. Det finns en utbredd förändringströtthet bland många som varit med om organisationsförändringar som tar avsevärd tid och kraft från verksamheten och som inriktar sig på former i stället för på innehållet i verksamheten. Vi har mött uppfattningen att ett dåligt verksamhetsresultat sällan beror på strukturella problem. Framgång avgörs främst av personer med drivkraft att förbättra verksamheten och på vilja att bygga samarbete med förtroende och respekt över organisationsgränser.

Denna uppfattning innebär att ansvarsgränserna inte ska ändras med risk för fortsatta revirstrider som innebär att den enskilde inte får den vård och omsorg som denne behöver. Risken är stor att alltför många även i fortsättningen möter ett svåröverskådligt system och får sociala och medicinska insatser utan helhetssyn och samordning. Chefer och personal med vilja att förstärka samverkan får inte stöd för detta genom att olika budgetar i skilda organisationer försvårar eller t.o.m. motverkar en helhetssyn på vård och omsorg utifrån individuella behov.

Vi anser därför att det finns starka motiv för strukturella förändringar för den enskildes bästa. Vi bedömer även att det finns ett starkt stöd för en förändring av ansvarsgränserna från chefer och personal som i stor utsträckning uttrycker sitt missnöje med nuvarande brister.

2. Landstinget och kommunen åstadkommer en sammanhållen hemvård på frivillig grund inom ramen för nuvarande lagstiftning

Från Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet har framförts tanken att kommuner och landsting i samverkan ska kunna åstadkomma en tydligare ansvarsfördelning och en sammanhållen hemvård på frivillig väg genom avtal om samverkan eller genom att bilda gemensamma nämnder. Det finns inget i nuvarande lagstiftning som hindrar en sådan samverkan.

Vår erfarenhet är dock att incitament för samverkan är svaga. Vi har sett flera exempel på att avtalade väl fungerande verksamheter som bedrivs i samverkan upphör när ekonomin blir ansträngd. De

goda exempel på verksamheter som fungerar bra över organisationsgränser bygger i regel på enskilda personers engagemang, men eldsjälarna garanterar ingen långsiktighet. Vi anser att frivilliga överenskommelser inte ger tillräckliga garantier för en långsiktigt stabil verksamhet.

Vår bedömning är att det genomgående tas för få initiativ till att starta en mer långtgående, praktisk och strukturerad samverkan mellan huvudmännen som gör att man åstadkommer en samlad hemvård trots att det är fullt möjligt redan idag. Landstingens förändring av hälso- och sjukvårdens struktur avser främst den slutna hälso- och sjukvården. Den högspecialiserade vården koncentreras till färre sjukhus och flera akutsjukhus förändras till närsjukvård med större inriktning på planerad vård och mottagningsverksamhet. Försök görs att involvera primärvården och den kommunala vården och omsorgen i att utveckla närsjukvården. Både landstingets primärvård och kommunernas vård och omsorg har dock uppenbara svårigheter att svara upp till förväntningarna eftersom kompetens och resurser inte följer med i tillräcklig utsträckning när behoven av vård och omsorg utanför sjukhusen ökar.

3. Landstinget har ansvar för all primärvård inklusive hemvården

De landsting som har kvar ansvaret för hemsjukvården har framhållit betydelsen av att hålla ihop det medicinska ansvaret i primärvården. Man menar att det är viktigt att distriktssköterska och allmänläkare arbetar nära tillsammans och kan ta ett helhetsansvar för alla patienter inom hemsjukvården. Man menar att samarbetet mellan läkare och sjuksköterska försvåras om sjuksköterskan är anställd i kommunen.

Många distriktssköterskor hävdar vikten av att ha ansvar för befolkningen i ett geografiskt område för att där kunna arbeta förebyggande. Om allmänläkaren har ansvar för sina listade patienter, vilket är vanligt, har distriktssköterska och allmänläkare i praktiken inte samma ansvarsområden även om de arbetar i samma organisation. Även när landstinget har hemsjukvårdsansvaret finns således i många fall en splittrad ansvarsbild som gör att distriktssköterskan kan behöva ha kontakter med många olika läkare för hemsjukvårdens patienter.

En konsekvens av att landstingets primärvård skulle ha ansvaret för all primärvård är att även ansvaret för hälso- och sjukvård i särskilt boende ska föras tillbaka till landstinget. Att återföra hälso- och sjukvårdsansvaret för all kommunal vård och omsorg till landstinget innebär att man helt bortser från det viktiga behovet av att integrera sociala och medicinska insatser. Det är en återgång till hur ansvarsfördelningen såg ut innan Ädelreformen genomfördes. Enligt vår mening är detta inte ett realistiskt alternativ. Det skulle innebära stora omfördelningar av resurser från kommuner till landsting för verksamheter som i sin inriktning är av lokal karaktär. Det finns inga önskemål vare sig hos landsting eller kommuner om att göra en sådan förändring.

4. Kommunen har ansvar för all primärvård inklusive hemvården

Detta alternativ innebär att kommunen skulle ha ansvaret för en sammanhållen hemvård och all övrig primärvård det vill säga mottagningsverksamhet och läkare i primärvården. Ett enhetligt ansvar för primärvården med kommunen som huvudman skulle innebära en tydlig förstärkning av den medicinska kompetensen med förbättrade möjligheter till kunskapsutveckling i hemsjukvården. Läkarens medverkan i hemsjukvården skulle kunna underlättas och tvister mellan huvudmännen om ansvarsgränser mellan hemsjukvård och mottagningsverksamhet i primärvården skulle kunna motverkas. Fördelarna med ett kommunalt huvudmannaskap för primärvården bekräftas av företrädare för våra nordiska grannländer som har ett sammanhållet kommunalt ansvar för socialtjänst och öppen hälso- och sjukvård. I Danmark har Amtens (motvarande våra landsting) dock ansvaret för allmänläkarna och i Norge har kommunerna detta ansvar. I både Danmark och Norge är allmänläkarna nästan helt och hållet privatpraktiserande. I Finland är de anställda i kommunerna.

Att utreda ett eventuellt förändrat huvudmannaskap för hela primärvården är en betydligt större fråga än vad som kan genomföras inom vår utredning. En eventuell överföring av hela primärvården till kommunalt huvudmannaskap påverkar inte bara primärvården utan organisation och ansvar för hälso- och sjukvård i sin helhet. Ansvaret för primärvården kan därför inte isoleras enbart till en fråga om primärvårdens samband med kommunal vård och

omsorg. Den framtida utvecklingen av hälso- och sjukvården liksom sambanden mellan primärvård och olika specialiteter inom region- och länssjukvård måste beaktas. Hur påverkas till exempel primärvården av en förändrad sjukhusstruktur och en samverkan om närsjukvård? Förändringar inom den högspecialiserade vården kan även komma att påverka landstingen som huvudmän för primärvården.

5. Kommunen har ansvaret för hemvården och landstinget svarar för primärvårdens läkare och mottagningsverksamhet

I detta alternativ har kommunen ansvar för en sammanhållen hemvård medan landstinget har fortsatt ansvar för läkare och mottagningsverksamhet inom primärvården. Det innebär en förändrad ansvarsfördelning inom primärvården med ett tydligt kommunalt ansvar för de samlade sociala och medicinska insatserna i den enskildes bostad oberoende av boendeform. Detta alternativ innebär att samtliga berörda yrkesgrupper inom hemvården med undantag för läkarna arbetar tillsammans under *ett* ansvar med *en* ledning.

Vi har från de kommuner och landsting där kommunerna har tagit över ansvaret för hemsjukvård i ordinärt boende fått positiva signaler om fördelarna med ett kommunalt ansvar. Både kommuner och landsting är nöjda med huvuddragen i ansvarsfördelningen i dessa län även om ansvarsfördelningen i detaljer skulle kunna göras ändå tydligare. Vi har inte i något fall fått önskemål om att kommunen skulle vilja lämna tillbaka ansvaret för hemsjukvården till landstinget. Däremot har många kommuner som inte har ansvar för hemsjukvård uttryckt önskemål om att få överta ett sådant ansvar, vilket dock har avvisats av landstinget. Med nuvarande lagstiftning måste kommuner och landsting vara överens för att ett sådant övertagande ska kunna ske, vilket i praktiken innebär att landstinget har vetorätt.

Vi har inte funnit någon systematik i läkares engagemang i hem-sjukvården som skulle tala emot ett kommunalt ansvar för hemsjukvård i ordinärt boende. Det finns en hel del exempel på ett gott samarbete mellan läkare och kommunens sjuksköterskor samtidigt som det i många kommuner finns stora brister i läkarnas medverkan i hemsjukvården även där landstinget har ansvaret för hemsjukvården. Vår bild är snarast att primärvårdens läkare genom-

gående i alltför liten omfattning genomför hembesök och engagerar sig i de patienter som vårdas inom hemsjukvården.

Sammanfattande bedömning av alternativen

Trots att alltför sjuka patienter vårdas i sin bostad saknas med nuvarande struktur tillräckliga drivkrafter för att åstadkomma en betydande satsning på vård och omsorg i den enskildes bostad. Det delade ansvaret medför en osäkerhet om hur långt kommunens ansvar sträcker sig för medicinska insatser inklusive rehabilitering, rehabilitering och hjälpmedel. Läkarstödet är otillräckligt och sjukhusens specialister stöttar inte i tillräcklig utsträckning. Utan ett tydligt ansvar kommer individen i kläm i ett system som inte fungerar för deras behov. Det är angeläget att minimera gråzoner mellan verksamheter i kommuner och landsting så långt som möjligt. Ett nationellt och enhetligt ansvarsförhållande för hemvård är därför betydelsefullt. Vi vill dock betona att *ett tydligt ansvar inte är samma sak som en enhetlig organisation av vård och omsorg*. Verksamheter måste och kan organiseras utifrån lokala förutsättningar även när ansvarsgränserna klagörs.

Om samhällets målsättningar för vård och omsorg ska kunna förverkligas, krävs således förändringar av nuvarande ansvarsförhållanden. Vi har funnit att endast alternativ 2 och 5 i dagsläget är realistiska alternativ för att genomföra de förbättringar av vård och omsorg för den enskilde som vi vill åstadkomma. Alternativ 2 bygger på att kommuner och landsting på frivillig väg ska kunna åstadkomma en sammanhållen hemvård utan preciseringar i lag av ansvarsfördelningen. I ett sådant alternativ kan ansvarsfördelningen variera i landet ungefär på samma sätt som idag. Alternativ 5 bygger på en enhetligt nationell grundstruktur för ansvarsfördelningen mellan kommuner och landsting med så få oklara gränssnitt som möjligt. I detta alternativ preciseras ansvarsgränsen genom lagstiftning.

Vårt förslag är att *alternativ 5* ska genomföras vilket innebär att *alla kommuner ska ha ansvar för en sammanhållen hemvård* och att kommunernas ansvar ska regleras i hälso- och sjukvårdslagen. Vi vill med förslaget minimera tvister om ansvar och resurser mellan landsting och kommuner och förebygga tvister om vem som har ansvaret för att tillgodose den enskildes vård och omsorgsbehov. En tydligare grundstruktur för ansvaret undanröjer enligt vår be-

dömning en del av de motsättningar som finns mellan kommuner och landsting och ger en tydlighet i att det är *en* huvudman, kommunen som har ansvaret att utveckla verksamhetens innehåll och kvalitet.

Vi föreslår denna enhetliga grundstruktur för ansvarsfördelningen trots de nackdelar med organisationsförändringar som förslaget medför i ett kortare tidsperspektiv. Förslaget berör främst de 12 landsting som har kvar ansvaret för hemsjukvården och de ca hälften av landets kommuner som finns i dessa län. Förslaget berör dock även övriga landsting och kommuner som måste se över nuvarande ansvarsgränser för att åstadkomma den tydlighet i ansvarsfördelningen som vi syftar till. I det följande motiverar vi förslaget närmare.

Varför ska kommunen ha det samlade ansvaret för hemvården?

Vårt förslag innebär att ansvarsgränserna ändras så att kommunen ska ansvara för en sammanhållen hemvård. Med en sammanhållen hemvård menar vi ansvar för de samlade sociala och medicinska insatserna inklusive habilitering, rehabilitering, hjälpmedel och vissa förbrukningsartiklar, som ska utföras i den enskildes hem, i ordinärt och särskilt boende. I ansvaret ska också ingå dagverksamheter och korttidsplatser. Landstingen ska även i fortsättningen ha ansvaret för läkarinsatser och insatser från specialistsjukvården i hemvården.

Personer som omfattas av hemvården

Befolkningen ska i första hand vända sig till primärvårdens mottagningar och där får den hälso- och sjukvård de behöver. Det finns dock i befolkningen en grupp människor, främst äldre som har stora vård- och omsorgsbehov och som av olika skäl har svårt att förflytta sig till en mottagning. De behöver insatser i sin bostad, ordinärt eller särskilt boende. Hemvården ska ge insatser till dem som oberoende av ålder, sjukdom, funktionsnedsättning eller insatsernas utsträckning över tid, har så stora vård- och omsorgsbehov att de bör tillgodoses i bostaden.

Vi gör inte någon strikt avgränsning av personer med sammanfattade och/eller snabbt föränderliga behov av vård och omsorg då dessa behov inte har samband med vare sig ålder eller antalet diagnoser. Som exempel kan nämnas att en person med tio samtidiga sjukdomsdiagnoser och lika många läkemedel kan klara sig relativt väl och oberoende av hjälp medan en annan person med *en* sjukdom, t.ex. stroke, kan vara helt och hållet beroende av vård och omsorg av andra. Syftet med våra förslag är att klargöra ansvarsgränser för att undvika tvister, revirstrider och parallella organisationer.

Förstärkt kompetens

Det är angeläget att olika yrkesgrupper arbetar i samma organisation för att kunna tillgodose den enskildes vård och omsorgsbehov. Ingen särskild yrkesgrupp har kompetens för att möta alla de be-

hov av vård och omsorg som personer med många och sammansatta sjukdomar har. Genom att personal med social och medicinsk kompetens inklusive rehabilitering arbetar tillsammans ökar förutsättningarna för att sätta samman de komplexa tjänster som den enskilde är i behov av.

Tydliga kompetenskrav måste ställas på all personal med olika uppgifter inom hemvården. Förutom att alla bör ha en grundläggande yrkesutbildning är behovet stort av kompetenshöjande insatser som t.ex. fortbildning och lärande i arbetslivet. Personalen behöver bl.a. kunskaper i gerontologi dvs. det normala åldrandet och i geriatrik dvs. sjukdomar hos äldre samt om läkemedel, hjälpmedel och vård i livets slut m.m.

Det innebär en risk för den som vårdas hemma om den medicinska kompetensen brister. Om den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen arbetar i en annan organisation än undersköterskor och vårdbiträden, vilket är fallet när landstinget har ansvaret för hemsjukvård i ordinärt boende, försvåras förutsättningarna avsevärt att lära känna, instruera och handleda var och en som utför hälso- och sjukvårdsuppgifter. Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal ska kunna bedöma om den enskilde anställde som får delegation att utföra hälso- och sjukvårdsuppgifter har nödvändig kompetens och också finnas till hands för instruktion och handledning.

I dag har kommunens medicinskt ansvariga sjuksköterska ingen möjlighet att påverka rutiner i den hemsjukvård som landstinget ansvarar för. Genom att kommunen får ansvar för en sammanhållen hemvård får de medicinskt ansvariga sjuksköterskorna en möjlighet att svara för att enhetliga rutiner tillämpas för en god och säker vård i såväl särskilt boende som i ordinärt boende.

För många distriktssköterskor i landstingets primärvård innebär förslaget förändrade arbetsformer. Det finns en oro bland distriktssköterskorna för att behöva byta arbetsgivare och behöva välja mellan att arbeta i hemsjukvård eller mottagningsverksamhet. Uppskattningsvis används ungefär hälften av arbetstiden till hemsjukvård. Å andra sidan har distriktssköterskorna redan fått förändrade arbetsvillkor i de kommuner som tagit över ansvaret för hemsjukvård och där hälften av landets befolkning bor. Dessutom är det inte ovanligt att distriktssköterskor i landstingets primärvård också enbart arbetar med hemsjukvård. Vi har inte heller uppfattat att de kommunalt anställda distriktssköterskorna är missnöjda med sina arbetsformer.

Tydligare ansvar för habilitering, rehabilitering och hjälpmedel

Habilitering, rehabilitering och hjälpmedel är integrerade delar av vård och omsorg. Målet är att hjälpa personer med sjukdomar och funktionsnedsättningar att uppnå eller återvinna bästa möjliga funktion och förmåga samt att förbättra förutsättningarna för delaktighet i samhället. Bristande insatser för habilitering och rehabilitering medför en sänkt livskvalitet för den enskilde samt ett ökat behov av t.ex. hemtjänst och platser inom särskilt boende.

Den otydliga gränsdragningen mellan vad landstingen respektive kommunerna ska ansvara för i dag är en viktig orsak till att äldre och andra personer med omfattande vård och omsorgsbehov inte får den habilitering, rehabilitering och de hjälpmedel de behöver. Habilitering och rehabilitering kan sägas vara investeringar för att främja ett oberoende hos individen och förebygga framtida vård- och omsorgsbehov. Incitament för att investera i och göra det som är bäst för individen och samhällsekonomin saknas i de fall landstingen har ansvaret för hemsjukvården eftersom effekten främst tillfaller kommunen i form av minskade behov av hemtjänst och särskilt boende.

Det är angeläget att sjukgymnaster och arbetsterapeuter arbetar inom hemvården tillsammans med undersköterskor och vårdbiträden för att stödja och stimulera individens egen förmåga att utföra dagliga aktiviteter och för att handleda i ett rehabiliterande förhållningssätt. Genom regelbunden fysisk aktivitet minskar även risker för fallskador. Till riskfaktorer hör inaktivitet, nedsatt balans, syn och kognitiv förmåga, yrsel, stor medicinförbrukning m.m.

Vårt förslag innebär att kommunen ska ansvara för habilitering, rehabilitering samt förskrivning av hjälpmedel och förbrukningsartiklar till dem som får insatser inom hemvården. I kommunernas ansvar ska även ingå den bedömning och uppföljning som den enskilde behöver i samband med bostadsanpassning. Landstinget ska ha fortsatt ansvar för den habilitering, rehabilitering och förskrivning av hjälpmedel som sker vid primärvårdens mottagningar eller som kräver sjukhusens medicinska eller tekniska resurser eller annan särskild kompetens. Se vidare precisering av ansvarsfördelningen i kapitlet Sammanhållet ansvar för hemvård – förslag.

För den enskilde är det angeläget att kommunens hemvård, landstingets primärvård och olika specialenheter samverkar om habilitering, rehabilitering och hjälpmedel. Personer som får habi-

litering eller rehabilitering inom hemvården skall som andra kunna få sina behov tillgodosedda av landstingens specialenheter.

Den samverkan mellan kommuner och landsting som förekommer idag med gemensamma mångprofessionella team, samlokaliserad och samfinansierad verksamhet samt gemensam utbildning och handledning av personal är angelägen och bör enligt vår mening utvecklas framöver. På många håll i landet har landsting och kommuner gemensamt skapat enheter för rehabilitering vilka ofta fungerar som en brygga mellan sjukhusvård och kommunal vård.

Hjälpmedel och förbrukningsartiklar

Hjälpmedel och förbrukningsartiklar används till stor del av personer med vård- och omsorgsinsatser i särskilt och ordinärt boende. Brukarna får ofta sina hjälpmedel förskrivna från olika verksamheter och huvudmän och ofta brister det i överföringen av information i vårdkedjan när det gäller behov av hjälpmedel, träning och uppföljning. Det är svårt för dem att veta vart de ska vända sig i olika situationer eftersom det är så många personer som är involverade i bedömning av behov, utprovning, förskrivning, uppföljning och service av hjälpmedel.

Fördelningen av ansvaret för hjälpmedel följer inte alltid ansvaret för habilitering och rehabilitering. Vi anser att ansvaret för hjälpmedel och förbrukningsartiklar ska följa hälso- och sjukvårdsansvaret. Detta innebär att kommunerna ska ha ansvar för förskrivning av hjälpmedel och förbrukningsartiklar i hemvården och landstingen ska ha ansvar för förskrivning av sådana hjälpmedel som kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens. Vidare ska landstingen även i fortsättningen ha ansvar för den förskrivning av hjälpmedel och förbrukningsartiklar som sker vid primärvårdens vårdcentraler.

Kompetens för mindre frekventa hjälpmedel och funktionshinder är inte möjlig att upprätthålla för varje förskrivare. Då hjälpmedel tenderar att bli allt mer tekniskt avancerade finns det över lag ett behov av baskunskap om teknik hos många olika personalgrupper. Det finns ett behov att åstadkomma en kostnadseffektiv verksamhet med hög teknisk kvalitet och kompetens om hjälpmedel. Samordning av inköp, förråd, transporter, teknisk service och tillgång till kompetens blir ekonomiskt lönsamt.

I de flesta län samverkar landsting och kommuner med syftet att kunna driva en kostnadseffektiv och kvalitativt bra hjälpmedelsverksamhet. Där samverkan inte fungerar byggs parallella verksamheter till högre kostnader för kommuner och landsting och med risk för lägre kvalitet på hjälpmedelsverksamheten.

Samverkan om hjälpmedelsverksamhet mellan kommuner och mellan landsting och kommuner är minst lika angelägen även med ett utökat kommunalt ansvar för hjälpmedel inom hemvårdens ram. De flesta kommuner är för små för att kunna bygga upp en kostnadseffektiv hjälpmedelsverksamhet av hög kvalitet och som har tillgång till den specialkompetens som i vissa fall kan behövas. Det är god ekonomi att samverka.

Korttidsplatser och dagverksamheter

För att tillgodose vården och omsorgen om dem, som tillfälligt behöver mer omfattande sociala, medicinska och rehabiliterande insatser än vad som är möjligt att erbjuda i bostaden, har flertalet kommuner inrättat olika former av korttidsboende/korttidsvård. Korttidsboendet beviljas vanligen som bistånd enligt socialtjänstlagen. Begreppet korttidsvård saknar stöd i lagstiftningen men korttidsboende nämns i förarbeten till socialtjänstlagen som en del av de särskilda boendeformerna. Eftersom stödformen korttidsboende inte finns närmare beskriven vare sig i hälso- och sjukvårdslagen eller i socialtjänstlagen finns en oklarhet om hur långt kommunernas ansvar sträcker sig för bl.a. rehabiliterande insatser.

Vi har valt att använda begreppet "korttidsplats". För att skapa klarhet i kommunernas ansvar föreslår vi att korttidsplats införs som en social tjänst i socialtjänstlagen. Kommunerna ska ha motsvarande hälso- och sjukvårdsansvar på korttidsplatser som man har för dagverksamheter och särskilda boendeformer.

Vi menar att tillgången på korttidsplatser kan vara avgörande för att personer med stora behov av rehabilitering och omvårdnad ska kunna återvända hem igen efter en sjukhusvistelse. Korttidsplatser behövs för att erbjuda personer med många och komplexa vårdbehov återkommande rehabiliteringsperioder och som trygghet vid vård i livets slutskede samt för dem som vårdas av sina närstående i hemmet vid tillfälliga försämringar i hälsotillståndet eller för avlastning av närstående.

Dagverksamheter är liksom korttidsplatser ett stöd för den enskilde att kunna bo kvar i den ordinära bostaden trots sjukdomar och funktionshinder. Dagverksamheter kan omfatta olika former av sysselsättning, gemenskap, behandling, rehabilitering m.m. till personer med fysiska och/eller psykiska funktionshinder. Det främsta motivet är ofta avlösning för närstående som vårdar en sjuk make/maka i hemmet. Stöd och avlösning av närstående som vårdar en make/maka i hemmet är ett angeläget men frivilligt åtagande för kommunerna.

Det är angeläget att kommunerna inom hemvårdens ram inrättar korttidsplatser och dagverksamheter för att möjliggöra en trygg och säker vård och omsorg och att landstingen medverkar med läkare från primärvården och med specialistsjukvård. Samverkan mellan kommuner och landsting om korttidsplatser och dagverksamheter är väsentlig.

Kostnadseffektiva lösningar

Ett viktigt motiv för att kommunen ska ansvara för en sammanhållen hemvård är att en huvudman måste kunna disponera de samlade resurserna och kunna både utveckla verksamheten och omfördela resurserna så att de används kostnadseffektivt. Kommunen måste kunna anpassa sin verksamhet till behoven av insatser och kunna fördela sina resurser på ett ändamålsenligt sätt mellan särskilt boende, hemsjukvård i ordinärt boende, dagverksamheter och korttidsplatser utan att en sådan omstrukturering medför ökade kostnader för landstinget.

Det är opraktiskt att landsting och kommuner ska dela på ansvaret för vård och omsorg i den enskildes bostad. Parallella organisationer skapar onödiga kostnader och konstlade behov av samverkan som inte beror på individens behov utan på en oklar ansvarsfördelning och på hur verksamheten är organiserad. Det delade ansvaret medför starka incitament att skjuta över ansvaret till varandra. Som exempel kan nämnas den irritation som landsting med ansvar för hemsjukvård i ordinärt boende känner när kommunen omvandlar sina enheter för särskilt boende till ordinärt boende och landstinget då får överta hälso- och sjukvårdsansvaret.

Tydligt utvecklingsansvar

Våra studier av hemsjukvårdens omfattning, se bilaga 3, och även studier genomförda inom ramen för den så kallade SNAC-studien visar att hemsjukvården i ordinärt boende är mer utbyggd där kommunerna har ansvar för hemsjukvården i ordinärt boende än där landstinget har ansvaret. Se kapitlet Vård och omsorg – fakta-bakgrund om delat ansvar för hälso- och sjukvård. Studierna tyder på att landstingen inte satsat lika mycket resurser på att utveckla hemsjukvården sedan Ädelreformen som kommuner med ansvar för hemsjukvård. Hemsjukvårdens utbyggnad varierar dock avsevärt mellan landsting och mellan kommuner.

Genom att kommunerna får ansvaret för att utveckla verksamheten skapas enligt vår mening tydligare drivkrafter för att göra det som är bäst för individen och för att på sikt forma en bättre vård och omsorg. Kommunen får därigenom långsiktiga förutsättningar för att utveckla en bättre kvalitet i vård och omsorg om personer som behöver både socialt och medicinskt stöd inklusive rehabilitering och hjälpmedel i sin bostad.

En samlad verksamhetsledning

Ledningen av hemvården har en avgörande roll för att stödja utvecklingen av vård och omsorg av god kvalitet. För att skapa en gränsöverskridande kultur och en integrering av medicinska och sociala insatser vilka utförs av många olika yrkeskategorier i samverkan behövs ett tydligt ledningsansvar och gemensamma arenor för erfarenhetsutbyte och kompetensutveckling. Genom att mötas i vardagsarbetet kan personalen lära känna varandra så att inte var och en arbetar på sina villkor.

För att kunna samverka och fatta gemensamma beslut krävs det att såväl mål som ledarskap och roller är tydliga. Om en god samverkan kräver ett ifrågasättande av befintliga strukturer och organisation, ska detta lyftas fram och diskuteras. Den politiska nivån måste klargöra att samverkan mellan verksamheter och yrkesföreträdare ska ha ett individperspektiv med fokus på den enskildes behov. I ledarskapet ingår bland annat att tydliggöra uppdraget, målsättningen och vilka prioriteringar som skall göras inom en verksamhet. Betydligt svårare är det att tydliggöra sambanden mellan huvudmännens olika verksamheter. Erfarenheter från kommuner

och landsting visar att det inte finns några enkla eller självklara sätt. Det krävs en systematiskt driven utvecklingsprocess med en tydlig målinriktning där ledningarna måste besluta sig för att ta ett gemensamt ansvar över olika verksamhetsgränser.

Inte minst behöver undersköterskor och vårdbiträden stöd av en tydlig arbetsledning för att utföra det kvalificerade arbete som det innebär att vårda människor med stora behov av vård och omsorg i deras bostad. En sådan tydlig arbetsledning för både sociala och medicinska insatser inklusive rehabilitering och hjälpmedel kan bäst åstadkommas om hemvården samlas i en organisation där både socialt och medicinskt utbildad personal arbetar tillsammans. Arbetsledarnas uppdrag är även att stödja och stimulera medarbetarna till att arbeta över yrkes- och organisationsgränser. Det finns uttalade behov av kvalificerat stöd från arbetsledare i *en* organisation där både socialt och medicinskt utbildad personal arbetar tillsammans i den enskildes bostad. Utan ett sådant stöd förblir det osäkert om samarbete kan utvecklas och bli ett naturligt arbetssätt.

Ingen sekretessgräns

Hemvård i en samlad organisation innebär att den kommunala socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården i ordinärt och särskilt boende blir ett gemensamt verksamhetsområde. Därmed kommer ingen sekretessgräns att finnas mellan olika delar inom området. Några ändringar av sekretesslagen behövs därför inte.

Läkaransvaret i hemvården

Landstingen har skyldighet enligt hälso- och sjukvårdslagen att erbjuda läkarinsatser till alla invånare. Landstinget ska organisera primärvården så att alla som är bosatta inom landstinget får tillgång till och kan välja en fast läkarkontakt. Tillgång till en fast läkarkontakt gäller även dem som får vård i sin bostad. Läkarens tillgänglighet ska inte vara beroende av om den enskilde kan förflytta sig till vårdcentralens mottagning eller inte.

Personer med sammansatta och/eller snabbt föränderliga vårdbehov som behöver hälso- och sjukvårdsinsatser i sin bostad har större behov av en fast läkare som kan svara för kontinuitet än vad många andra patientgrupper har. Läkaren är en viktig person i teamet med personal som svarar för den enskildes vård och omsorg. Läkarens engagemang har stor betydelse för att patienten och dennes närstående ska känna sig trygga och för att personalen i teamet ska få det stöd de behöver i medicinska frågor. Kontinuerlig medverkan av läkare och god tillgänglighet motverkar akuta utryckningar och gör det möjligt för läkaren att bedöma patienten i dennes egen miljö ur ett helhetsperspektiv. En förbättrad läkarmedverkan kan även förhindra att patienter skickas till sjukhus i fall där de inte behöver sjukhusets resurser. Se vidare i kapitlet Vård och omsorg – faktabakgrund, avsnittet om läkarmedverkan i kommunal vård och omsorg.

I bästa fall är dessa patienter kända av primärvårdens läkare och har en fast läkarkontakt etablerad innan deras vårdbehov blir så omfattande att de måste få hemsjukvård. En förutsättning för att kunna bibehålla läkarkontinuiteten när vårdbehoven ökar är givetvis att varje familjeläkare är beredd att fullfölja sitt patientansvar bl.a. med hembesök även när den enskilde behöver vårdas i sin bostad.

Läkarmedverkan brister

Brister i läkarmedverkan har uppmärksammats allt sedan Ädelreformen genomfördes. Bristerna är ett av de allvarligaste problemen som motverkar möjligheterna att erbjuda den enskilde en trygg och säker vård i bostaden. De ofta svårt sjuka patienterna får alltför sällan träffa läkare och akutbesöken fungerar otillfredsställande. En starkt bidragande orsak är organiseringen av arbetet vid vård-

centralerna som gör att läkare prioriterar patienter som besöker mottagningarna framför att göra hembesök hos svårt sjuka patienter som är inskrivna i hemsjukvården. En sådan prioritering strider mot den av riksdagen fastställda prioriteringsordningen för hälso- och sjukvården (prop.1996/97:60).

Att förbättra läkarmedverkan i kommunal vård och omsorg ingår som en av de viktigaste åtgärderna i den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvård 2002–2004 (prop.1999/2000:149). Handlingsplanens åtgärder är inte tillräckliga även om läkarmedverkan har förbättrats något under de senaste åren. Läkares engagemang i hemvården måste i betydande utsträckning förbättras.

Ska kommunen ha rätt att anställa läkare?

Brister i tillgängligheten till läkare inom kommunal vård och omsorg var några orsaker till att Samverkansutredningen år 2000 (SOU 2000:114) föreslog att kommunerna skulle få befogenhet att själva tillhandahålla läkarinsatser. Syftet med förslaget var att ge kommunerna en laglig möjlighet att tillhandahålla läkarinsatser samtidigt som landstingens ansvar skulle stå kvar oförändrat. Kommunerna skulle inte ha någon skyldighet att tillhandahålla läkare och de skulle själva bekosta eventuella läkarinsatser.

Samtliga landsting och en majoritet av kommunerna avvisade förslaget med motivering att det skulle medföra oklarheter i uppgiftsfördelningen. Bland dem som tillstyrkte förslaget var Socialstyrelsen, Vårdförbundet och Sveriges Läkarförbund. Riksdagen ansåg att frågan borde utredas ytterligare i avsikt att utforma en långsiktig strategi för läkarmedverkan i kommunernas vård och omsorg (prop.2002/03:20) och frågan fördes vidare till denna utredning.

Vi delar uppfattningen att ansvarsfördelningen mellan kommuner och landsting skulle bli oklar om kommunerna också skulle bli huvudmän för läkare. Om kommunen fick rätt att anställa allmänläkare skulle redan nu existerande rekryteringsproblem ytterligare riskera att förvärras, särskilt i glesbygd och på mindre orter. I små kommuner finns inte underlag för läkare som enbart arbetar med hemvård och en sådan organisation skulle riskera att bli sårbar. Att både kommuner och landsting ska anställa läkare är därför inte rea-

listiskt varken ur ett rekryterings- eller samhällsekonomiskt perspektiv.

Landstingen ska ha fortsatt ansvar

Vi har bedömt att landstingen ska ha fortsatt ansvar för alla läkarinsatser i den kommunala hemvården. Det är angeläget att läkarmedverkan följer hälso- och sjukvårdslagens mål om en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen så att patienternas behov av kontinuitet och säkerhet tillgodoses. Läkaren ska ingå i det team som behövs för att tillförsäkra den enskilde vård och omsorg av god kvalitet och genom sin medicinska kompetens vara ett stöd för övriga i teamet kring den enskilde.

Landsting och kommuner ska vara skyldiga att träffa ett skriftligt avtal om tid och former för läkarmedverkan. Som vägledning för vad som ska ingå i ett avtal hänvisar vi till det gemensamma arbete som Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet har tagit fram om läkarmedverkan i kommunernas vård och omsorg. Se vidare i kapitlet Vård och omsorg – faktabakgrund, avsnittet om läkarmedverkan i kommunal vård och omsorg.

I de fall landstinget inte fullföljer sitt åtagande enligt de överenskommelser man gjort med kommunen är det rimligt att kommunerna ska kunna anlita läkare till hemvården. I kommunen bör i sådana fall den medicinskt ansvariga sjuksköterskan svara för att läkarinsatserna fördelas och utnyttjas så att kravet på god vård tillgodoses. Vi menar att landstinget ska ha betalningsansvar även för sådana läkarinsatser dvs. landstinget ska ersätta kommunen för de kostnader den haft för läkarinsatserna.

Specialistsjukvården ska vara en resurs för hemvården

En förutsättning för att hemvården ska kunna erbjuda kvalificerad hälso- och sjukvård i bostaden så att patienterna känner sig trygga är att personal med rätt kompetens kommer till patienten där hon befinner sig. Sjukhusvistelse bör, när den inte är nödvändig, undvikas i så stor utsträckning som möjligt. Flyttningar av sköra äldre personer medför ökad risk för förvirring och förlängda vårdtider och därmed också ökade kostnader för vården. Målet ska vara att

undvika onödiga förflyttningar antingen det gäller ett besök på en läkarmottagning eller en inläggning på sjukhus.

Möjligheter att kunna vårda även svårt sjuka personer utanför sjukhuset är beroende av att behandlingsmetodik och medicinsk teknik för vård i bostaden utvecklas. Allt fler kommer att behöva omfattande vård och omsorg i sin bostad och det gäller fler patientgrupper än äldre. Specialistsjukvården måste därför utvecklas så att den blir en tydlig resurs för hemvården i sin helhet.

Specialister behöver medverka i den kommunala vården och omsorgen som enskilda konsulter eller i team med specialkunskaper i geriatrik, palliativ vård, rehabilitering, nutrition m.m. och verka som stöd för den enskilde och dem som ger vård och omsorg till denne. Sjukhusens specialister behöver med andra ord vara tillgängliga i den öppna vården och i den enskildes bostad tillsammans med dennes läkare och hemvårdens personal i en helt annan utsträckning än i dag. Team och/eller enskilda personer från specialistsjukvården måste kunna samarbeta med hemvårdens personal och bidra med sina kunskaper både för att ge patienten vård av hög kvalitet och svara för kunskapsutveckling. Inte minst nya IT-lösningar bör kunna bidra till en sådan utveckling. Integreringen mellan olika vårdnivåer blir särskilt betydelsefull för de personer som vårdas i sin bostad. Den utveckling som sker av närsjukvård är ett steg i en sådan riktning. Se vidare om närsjukvård i kapitlet Vård och omsorg – faktabakgrund, avsnittet om samverkan om vård och omsorg.

Geriatriskens roll

Specialiseringen medför en risk att patienter som har sammansatta sjukdomar och funktionshinder, som snabbt kan förändras, inte bedöms i ett helhetsperspektiv. Geriatrik som specialitet har en särskild roll att utveckla kunskapen om äldres sjukdomar och har uppdraget att se till den äldres hela sjukdomsbild. Geriatriken har en svag ställning i vården i dag och det finns många frågetecken om hur specialiteten kommer att utvecklas. Se vidare om geriatrisk vård i kapitlet Vård och omsorg – faktabakgrund, avsnittet om landstingens hälso- och sjukvård.

Det finns ett stort behov av att klargöra geriatrikens roll i vården av de äldre. Vi förutsätter att Socialdepartementets pågående översyn av antalet specialiteter i Sverige tar upp geriatrikens roll bland

annat i förhållande till allmänmedicinens uppdrag inom svensk hälso- och sjukvård.

Ekonomiska styrmedel

Landstingens budgetprocesser och ekonomiska styrning beaktar inte tillräckligt att enskilda hembesök inom hemsjukvården tar längre tid och därför kostar mer än ett besök på läkarens mottagning. Det saknas ekonomiska incitament för primärvårdens läkare att genomföra hembesök. Landstingen bör i större utsträckning kunna konstruera ekonomiska styrmedel på sådant sätt att hembesök inte missgynnas ekonomiskt i förhållande till patientbesök på mottagning.

Vi har i kapitlet Vård och omsorg – faktabakgrund i avsnittet om läkarmedverkan i kommunal vård och omsorg redovisat några exempel på att en medveten satsning på läkarmedverkan inom hemsjukvården innebär färre akuta besök och intagningar på akutsjukhus. Genom att prioritera läkare i hemsjukvården som aktivt deltar i den enskildes vård och omsorg med såväl planerade som akuta hembesök kan landstingen minska eller hålla tillbaka ökningarna av sina kostnader för akutsjukhusen. Det bör därför vara god ekonomi för landstingen att satsa på läkarmedverkan i hemvården.

Samverkan mellan landsting och kommun

Samverkan över organisationsgränser kommer alltid att vara en förutsättning för god vård och omsorg oberoende av hur ansvarsgränserna dras. Även med ett tydligt kommunalt ansvar för hemvården finns ett fortsatt stort behov av att samverka mellan kommunens vård och omsorg och landstingets hälso- och sjukvård.

Kommuner och landsting har ett ansvar för att skapa gemensamma mål, en ökad grad av samsyn och ett gemensamt förhållningssätt oavsett organisation. Om samverkan skall uppfattas som angelägen och bestående över tid måste fokus flyttas från den egna begränsade uppgiften och de egna kostnaderna till det gemensamma uppdraget kring en patients samlade behov. Det behövs starka positiva incitament i en organisation som uppmuntrar till gränsöverskridande arbetssätt. Ett vanligt problem är att sådana incitament saknas. Tvärtom skapar otydliga uppdrag och en oklar ansvarsfördelning osäkerhet, diskussioner och tvister.

Trots en god vilja från både landsting och kommuner hamnar de alltför ofta i konfrontation och förhandlingar när ekonomin är pressad. Det finns flera exempel på att samverkan inte vilar på en långsiktigt stabil grund. Dålig ekonomi med besparingskrav tycks paradoxalt nog försvåra i stället för att stimulera samverkan trots att båda parter skulle kunna dra ekonomiska fördelar av att samverka.

Landsting och kommuner ska samverka kring vården och omsorgen av enskilda personer

Med syftet att tydliggöra kraven på samverkan och att ge stimulans till kommuner och landsting att utveckla samverkan kring den enskildes vård och omsorg föreslår vi att en bestämmelse förs in i hälso- och sjukvårdslagen. Enligt denna ska landsting och kommuner samverka kring vården och omsorgen av enskilda personer som behöver integrerade insatser från specialistsjukvården, landstingets primärvård och kommunens hemvård. Genom att kravet på samverkan skrivs in i hälso- och sjukvårdslagen vill vi markera att en fortsatt utveckling av samverkan och gemensamt ansvarstagande för den enskildes vård är angelägen och nödvändig.

Ett landsting och en kommun ges befogenheter att medverka i varandras verksamheter

Med stöd av kommunallagen (1991:900) får kommuner och landsting genom en gemensam nämnd tillsammans fullgöra uppgifter. För att bilda en gemensam nämnd med stöd av kommunallagen krävs att var och en av huvudmännen har befogenhet att driva den verksamhet som man samverkar om inom ramen för den gemensamma nämnden. Med denna lagstiftning inom vård och omsorg har landsting och kommuner endast befogenheter att var för sig bedriva hemsjukvård i ordinärt boende. Det gör att kommunallagens bestämmelser i mycket begränsad utsträckning är tillämpliga för samverkan om vård och omsorg.

Begränsningen av kommunallagens tillämpning är ett skäl till att kommuner och landsting har fått särskilda befogenheter enligt lagen (2003:192) om gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet. Enligt denna lag kan kommuner och landsting samverka om verksamheter som man var för sig har befogenhet att bedriva. Däremot ger lagen inte någon möjlighet för en huvudman att överta uppgifter från en annan huvudman. Inte heller kan i en gemensam nämnd enbart ingå uppgifter som uteslutande tillhör den ena huvudmannens område. Att bilda en gemensam nämnd för en eller flera verksamheter öppnar alltså möjligheterna för kommuner och landsting att samverka om den hälso- och sjukvård landstinget ska svara för och den vård och omsorg kommunen ska svara för. Kommuner och landsting kan således enligt denna lag bedriva primärvård i samverkan där kommunen för in sitt ansvar för hemsjukvård och landstinget sitt ansvar för mottagningsverksamhet och läkare. Förutsättningen är att man tillsammans bildar en gemensam nämnd.

I Sverige finns i dag fem gemensamma nämnder inom vård och omsorg med stöd av 3 kap. 3 a § kommunallagen (1991:900). Fyra av dessa nämnder avser samverkan om hjälpmedelsverksamhet och en samverkan kring rehabilitering och hjälpmedel.

En gemensam nämnd medför en politisk och administrativ överbyggnad. Denna kan i vissa fall uppfattas som onödig för de verksamheter som landsting och kommunen önskar samverka kring. Det ska vara möjligt för kommuner och landsting att tillsammans bedriva verksamheter för t.ex. rehabilitering eller palliativ vård utan att behöva inrätta en gemensam nämnd. Kommunen kan till exem-

pel inrätta en enhet med korttidsplatser där landstingen medverkar med specialistresurser.

Vård- och omsorgsplanering

Idag finns en reglering i lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård om att vårdplanering ska ske i samband med att en person med fortsatta vård och omsorgsbehov skrivs ut från sjukhus. En patient är utskrivningsklar när den behandlande läkaren bedömt att patienten inte längre behöver vård vid en enhet inom landstingets slutna hälso- och sjukvård. En förutsättning för att kommunen ska ha betalningsansvar för utskrivningsklara patienter är att en vårdplan är upprättad.

Vi har valt att använda begreppet *vård- och omsorgsplanering*. Det är viktigt att en vård- och omsorgsplanering genomförs för varje person som har sammansatta vård- och omsorgsbehov och som behöver insatser från flera verksamheter och yrkesföreträdare. Det finns behov av vård- och omsorgsplanering även i många andra situationer än i samband med utskrivning av patienter från sjukhus. För personer med sammansatta behov av vård och omsorg är det angeläget att de sociala och medicinska behoven inklusive habilitering, rehabilitering och hjälpmedel bedöms och tillgodoses i ett helhetsperspektiv. Det innebär att en person som begär eller ansöker om bistånd även ska få en prövning av behovet av hälso- och sjukvårdsinsatser.

Vård och omsorgsplanering är lika viktig oavsett om den initieras i den slutna vården, landstingets primärvård eller inom kommunal vård och omsorg. Det är viktigt både för den enskilde och för kommun och landsting att kunna konstatera vem som vid en viss tidpunkt ska ha ansvaret för den hälso- och sjukvård som den enskilde behöver. Det bör därför vara ett ansvar för såväl kommunen som landstinget att ta initiativ till att vård- och omsorgsplanering inleds när någon behöver vård och omsorg i ordinärt eller särskilt boende.

Det är angeläget att en vård- och omsorgsplan upprättas för de sociala och rehabiliterande insatser som beviljas enligt socialtjänstlagen och de insatser som beviljas enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade samt för de medicinska insatser, inklusive habilitering, rehabilitering och hjälpmedel som kommunen och landstinget ska anordna enligt hälso- och sjukvårdslagen.

Den enskilde och/eller dennes närstående skall alltid när så är möjligt delta i vård- och omsorgsplaneringen och även stödinsatser till närstående som vårdar en anförvant bör ingå. Vilka yrkesgrupper som bör medverka i planeringen måste avgöras av individuella behov i den enskilda situationen. Vid bedömning av behov av rehabilitering är medverkan av sjukgymnaster och arbetsterapeuter väsentlig. Även insatser från andra myndigheter och organisationer ska ingå. Planen ska följas upp och utvärderas fortlöpande, minst en gång om året, och omprövas vid behov.

Kontaktperson/samordnare

Det är angeläget att kommunen i samband med vård- och omsorgsplaneringen utser *en* namngiven person som ska vara kontaktperson/samordnare för varje individ och som ska ha ett särskilt ansvar att stödja den enskilde och dennes närstående. Kontaktpersonen skall ha arbetsledningens uppdrag att följa upp att biståndsbeslut och hälso- och sjukvårdsinsatser inklusive habilitering, rehabilitering och hjälpmedel genomförs samt kunna påkalla hjälp och initiera en ny vård- och omsorgsplanering när så behövs. Vem som utses till kontaktperson bör kunna variera beroende på omfattningen av behovet av vård och omsorg.

Gemensam information om patienten

Förändringen av svensk hälso- och sjukvård både genom Ädelreformen och utvecklingen under 1990-talet har bidragit till att det blivit svårt att dra en tydlig gräns mellan verksamheter som bedrivs enligt socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen. Sekretessregler har också försvårat informationsöverföring och tillgång till nödvändig gemensam information om den enskilde patienten.

I Socialtjänstutredningens slutbetänkande (SOU 1999:97) konstaterade utredaren att det finns ett behov av att samordna vissa regler i socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen för att få en tydligare samlad lagreglering av omsorger om äldre och funktionshindrade. Utredaren ansåg emellertid då att frågan om en eventuell vård- och omsorgslag, i syfte att få en samlad reglering gällande sociala och medicinska insatser, är så komplex att den fordrar en särskild översyn.

Tillgång till information om en patients vård och omsorg är särskilt angelägen när behoven av vård och omsorg är sammansatta och snabbt föränderliga. En gemensam journal för all vård och omsorg som en patient får skulle avsevärt underlätta för dem som ska planera och svara för olika insatser samtidigt som möjligheterna att erbjuda en god och säker vård och omsorg skulle förbättras avsevärt. En gemensam information som är tillgänglig var patienten än befinner sig i vården skulle också innebära administrativa vinster. IT-tekniken möjliggör en sådan utveckling. Datorbaserade journaler är exempel på tillämpning av IT-stöd.

Staten planerar en översyn av patientjournalagen. Det är angeläget att denna översyn överväger möjligheterna till en gemensam journal för all vård och omsorg som en patient får.

Forskning och utveckling

Det finns ett stort behov av en långsiktig kunskapsuppbyggnad när det gäller teorier, metoder och tillämpning av vård och omsorg om personer med sammansatta och/eller snabbt föränderliga behov och personer med omfattande funktionshinder. Tillgången till statistik och möjligheterna till uppföljning av vård och omsorg över organisationsgränser bör även förbättras. Behovet är också stort av områdesdatabaser för longitudinella studier. De kan göra det möjligt att över tiden följa de äldres hälsa, funktionsförmåga och behov av vård och omsorg samt hur dessa behov tillgodoses genom insatser av anhöriga, kommun och landsting.

Programstöd och anslag

Forskningsråden och andra berörda forskningsfinansiärer bör prioritera forskning kring personer med sammansatta och/eller snabbt föränderliga behov av vård och omsorg. Finansiärer bör även inrätta programstöd till projekt inom området.

Regionala FoU-centra

Kommuner och landsting har med stöd av statliga stimulansbidrag byggt upp regionala FoU-centra inom äldreområdet. Syftet är att få till stånd en långsiktig kunskaps- och kompetensuppbyggnad för att främja hög kvalitet och effektivt resursutnyttjande. Verksamheten vid de regionala FoU-centra är angelägna för den lokala kunskapsutvecklingen av vård och omsorg om äldre och som ett led att stärka samarbetet mellan forskning, utbildning och praktik.

Regionala FoU-centra har en viktig uppgift när det gäller att samla och sprida resultat av forsknings- och utvecklingsarbete så att de kommer till praktisk användning. De skulle bl.a. kunna fungera som mottagarorganisationer för nationella riktlinjer och andra evidensbaserade underlag och i samverkan med landsting och kommuner stimulera till att dessa omsätts i det lokala förnyelsearbetet. Enligt utredningen om innovativa processer (SOU 2003:90) behöver vård- och omsorgspersonalens koppling till forskningen förstärkas. Disputerad personal behöver tas till vara som en kompetensresurs på ett bättre sätt än hittills.

Socialstyrelsen bedömer i en lägesrapport att regionala FoU-centra sannolikt håller på att utvecklas till en länk mellan praktisk äldreomsorg och högskola. Många verksamheter är emellertid under etablering och flera centra kommer att ha svårt att fortleva om finansieringen försämras. Statens stöd enligt den nationella handlingsplanen för hälso- och sjukvården upphör i och med utgången av år 2004 och något beslut om hur statsbidragen ska utformas framöver finns inte.

Det finns ett behov av fortsatt ekonomiskt stöd från staten. Den långsiktiga finansieringen av regionala FoU-centra inom äldreområdet är angelägen.

Uppföljning och utvärdering av verksamheter över organisationsgränser

De verksamheter i kommuner och landsting som har starka samband studeras alltför ofta isolerade från varandra varigenom möjligheter till kostnadseffektiva lösningar av god kvalitet blir onödigt svåra att identifiera och genomföra. I den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvård (prop.1999/2000:149) fick Socialstyrelsen uppdraget att utveckla system för verksamhetsuppföljning av vård och omsorg över organisationsgränser. Detta uppdrag ska vara slutfört år 2004.

Det finns ett fortsatt stort behov av att Socialstyrelsen och sjukvårdshuvudmännen långsiktigt utvecklar möjligheterna till uppföljning och utvärdering av de samlade effekterna av vård och omsorg över organisationsgränser. Uppföljningar/utvärderingar bör enligt vår mening även kunna diskuteras i samband med planering av forskning och utveckling vid FoU-enheterna i landet.

System för uppföljning av hjälpmedelsverksamheten

Vi har i försöken att beräkna kostnaderna för den hjälpmedelsverksamhet som enligt våra förslag ska överföras från landsting till kommuner uppmärksammat bristen på struktur för kostnadskontroll och uppföljning av kostnader för hjälpmedel. Det finns ett behov av att strukturera kostnaderna på likartat sätt för att kunna ta fram nyckeltal som grund för jämförelser mellan landsting och

kommuner. I vårt kapitel om konsekvenser av utredningens förslag skissas en sådan struktur.

Hjälpmedelsinstitutet bör tillsammans med sjukvårdshuvudmännen kunna utarbeta en struktur för uppföljning av hjälpmedelskostnaderna som innefattar en uppbyggnad och förvaltning av statistik över kostnader för hjälpmedelsverksamhet.

3 Sammanhållet ansvar för hemvård – förslag

I detta kapitel redovisar vi utredningens förslag och de ändringar i hälso- och sjukvårdslagen, socialtjänstlagen och lagen om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård samt lagen om läkemedelsförmåner som följer av förslagen. Förslagen avser åtgärder för att åstadkomma en sammanhållen hemvård med kommunen som huvudman, förstärka läkarmedverkan i hemvården, förbättra samverkan om den enskildes vård och omsorg samt utveckla forskning och utveckling. Förslagen innebär att verksamheter ska överföras från landsting till kommuner och att resursöverföringen ska ske genom skatteväxling. Vidare ska landsting och kommuner avtala om läkarmedverkan i kommunal vård och omsorg samt samverka om fortsatta gemensamma åtaganden.

Syfte med förslagen

Mål:

Den enskilde ska i sin bostad kunna erbjudas vård och omsorg av god kvalitet, som garanterar trygghet och kontinuitet. Individens samlade behov av sociala och medicinska insatser ska kunna tillgodoses.

Det ska finnas en långsiktigt stabil och nationell grundstruktur för ansvarsfördelningen mellan kommuner och landsting för sociala och medicinska insatser inklusive habilitering, rehabilitering, hjälpmedel och vissa förbrukningsartiklar. En tydlig ansvarsfördelning ska inte hindra kommuner och landsting att anpassa organisationen av vård och omsorg till lokala förhållanden.

Kommuner och landsting ska samverka om vård och omsorg av äldre och andra personer med sammansatta och/eller snabbt föränderliga vård- och omsorgsbehov.

Förstärkt kompetens för vård och omsorg i bostaden

Våra förslag syftar till att åstadkomma ett sammanhållet ansvar för vården och omsorgen om äldre och andra personer som har sammansatta och/eller snabbt föränderliga vård- och omsorgsbehov. Det gäller personer som oberoende av ålder, diagnos eller funktionsnedsättning behöver vård och omsorg i sin bostad, i ordinärt boende eller i särskilt boende. De ska kunna få kvalificerade sociala och medicinska insatser inklusive habilitering, rehabilitering, hjälpmedel och förbrukningsartiklar i såväl särskilt som i ordinärt boende och ha en fast läkarkontakt i primärvården som svarar för kontinuitet och trygghet för den enskilde och dennes närstående. Samverkan ska ske med specialistsjukvården som ska medverka i och vara en resurs för hemvården. Olika yrkesföreträdare ska samarbeta för att tillgodose den enskildes samlade behov av vård och omsorg. Syftet är att vård och omsorgspersonal ska ha bättre förutsättningar att ta ansvar för dem som vårdas i ordinärt och särskilt boende och medverka till att kvaliteten i vården utvecklas.

En långsiktig och stabil ansvarsfördelning

Det ska finnas en nationellt enhetlig grundstruktur med en enhetlig ansvarsfördelning och med så få oklara gränssnitt och gråzoner som möjligt. Oklarheter om ansvar och resurser mellan landsting och kommuner som är direkta hinder för att utveckla en god vård som utmärks av trygghet och kontinuitet för den enskilde ska minimeras. Det ska finnas ett tydligt ansvar för individens samlade behov oberoende av om det är sociala insatser enligt socialtjänstlagen (2001:453), insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (1993:387) eller medicinska insatser, inklusive habilitering, rehabilitering, hjälpmedel och förbrukningsartiklar enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

Samverkan mellan huvudmännen

Syftet med våra förslag är att stimulera kommuner och landsting till att ta ett helhetsansvar för vården och omsorgen av personer med sammansatta och/eller snabbt föränderliga vårdbehov och åstadkomma ett integrerat arbetssätt över organisationsgränserna. För att den enskilde ska vara trygg i kontakten med vården och

omsorgen krävs att sjukhusens olika enheter, den enskildes familjeläkare och kommunens vård och omsorg samverkar. Det krävs att arbetssätt och rutiner utvecklas med syftet att tillgodose den enskildes behov, inte minst gäller det vård- och omsorgsplaneringen.

Kommunens ansvar för en sammanhållen hemvård

Förslag:

Kommunen ska i en sammanhållen hemvård ansvara för de samlade sociala och medicinska insatserna inklusive rehabilitering och hjälpmedel.

- Kommunen ska ha ansvar för hälso- och sjukvård i ordinärt och särskilt boende (18 § första stycket HSL).
- Korttidsplats införs som en social tjänst (3 kap. 6 § SoL).
- Kommunen ska ha ansvar för hälso- och sjukvård i dagverksamheter och korttidsplatser enligt socialtjänstlagen samt i daglig verksamhet och korttidsvistelse utanför det egna hemmet enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (18 § andra stycket HSL)
- Ansvaret omfattar även habilitering, rehabilitering, hjälpmedel och vissa förbrukningsartiklar (18 b och 18 c §§ HSL).
- Kommunens ansvar omfattar inte läkarinsatser och inte sådan hälso- och sjukvård som kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens (18 § tredje stycket HSL).
- Landstingens befogenhet att, på kommunens begäran, erbjuda läkemedel kostnadsfritt ska även omfatta korttidsplatser (18 d § tredje stycket HSL).
- Ansvaret ligger på vistelsekommunen. Bestämmelser om att annan kommun i vissa fall har kostnadsansvar införs (19 § HSL).

Hemvård som begrepp

Vi föreslår att begreppet hemvård ska omfatta hemtjänst i socialtjänstlagen och insatser i bostaden enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) samt hemsjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen. Hemvård inbegriper alltså de integrerade sociala och medicinska insatserna inklusive rehabilitering, hjälpmedel och förbrukningsartiklar som den enskilde behöver i sin bostad. Med bostad avses såväl ordinärt som särskilt boende. Med särskilt boende avses sådant boende som beviljas enligt socialtjänstlagen och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade.

Till hemvården hör dagverksamheter och korttidsplatser enligt socialtjänstlagen samt daglig verksamhet och korttidsvistelse utanför det egna hemmet enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade.

Personer som omfattas av hemvården

Vi föreslår att kommunens ansvar ska omfatta dem, som oberoende av ålder, sjukdom, funktionsnedsättning eller insatsernas utsträckning över tid, har så stora vård- och omsorgsbehov att de måste tillgodoses i bostaden. Det är individens samlade behov av vård och omsorg i bostaden som sätter gränserna för hemvårdens ansvarsområde. Behoven av insatser avgörs som regel i en vård- och omsorgsplanering. Ansvaret ska även gälla personer som uppenbart behöver insatser i bostaden, men för vilka någon vård- och omsorgsplan inte har upprättats. Det kan gälla tillfälliga behov av hälso- och sjukvårdsinsatser eller att den enskilde inte har accepterat att en vård- och omsorgsplanering får genomföras.

Kommunernas hälso- och sjukvårdsansvar

Vi föreslår att kommunernas hälso- och sjukvårdsansvar i hemvården ska omfatta sådana insatser som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens. Kommunens ansvar ska således omfatta sådan hälso- och sjukvård som normalt sker inom primärvården och som den enskilde behöver i boendet med undantag av läkarinsatser, som landstinget ska svara för.

Av förslaget om ett samlat ansvar för hemvård följer att ändringar behöver ske i hälso- och sjukvårdslagen i fråga om vilken huvudman som ska ha ansvar för olika hälso- och sjukvårdsinsatser.

Kommunerna har i dag ansvar för hälso- och sjukvård i särskilda boendeformer för service och omvårdnad och bostäder med särskild service enligt 5 kap. 5 § andra stycket och 7 § tredje stycket SoL samt för dem som efter kommunens beslut placerats i en motsvarande enskild boendeform eller bostad som anges i 7 kap. 1 § första stycket 2 SoL. Ingen ändring ska ske i detta ansvar. Som framgår av uttalandet i prop. 1992/93:129 sid. 182 ska insatserna bostad med särskild service för barn och ungdomar och bostad med särskild service för vuxna enligt 9 § 8 och 9 LSS även vara sådana bostäder med särskild service som anges i 5 kap. 7 § tredje stycket SoL. Av lagtexten framgår emellertid inte att så är fallet varför 18 § första stycket bör utformas så att det är tydligt att ansvaret för hälso- och sjukvård i nämnda boendeformer enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade ligger hos kommunen.

Kommunerna ska också ha ansvar för den hälso- och sjukvård som var och en som vistas i kommunen kan behöva i ordinärt boende samt boende i andra särskilda boendeformer eller bostäder än vad som anges i föregående stycke. Det ska dock vara fråga om boendeformer eller bostäder enligt socialtjänstlagen eller lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade som kommunen driver eller som drivs av andra vårdgivare. I hem för vård eller boende som drivs av Statens institutionsstyrelse är det landstinget som svarar för den hälso- och sjukvård som den enskilde behöver. Landstinget svarar även för hälso- och sjukvård i hem för vård eller boende enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade. Vi avser inte ändra på detta förhållande.

Den enskildes behov av hälso- och sjukvård i boendet ska framgå av en vård- och omsorgsplan som ska upprättas med stöd av 11 kap. 4 a § SoL eller 26 f § HSL eller individuell plan enligt 10 § LSS.

Korttidsplatser

De flesta kommuner har inom ramen för särskilt boende inrättat olika former av ”korttidsboende”. Ett sådant ”boende” är en individuellt beslutad insats enligt socialtjänstlagen och utgör ett stöd för den enskilde att kunna bo kvar i den ordinarie bostaden trots sjukdomar och funktionshinder. Någon reglering av denna

stödform finns emellertid inte. Vi föreslår att begreppet *korttidsplats* införs som beteckning på vad som ibland kallas korttidsboende eller korttidsvård och att kommunernas ansvar för att inrätta korttidsplatser skrivs in i socialtjänstlagen.

Användningsområdet för korttidsplats har större likhet med sådana sociala tjänster som finns angivna i 3 kap. 6 § SoL än med boende eller särskild vård och behandling. En bestämmelse om korttidsplats föreslås därför införd i denna paragraf. Det är inte ovanligt att även korttidsplatser drivs i enskild regi. En bestämmelse om detta föreslås därför införd i 7 kap. 1 § första stycket SoL.

Hälso- och sjukvård i korttidsplatser, dagverksamheter och andra öppna verksamheter

I dag har kommunerna skyldighet att erbjuda en god hälso- och sjukvård till dem som vistas i en sådan dagverksamhet som omfattas av 3 kap. 6 § SoL. Som framgår av uttalandet i prop. 1992/93 sid. 182 ska insatsen daglig verksamhet enligt 9 § 10 LSS anses vara daglig verksamhet enligt socialtjänstlagen. Det framgår emellertid inte direkt av lagtexten varför det finns anledning till ett förtydligande på denna punkt. Vi föreslår att kommunerna därutöver får ansvar för hälso- och sjukvård i korttidsplatser enligt socialtjänstlagen. Vi föreslår vidare att kommunerna får ansvar för hälso- och sjukvård i korttidsvistelse utanför det egna hemmet enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade. 18 § andra stycket HSL föreslås utformad i enlighet med vad nu anförts.

Landstinget ska dock självfallet svara för hälso- och sjukvård i sådana verksamheter enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade som landstinget driver själv.

Avgränsning av ansvar gentemot landstingen

Landstingen ska ha ansvar för alla läkarinsatser. Bestämmelsen om detta finns enligt förslaget i 18 § tredje stycket HSL. Landstingen har vidare ansvar för mottagningsverksamhet inom primärvården, slutna vård samt öppen specialistsjukvård.

Primärvård

För personer som bor i särskilda boendeformer eller bostäder med särskild service enligt 5 kap. 5 § andra stycket, 5 kap. 7 § tredje stycket eller 7 kap. 1 § första stycket 2 SoL gäller att de alltid har rätt att få hälso- och sjukvård genom kommunens försorg i boendet.

De som bor i andra särskilda boendeformer eller i ordinärt boende ska i första hand vända sig till primärvårdens mottagningar. Det gäller även äldre och funktionshindrade personer.

Vårt förslag innebär att kommunen även ska ha ansvar för den hemsjukvård i ordinärt boende som i dag ingår i landstingets primärvård. Undantag är läkarinsatser för hemsjukvård som ska vara landstingens ansvar. I landstingens ansvar ingår således även i fortsättningen alla läkarinsatser, all mottagningsverksamhet och det förebyggande folkhälsoarbetet.

Specialistsjukvård

Landstingen har ansvar för all specialistsjukvård, det vill säga verksamhet som kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan hälso- och sjukvård som kräver särskild kompetens, även i de fall den organiseras inom landstingets primärvård. I landstingens ansvar ingår att medverka i hemvården med den kompetens som behövs för att erbjuda den enskilde en god och säker vård i ordinärt boende och i särskilt boende. Bestämmelsen i 18 § tredje stycket HSL har utformats så att det framgår att kommunen inte ska ha ansvar för sådan hälso- och sjukvård som nu sagts.

Habilitering, rehabilitering, hjälpmedel och förbrukningsartiklar

Med ansvaret för hälso- och sjukvård följer ansvar för habilitering, rehabilitering och hjälpmedel samt skyldigheten att erbjuda förbrukningsartiklar. Kommunerna ska alltså ha ansvar för dessa insatser i särskilt boende, ordinärt boende, dagverksamheter och korttidsplatser enligt socialtjänstlagen samt daglig verksamhet och korttidsvistelse utanför det egna hemmet enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade. 18 b och 18 c §§ HSL har utformats i överensstämmelse härmed.

Kommunerna ska ansvara för de hjälpmedel och förbrukningsartiklar som förskrivs av kommunal hälso- och sjukvårdspersonal. I ansvaret ingår insatser som hör samman med bedömning och uppföljning av bostadsanpassning. Kommunens hemvård ska uppmärksamma att den enskilde får den bostadsanpassning och de hjälpmedel som denne behöver.

Landstingen ska ha ansvar för alla läkarinsatser som avser rehabilitering, rehabilitering och hjälpmedel och sådana insatser som kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens. Vidare ska landstingen även i fortsättningen ha ansvar för den rehabilitering, rehabilitering och förskrivning av hjälpmedel som sker vid primärvårdens mottagningar.

Landstingets ansvar ska således även i fortsättningen omfatta all barnrehabilitering och hjälpmedel till barn eftersom den kräver särskild kompetens. Vidare ska landstinget ha ansvar för rehabilitering, rehabilitering och förskrivning av hjälpmedel som utförs av specialenheter som syn- och hörcentraler, ortopedtekniska avdelningar, rehabiliteringskliniker, geriatriska enheter med flera verksamheter. Den särskilda kompetens som krävs för rehabilitering och rehabilitering av personer som tillhör LSS målgrupp ska vara ett fortsatt ansvar för landstingen, något som LSS- och hjälpmedelsutredningen anser (S 2001:06, dir. 2001:81, 2002:20, 2003:111).

I de fall hjälpmedel och förbrukningsartiklar förskrivs av hälso- och sjukvårdspersonal i landstingets öppna eller slutna vård har landstinget kostnadsansvar för hjälpmedlet eller förbrukningsartikeln.

Vistelsekommunens ansvar – placeringskommunens ansvar

Vårt förslag är att ansvaret för hälso- och sjukvård i ordinärt och särskilt boende ska samordnas med ansvaret för sociala insatser. Det innebär att alla insatser inom hemvården utom läkarinsatser kommer att åvila vistelsekommunen.

I vissa fall har en annan kommun än vistelsekommunen ansvaret för sociala insatser (16 kap. 2 § SoL). I dessa fall ska också kostnadsansvaret för hälso- och sjukvård åvila den kommunen. En bestämmelse om detta tas in i 19 § första stycket HSL.

Enligt 17 a § LSS får en kommun om särskilda skäl föreligger träffa avtal om kostnadsansvar för vissa insatser för en enskild som inte är eller inte kommer att vara bosatt i kommunen. Bestämmel-

sen öppnar möjlighet för en kommun att med bibehållet kostnadsansvar kunna ge en person insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade i annan kommun. Ett avtal som avses i 17 a § LSS bör även kunna omfatta kostnaderna för de hälso- och sjukvårdsinsatser som personen behöver. En bestämmelse om detta tas in i 19 § andra stycket HSL.

Läkemedel

Vi föreslår att den befogenhet som landstingen har i dag att, efter framställan av kommun inom landstinget, kostnadsfritt erbjuda läkemedel ur ett läkemedelsförråd till dem som får hemsjukvård i särskilda boendeformer vidgas till att även omfatta personer i ordinärt boende och personer som beviljats korttidsplats. Det handlar främst om läkemedel för speciella och akuta situationer och inte om läkemedel för vilka patienterna har en stående ordination. Landstingen får alltså befogenhet att kostnadsfritt erbjuda läkemedel ur sådana förråd till alla som får hälso- och sjukvård i ordinärt och särskilt boende samt vid korttidsplatser. Landstingens kostnadsansvar för läkemedel ändras inte genom våra förslag. Bestämmelserna i 18 d § tredje och fjärde styckena har utformats i överensstämmelse härmed.

Vårdavgifter

Den enskildes avgifter för alla insatser i hemvården enligt såväl socialtjänstlagen som hälso- och sjukvårdslagen ska begränsas av det högkostnadsskydd som gäller för avgifter till kommunal vård och omsorg. I anledning härav har 8 kap. 5 § SoL samt 26 och 26 a §§ HSL fått ändrade lydelse.

Ansvar för läkare i hemvården

Förslag:

Landstinget ska fortsatt vara huvudman och ha finansieringsansvar för läkarinsatser i hemvården.

- Landstinget ska avsätta läkarresurser för medverkan i hemvården. Insatserna ska vara sådana att patienternas krav på kontinuitet och säkerhet tillgodoses och att de har möjlighet att välja en fast läkarkontakt (26 c § HSL första stycket).
- Landsting och kommuner ska vara skyldiga att årligen ingå avtal om omfattning i tid och former för denna läkarmedverkan (26 c § HSL andra stycket).
- Om ett landsting inte fullgör sin skyldighet enligt avtalet att till kommunens hemvård avsätta läkartid har en kommun befogenhet att anlita läkare och avgöra hur läkarinsatserna ska användas för hemvårdens behov med landstinget som betalningsansvarig (26 c § tredje stycket HSL).
- Medicinskt ansvarig sjuksköterska i kommunen svarar för att de läkarinsatser som kommunen anlitar fördelas och utnyttjas så att kravet på god vård tillgodoses (24 § första stycket 4 HSL).
- Regeringen eller – med regeringens medgivande – Socialstyrelsen får meddela föreskrifter om kontinuitet och säkerhet (26 c § fjärde stycket HSL).
- Socialstyrelsen föreslås få i uppdrag att följa upp och utvärdera att läkarmedverkan i hemvården utvecklas så att den enskilde får en god hälso- och sjukvård i boendet.

Bedömning:

- Staten bör i översyn av läkarspecialiteter ta upp geriatrikens roll och beakta samverkan mellan geriatrik och allmänmedicin.
- Landstingen bör konstruera ekonomiska ersättningssystem så att hembesök av läkare inte missgynnas i förhållande till patientbesök på vårdcentralens mottagningar.

Läkarmedverkan i hemvården

Landstinget har, enligt hälso- och sjukvårdslagen, ansvar för att erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta i landstinget. I ansvaret ingår att organisera primärvården så att alla som är bosatta inom landstinget får tillgång till och kan välja en fast läkarkontakt. Vi föreslår ingen ändring av detta ansvar.

Landstingen ska organisera primärvården så att alla som är bosatta inom landstinget kan välja en fast läkarkontakt som har specialistkompetens i allmänmedicin. Om den enskilde inte kan ta sig till den vårdcentral där hans eller hennes läkare finns ska läkaren när så behövs besöka patienten i bostaden. Det gäller såväl i ordinärt som i särskilt boende och för både planerade och akuta insatser. I läkarens uppgift ska även ingå att kunna svara för konsultationer och handledning av hemvårdens personal.

Läkarmedverkan ska följa hälso- och sjukvårdslagens mål. Vården ska vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen, vara lätt tillgänglig, bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet, främja goda kontakter samt så långt möjligt utformas och genomförs i samråd med patienten. De principer för prioriteringar inom hälso- och sjukvården som riksdagen har beslutat (prop. 1996/97:60) ska gälla dvs. vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har störst behov av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården.

Läkarmedverkan i hemvården ska vara sådan att patienternas behov av kontinuitet och säkerhet tillgodoses. Landstinget ska avsätta den läkartid som behövs för hemvården.

Landstingens skyldighet att svara för läkarmedverkan i den kommunala hemvården regleras i en ny 26 c § första stycket HSL under en ny delrubrik ”Samverkan” under huvudrubriken ”Gemensamma bestämmelser om landstingens och kommunernas hälso- och sjukvård”.

Landsting och kommuner ska avtala om läkarmedverkan

Landstinget och kommunerna inom landstingsområdet ska årligen träffa avtal om omfattningen i tid och formerna för läkarinsatser i hemvården. Det föreskrivs i 26 c § andra stycket HSL.

Ett skriftligt avtal mellan kommun och landsting ska reglera omfattning och innehåll av läkares insatser i hemvården anpassade till lokala förhållanden. Avtalet ska vara konkret och precisera omfattningen i tid och former för läkarinsatser i den kommunala hemvården. Vägledning för vad ett avtal bör innehålla finns i det gemensamma arbete som Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet har gjort om läkarmedverkan i kommunernas vård och omsorg. Åtta olika temaområden anges som minimikrav för avtal om läkarmedverkan i äldrevården. Dessa teman är tillgänglighet, kontinuitet, informationsöverföring och samordnad vårdplanering, uppföljning av behandlingsinsatser, handledning, fortbildning, samverkan med sjukhus/specialist samt uppföljning av avtalet.

Det är en skyldighet för landstinget och kommunerna inom landstinget att ingå avtal om läkarmedverkan. Parterna ska i god tid före varje kalenderår träffa avtal som gäller för det kommande året. Parterna kan nästa gång överenskomma om erforderliga ändringar i avtalet men kan naturligtvis också avtala om att förlänga avtalet för ytterligare ett år.

Om landstinget inte fullgör sin skyldighet

Vi föreslår att kommunerna får befogenhet att anlita andra läkare för sådana uppgifter som framgår av avtalet i de fall landstinget i en kommun inte fullgör sin skyldighet enligt avtalet om läkarmedverkan. Landstinget ska då vara skyldig att ersätta kommunen för de kostnader som kommunen haft för de läkare som de anlitat. Landstinget ska således ha ett betalningsansvar för all läkartid inom hemvården.

Befogenheten för kommunerna att anlita läkare förs in i 26 c § tredje stycket HSL. De eventuella kostnader som landstinget ska ersätta kommunen bör följa de bestämmelser som finns i lagen (1993:1651) och förordningen (1994:1121) om läkarvårdsersättning.

Ytterligare föreskrifter

I 26 c § fjärde stycket HSL förs in en bestämmelse om att regeringen får meddela ytterligare föreskrifter om hur kravet på kontinuitet och säkerhet ska tillgodoses. Om regeringen vill över-

låta den uppgiften på en myndighet bör Socialstyrelsen få denna uppgift. Det framgår direkt av lydelsen i fjärde stycket.

Den medicinskt ansvariga sjuksköterskans uppgift

Den medicinskt ansvariga sjuksköterskan (eller motsvarande) har vissa uppgifter angivna dels i 24 § HSL, dels i 2 kap. 5 § förordningen (1998:1513) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område. Av dessa bestämmelser framgår bl.a. att hon eller han ska se till att det finns sådana rutiner att kontakt tas med läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när en patients tillstånd fordrar det och att patienterna får den hälso- och sjukvård som läkare i förekommande fall förordnat om.

Om landstinget inte fullgör sin skyldighet enligt avtalet och kommunen måste anlita läkare från annat håll ska den medicinskt ansvariga sjuksköterskan svara för att läkarinsatserna fördelas och utnyttjas så att kravet på god vård tillgodoses. En bestämmelse om detta förs in i 24 § första stycket 4 HSL.

Uppföljning av Socialstyrelsen

Vi föreslår att Socialstyrelsen får i uppdrag att följa upp våra förslag om läkarmedverkan i hemvården ökar den enskildes förutsättningar att få en god hälso- och sjukvård i sitt boende.

Specialistsjukvården ska vara en resurs för hemvården

Den medicintekniska utvecklingen medför att även svårt sjuka personer i ökande utsträckning kan få vård i sin bostad. Specialistsjukvården måste därför utvecklas så att den blir en tydlig resurs för hemvården med enskilda konsulter eller team från sjukhuset som stöd till hemvårdens personal.

Geriatriskens roll

Mot bakgrund av den ökande andelen äldre i befolkningen behöver geriatrisk kompetens få en betydligt starkare och tydligare roll i framtidens vård och omsorg. Det finns ett stort behov av att klar-

göra geriatrikens roll i vården av äldre. En nära samverkan behövs mellan allmänläkare, specialister i geriatrik och med flera yrkeskategorier för att bedöma och behandla personer med sammansatta och/eller snabbt föränderliga behov av vård- och omsorg. Den översyn som Socialdepartementet genomför av antalet specialiteter i Sverige bör särskilt behandla geriatrikens roll och dess samverkan med allmänmedicin.

Ekonomiska styrmedel

I dag saknas i stor utsträckning ekonomiska incitament för läkare att göra hembesök som alternativ till ett besök på mottagningen. Landstingen bör därför konstruera sina ekonomiska ersättnings-system till primärvården så att hembesök av läkare inte missgynnas ekonomiskt.

Samverkan mellan landsting och kommun

Förslag:

Samverkan mellan landsting och kommuner ska utvecklas.

- Landsting och kommun ska samverka kring vården och omsorgen av enskilda personer som behöver integrerade insatser från specialistsjukvården, landstingets primärvård och kommunens hemvård (26 d § HSL).
- Ett landsting och en kommun ges befogenheter att medverka i varandras verksamheter under förutsättning att var och en står för sin del av kostnaderna (26 e § HSL).
- En vård- och omsorgsplan ska på den enskildes begäran eller med dennes samtycke upprättas oberoende av var behoven av vård och omsorg aktualiseras. När en vård- och omsorgsplan upprättas ska kommunen utse en namngiven samordnare/kontaktperson (11 kap. 4 a § SoL och 26 f § HSL).

Bedömning:

- I den översyn av patientjournalagen som planeras bör möjligheterna övervägas till en gemensam journal för all vård och omsorg som en patient får.

Landsting och kommuner ska samverka kring vården av enskilda personer

För den enskilde är det angeläget att vården fungerar som en helhet oberoende av var behoven av vård och omsorg aktualiseras. Vi föreslår därför ett antal nya bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen som ställer krav på landsting och kommuner att samverka kring vården och omsorgen av personer med sammansatta och/eller föränderliga vårdbehov. Förslagen omfattar tre delar:

1. En bestämmelse skrivs in i hälso- och sjukvårdslagen att kommuner och landsting ska samverka kring vården och omsorgen av enskilda personer som behöver integrerade insatser från specialistsjukvården, landstingets primärvård och kommunens hemvård. Genom att kravet skrivs in i hälso- och sjukvårdslagen vill vi

markera att samverkan och gemensamt ansvarstagande för den enskildes vård är angelägen och nödvändig.

2. Vidare ges kommuner och landsting befogenheter att medverka i varandras verksamheter inom hälso- och sjukvården under förutsättning att var och en står för sina kostnader. Denna bestämmelse möjliggör för kommuner och landsting att gemensamt driva och finansiera verksamheter utan att behöva bilda en gemensam nämnd.

3. Vi föreslår också att en vård- och omsorgsplan ska upprättas på den enskildes begäran oavsett var behoven av vård och omsorg aktualiseras. Att en sådan plan upprättas är en viktig del i att tillförsäkra den enskilde den vård och omsorg som han eller hon behöver.

Samverkan för att den enskilde ska kunna få nödvändig vård och behandling

En bestämmelse om krav på samverkan mellan landsting och kommuner med syftet att den enskilde alltid ska kunna få den hälso- och sjukvård, som han eller hon behöver, införs i en ny paragraf 26 d § HSL.

Samverkan med specialistsjukvården

Förslaget innebär att landsting och kommuner ska komma överens om bland annat formerna för samverkan mellan specialistsjukvården och hemvården. Personal med specialistkunskaper måste i betydligt större utsträckning än i dag arbeta utanför sjukhusen som stöd för patienter som vårdas i ordinärt och särskilt boende. Samverkan ska ske mellan den enskildes läkare och hemvårdens personal. Läkarmedverkan i hemvården ska vara sådan att patientens behov av kontinuitet och säkerhet tillgodoses och också sådan att personalen får stöd bl.a. genom handledning. Läkaren ska ingå i de team som behövs för att tillförsäkra den enskilde vård och omsorg av god kvalitet. Landstingen har ett ansvar för att specialistsjukvården deltar i och är ett stöd för hemvården med enskilda konsulter eller team med specialkunskap i geriatrik, palliativ vård, rehabilitering, nutrition m.m. En sådan samverkan är nödvändig för att kunna tillförsäkra patienten vård och omsorg av god kvalitet i

bostaden och kunna bidra till kunskapsutveckling inom hemvården.

Samverkan kring habilitering, rehabilitering och hjälpmedel

Personer som får habilitering och rehabilitering inom hemvården ska som andra kunna få sina behov tillgodosedda av landstingens specialistenheter som t.ex. syn- och hörcentraler. Eftersom rehabilitering är en process som kan sträcka sig över lång tid både med insatser inom hemvårdens ram och med insatser från sjukhusens specialistenheter finns det ett stort behov av att kommuner och landsting samverkar. Det finns även ett behov av samverkan mellan kommunerna.

Förslaget skärper kravet på samverkan om förskrivning och hantering av hjälpmedel. Den samverkan om hjälpmedel som sker i de flesta länen blir än mer angelägen när kommunerna får ett ökat ansvar för hjälpmedel eftersom flertalet kommuner har för litet befolkningsunderlag för att själva kunna bygga upp kompetens om hjälpmedel och driva en kostnadseffektiv verksamhet.

Samverkan genom medverkan i den andre huvudmannens uppgifter

I hälso- och sjukvårdslagen har i dag landstingen ansvar för hemsjukvården i andra boenden än som anges i 18 § första stycket HSL om inte landstinget och en kommun inom landstinget kommit överens om att enligt tredje stycket samma paragraf föra över hemsjukvården till kommunen. Enligt 18 § andra stycket HSL har emellertid kommunen befogenhet att jämte landstinget erbjuda dem som vistas i kommunen hemsjukvård. Det innebär alltså att landsting och kommuner då också kan samarbeta inom hemsjukvården under förutsättning att var och en av huvudmännen svarar för sin personal och står för sina kostnader.

Kommunerna ska ha ansvar för hälso- och sjukvård i ordinärt och särskilt boende. Det motsvarar vad som i nuvarande bestämmelser avses med hemsjukvård. Vi föreslår emellertid att det ska finnas en möjlighet för landsting och kommuner att medverka i de uppgifter som den andre huvudmannen har ansvar för. En bestämmelse om denna möjlighet införs i 26 e § HSL. Ett landsting ska

alltså ges befogenhet att om en kommun efterfrågar det kunna erbjuda kommunen att medverka i den kommunala hemvården med den hälso- och sjukvårdspersonal som landstinget förfogar över. På samma sätt ska kommunen kunna erbjuda landstinget att med den personal som kommunen har medverka i den hälso- och sjukvård som landstinget har ansvar för. Avsikten med förslaget är att stimulera landsting och kommuner till att utforma fastare former av samverkan inom hälso- och sjukvården samt öka landstings och kommuners möjligheter att organisera verksamheter utifrån lokala förutsättningar.

Förslaget tar sikte på sådana situationer där det inte är aktuellt att bilda en nämnd med stöd av lagen (2003:192) om gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet. Ett landsting och en kommun inom landstinget får alltså befogenhet att samverka inom hälso- och sjukvården under förutsättning att var och en behåller ansvaret för sin del av verksamheten och svarar för sin del av kostnaderna. Med stöd av den föreslagna bestämmelsen kan ett landsting och en kommun inom landstinget bilda en gemensam nämnd som avses i 3 kap. 3 a § kommunallagen (1991:900). Det ska emellertid vara möjligt att även på ett praktiskt plan kunna samverka utan en sådan administrativ överbyggnad som en gemensam nämnd innebär.

En kommun kan således inte överlåta ansvaret för hemsjukvård till landstinget enligt denna bestämmelse, men huvudmännen kan samverka i hemsjukvården med den personal som var och en har. Det är inte heller möjligt att med stöd av bestämmelsen kunna överföra resurser från den ene huvudmannen till den andre. En förutsättning för att kunna medverka i den andre huvudmannens verksamhet är alltså att man står för kostnaderna för sin egen personal och andra egna utgifter.

Vård- och omsorgsplanering i samverkan

Kommunen ska ha ansvar för att en vård- och omsorgsplan upprättas i samband med biståndsbeslut för personer som behöver vård och omsorg i ordinärt eller särskilt boende. En bestämmelse om vård- och omsorgsplan införs i en ny paragraf 11 kap. 4 a § SoL.

En vård- och omsorgsplan ska upprättas om den enskilde begär eller samtycker till det. Planen ska innefatta de insatser och omsorger som beviljas eller planeras enligt socialtjänstlagen och lagen

om stöd och service till vissa funktionshindrade samt de medicinska insatser, inklusive rehabilitering, rehabilitering och hjälpmedel som kommunen och landstinget ska anordna enligt hälso- och sjukvårdslagen. Även insatser från andra myndigheter och organisationer ska ingå. Av vård- och omsorgsplanen ska framgå att det är kommunen som har ansvaret för hälso- och sjukvården i den enskildes hem. Planens upprättande utgör då också markeringen av att ansvaret för den enskildes hälso- och sjukvård har övergått till kommunen.

Den enskilde och/eller dennes närstående ska alltid när så är möjligt delta i upprättandet av en vård- och omsorgsplan. I planen ska även beaktas närståendes behov av stöd. Vilka yrkesgrupper som bör medverka måste avgöras av individuella behov i den enskilda situationen. Planen ska följas upp och utvärderas fortlöpande – minst en gång om året. Planen ska omprövas vid behov.

Kommunen ska i samband med att en vård- och omsorgsplan upprättas utse en namngiven samordnare/kontaktperson. Hans eller hennes uppdrag är att följa upp att biståndet och hälso- och sjukvårdsinsatserna inklusive rehabilitering, rehabilitering, hjälpmedel och förbrukningsartiklar genomförs som planerat och ger det resultat som avsetts. I förekommande fall ska samordnaren/kontaktpersonen initiera att vård- och omsorgsplanen revideras eller kompletteras.

Om någon vård- och omsorgsplan inte har upprättats enligt 11 kap. 4 a § SoL och det inte heller finns en individuell plan upprättad enligt 10 § lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade ska kommunen ansvara för att en vård- och omsorgsplan upprättas om den enskilde behöver hälso- och sjukvård i boendet. Det är landstingens skyldighet att medverka i planens upprättande. Samverkan ska alltså ske med landstinget om planen.

Om vårdbehovet aktualiseras i någon av landstingets verksamheter har landstinget ansvar för att hos kommunen aktualisera behovet av att upprätta en vård- och omsorgsplan. Kompletterade bestämmelser om vård- och omsorgsplan införs därför i 26 f § HSL och i lagen (1990:1404) om kommunernas ansvar för viss hälso- och sjukvård med i princip samma innehåll som bestämmelsen i socialtjänstlagen.

Gemensam information om patienten

Tillgången till gemensam information om en patients vård och omsorg är särskilt angelägen när vårdbehoven är sammansatta och snabbt föränderliga. En gemensam journal för all vård och omsorg som en patient får skulle avsevärt underlätta för dem som ska planera och svara för olika insatser samtidigt som möjligheterna att erbjuda en god och säker vård och omsorg avsevärt skulle förbättras. En gemensam information som är tillgänglig var patienten än befinner sig skulle också innebära administrativa vinster. IT-tekniken möjliggör en sådan utveckling. Datorbaserade journaler är exempel på tillämpning av IT-stöd. I den översyn av patientjournallagen som staten nu planerar bör övervägas vilka möjligheter det finns att kunna ha en gemensam journal för all vård och omsorg som en patient får.

Forskning och utveckling

Bedömning:

Forskningsråden och andra berörda forskningsfinansiärer bör prioritera och inrätta programstöd till forskning kring äldre och andra personer med sammansatta och/eller snabbt föränderliga vård- och omsorgsbehov.

Den långsiktiga finansieringen av regionala FoU-centra inom äldreområdet bör tas upp i samband med överläggningar mellan staten och huvudmännen.

Socialstyrelsen och huvudmännen bör i samverkan långsiktigt utveckla möjligheterna till uppföljning och utvärdering av vård och omsorg över organisationsgränser.

Hjälpmedelsinstitutet bör få i uppdrag att utveckla statistik över hjälpmedelskostnader som ger möjlighet till nyckeltal och jämförelser.

Långsiktig kunskapsuppbyggnad

Det finns ett stort behov av en långsiktig kunskapsuppbyggnad när det gäller teorier, metoder och tillämpning av vård och omsorg om äldre och andra personer med sammansatta och/eller snabbt föränderliga vård- och omsorgsbehov. Det finns t.ex. behov av longitudinella studier av äldres hälsa och behov av vård och omsorg. Forskningsråden och andra berörda forskningsfinansiärer bör prioritera forskning kring äldre och andra personer med sammansatta och/eller snabbt föränderliga vårdbehov. Finansiärer bör även inrätta programstöd till projekt inom området.

Regionala FoU-centra

Kommuner och landsting har med stöd av statliga stimulansbidrag byggt upp regionala FoU-centra inom äldreområdet. Syftet är att få till stånd en långsiktig kunskaps- och kompetensuppbyggnad för att främja hög kvalitet och effektivt resursutnyttjande.

Verksamheten vid de regionala FoU-centra är angelägen för den lokala kunskapsutvecklingen av vård och omsorg om äldre och som ett led i att stärka samarbetet mellan forskning, utbildning och praktik. De har en viktig uppgift när det gäller att samla och sprida

resultat av forsknings- och utvecklingsarbete så att de kommer till praktisk användning. En förutsättning för att forskningen ska få genomslag i den offentliga sektorns utvecklings- och förnyelsearbete är att forskningen organiseras så att det finns en löpande dialog mellan praktiker och forskare. Det finns ett behov av fortsatt ekonomiskt stöd från staten för att säkerställa en långsiktig finansiering. Finansieringen av regionala FoU-centra inom äldreområdet bör därför tas upp i samband med överläggningar mellan staten och företrädare för sjukvårdshuvudmännen.

Uppföljning och utvärdering av verksamheter över organisationsgränser

Verksamheter i kommuner och landsting som har starka samband studeras alltför ofta isolerade från varandra. Det resulterar i att det är svårt att följa upp och förbättra den samlade vården och omsorgen ur den enskildes perspektiv. Möjligheterna till kostnads-effektiva lösningar blir också onödigt svåra att identifiera och genomföra.

Socialstyrelsens uppdrag att ta fram system för verksamhetsuppföljning av vård och omsorg ska vara slutfört under år 2004. Vi anser dock att det finns ett fortsatt stort behov av att Socialstyrelsen och huvudmännen långsiktigt utvecklar möjligheterna till uppföljning och utvärdering av de samlade effekterna av vård och omsorg över organisationsgränser. Uppföljningar/utvärderingar bör enligt vår mening även kunna diskuteras i samband med planering av forskning och utveckling vid FoU-enheterna i landet.

Behov av forskning och utveckling på hjälpmedelsområdet

Det finns ett behov av forskning och utveckling för att kunna säkra och utveckla kvaliteten inom hjälpmedelscentralernas verksamhet. För att nå kostnadseffektiva lösningar på hjälpmedelsområdet är det t.ex. nödvändigt med konsekvensanalyser och hälsoekonomiska studier. Det är även angeläget att det finns möjlighet till fortbildning såsom högskoleutbildningar för hjälpmedelskonsulenter, hjälpmedelstekniker och rehabiliteringsingenjörer.

Uppföljning av kostnader för hjälpmedelsverksamhet

Det finns enligt vår mening ett behov av att strukturera kostnaderna för hjälpmedel i kommuner och landsting på likartat sätt som grund för att ta fram nyckeltal och göra jämförelser. Vi föreslår att Hjälpmedelsinstitutet får i uppdrag att initiera ett sådant utvecklingsarbete. Uppdraget bör omfatta en uppbyggnad och förvaltning av statistik över kostnader för hjälpmedelsverksamhet.

4 Ekonomiska konsekvenser

I detta kapitel redovisar vi utifrån våra förslag ekonomiska bedömningar och förslag till ekonomisk reglering i form av skatteväxling av den verksamhet som förs över från landsting till kommuner.

Vi föreslår att kommunerna i en skatteväxling övertar de resurser som landstingen använder för hemsjukvård i ordinärt boende enligt våra förslag. Skatteväxlingen är enligt våra beräkningar i storleksordningen 2,5 miljarder kronor, vilket motsvarar en skatteväxling på i genomsnitt 38 öre. Skatteväxlingen är enligt vår bedömning i huvudsak ett tillräckligt instrument för den ekonomiska regleringen av utredningens förslag. Om det utöver skatteväxlingen eventuellt även skulle behövas en mellankommunal utjämning går i nuläget inte att bedöma.

För att underlätta beräkningen av skatteväxlingens storlek har vi tagit fram en generell beräkningsmodell. Modellen utgår från befolkningens behov av hemsjukvård och kan anpassas till lokala förhållanden. Vi har jämfört beräkningsmodellens resultat med storleken av de senast genomförda skatteväxlingarna av hemsjukvård som byggde på detaljerade kostnadsberäkningar av berörda verksamheter. Båda metoderna ger likartat resultat. Vi rekommenderar därför att kommuner och landsting använder sig av vår modell som stöd för att beräkna skatteväxlingens omfattning i respektive län.

Våra förslag berör samtliga kommuner och landsting, men i olika omfattning beroende på om och i vilken utsträckning kommunen redan har ansvar för hemsjukvård i ordinärt boende eller inte. Konsekvenserna av våra förslag blir störst för landsting och kommuner i de tolv län där landstingen idag har ansvar för hemsjukvården i det ordinära boendet. Justeringar av ansvarsgränser mellan landsting och kommuner blir dock aktuella även där ansvaret för hemsjukvården i ordinärt boende redan har övergått till kommunerna. Det innebär att kommun och landsting måste avtala om hur deras respektive åtaganden ska utformas och fördelas.

Ökande behov av insatser

Hur äldres hälsa utvecklas har en stark inverkan på behoven av vård och omsorg. Vi vet att medellivslängden har ökat med nästan fem och ett halvt år för män och fyra år för kvinnor de senaste 20 åren. Kvinnorna lever dock fortfarande längre, medellivslängden är 82,1 år, i förhållande till männen som har en medellivslängd på 77,7 år. Hur sambanden ser ut mellan ökad medellivslängd och hälsa är omdebatterat bland forskare.

Tidigare studier har visat att perioder med ohälsa och nedsatt funktionsförmåga hos äldre har flyttats framåt i tiden, högre upp i åldrarna, men att tiden med sjuklighet vid livets slut i genomsnitt är oförändrad för den enskilde. Det finns emellertid senare studier som pekar på att denna trend inte fortsätter utan att utvecklingen av hälsa och funktionsförmåga hos personer i åldrarna 77–98 år har försämrats de senaste tio åren. Det finns tecken som tyder på att vi kan förvänta oss en viss förlängning av den period i livet då vi får leva med svåra funktionshinder och vara beroende av hjälp från andra.

Det är således osäkert att göra framskrivningar om framtida behov av vård och omsorg som bygger på fortsatta förbättringar av den äldre befolkningens hälsa. Vad vi säkert vet är att det kommer att bli betydligt fler äldre i Sverige i takt med att det stora antalet personer födda på 1940-talet åldras. Den stora ökningen av antalet personer där många kommer att behöva vård och omsorg, sker åren 2020–2030 då antalet personer 80 år och äldre ökar med 45 procent enligt Statistiska Centralbyråns prognos.

Denna ökning av antalet äldre personer inträffar samtidigt som andelen personer i yrkesverksam ålder minskar. För att möta behoven måste antalet personer som arbetar med vård och omsorg öka vilket kommer att ställa stora krav på kommuners och landstings förmåga att attrahera personal i en hårdnande konkurrens om arbetskraften. Kommuner och landsting kommer med stor sannolikhet möta ökande anspråk på vård och omsorg till högre kostnader än i dag. Se vidare i kapitlet Vård och omsorg – faktabakgrund, avsnittet Resurser till vård och omsorg.

Stora regionala och lokala skillnader

Befolkningsförändringar och förutsättningar för landstingens och kommunernas ekonomi varierar stort i landet. Eftersom äldre personer flyttar i liten utsträckning blir andelen äldre personer i avflyttningskommuner allt högre. De yngre flyttar ut och de äldre blir kvar.

Variationerna i såväl kostnader som resursutnyttjande är stora inom alla delar av hälso- och sjukvården och i den kommunala vården och omsorgen. Även om skillnaderna delvis beror på strukturella förhållanden, som inte går att påverka, beror en stor del på att kommuner och landsting prioriterar sina åtaganden på olika sätt. Skillnaderna kan röra personaltätthet, andel personer som beviljas hemtjänst eller särskilt boende, tillgång till vårdplatser eller frekvens av olika behandlingar och vårdtider.

Verksamheter i kommuner och landsting kan också vara mer eller mindre bra på att omvandla sina resurser till effektiv verksamhet, vilket medför att produktiviteten varierar. Vi menar att flera av de lokala och regionala variationerna kan tolkas som att det finns möjligheter till effektivisering av vård- och omsorgsinsatser. Det finns också mer eller mindre uttalade systemfel som påverkar kostnaderna såsom oklar rollfördelning, parallella organisationer, bristfällig samordning mellan vårdgivare och felaktiga ekonomiska incitament. Se vidare kapitlet Vård och omsorg – faktabakgrund, avsnittet Resurser till vård och omsorg.

Ekonomisk obalans för kommunsektorn

I Svenska Kommunförbundets rapport om kommunernas ekonomiska läge (maj 2004) konstateras att de ekonomiska svårigheterna för många kommuner och landsting inte är ett övergående konjunkturproblem. För 2004 prognostiseras ett sammantaget underskott i den kommunala sektorn på nästan 10 miljarder kronor. För att kunna tillgodose behoven år 2007 beräknas att en resursökning erfordras som med oförändrat skatteuttag skulle resultera i ett underskott på 17 miljarder kronor.

Ett mått på graden av obalans i den kommunala sektorn är att det enligt Svenska Kommunförbundet skulle krävas ytterligare skattehöjningar på cirka 1,90 kronor för att sektorn ska klara både de växande behoven och leva upp till kravet på en god ekonomisk

hushållning. Den genomsnittliga kommunalskatten skulle då bli 33,4 procent. Utan skattehöjning skulle verksamheten behöva krympa för att framtida generationer inte skall få betala för vår kommunala service.

Det är dock inte troligt att kommuner och landsting kommer att låta ekonomin gå mot så stora obalanser. Men även om den kommunala sektorn genomför kraftfulla åtgärder för att dämpa kostnadsutvecklingen kan det antagas att den ekonomiska situationen under överskådlig framtid kommer att vara bekymmersam. Nio av tio kommuner klarar inte sin äldreomsorgsbudget idag och prognoserna pekar mot fortsatta underskott i hela kommunsektorn.

De faktorer som kommer att driva på kostnaderna i kommuner och landsting är bl.a. befolkningsutvecklingen, krav på bättre tillgänglighet i vården samt nya medicinska behandlingsmetoder. Se vidare i kapitlet Vård och omsorg – faktabakgrund, avsnittet Resurser till vård och omsorg.

Långsiktig finansiering av ökande anspråk på välfärd

Finansdepartementet har i Långtidsutredningen 2003/04 analyserat möjligheter och utmaningar för den svenska ekonomin på längre sikt. En fråga som långtidsutredningen har ställt sig är om det är rimligt att räkna med att invånarna nöjer sig med en i stort sätt oförändrad konsumtion av välfärdstjänster när konsumtionen av andra tjänster och varor växer i kvalitet och omfattning. Historiska erfarenheter och jämförelser med utvecklingen i andra länder pekar tvärtom på att det är rimligt att räkna med att efterfrågan på välfärdstjänster ökar när den materiella välfärden förbättras. För att välfärdstjänsterna ska kunna utvecklas i samklang med annan konsumtion krävs att de som producerar dessa tjänster ges tillgång till växande reella resurser.

Enligt långtidsutredningen måste framtida förbättringar av välfärdstjänsterna i högre grad än tidigare kopplas till alternativa finansieringsmöjligheter enligt följande:

Långtidsutredningen bedömer att fortsatta höjningar av skatteuttaget inte långsiktigt kan finansiera en utveckling av välfärdsystemen. Det finns dock en risk för att det kommer att ske höjningar av skatteuttaget under de närmaste åren.

Ökad produktivitet och tillväxt i näringslivet leder också till ökade utgifter för den offentliga sektorn bl.a. genom ökade lönekostnader för offentliganställda. En ökad tillväxt genom snabbare produktivitetens utveckling i näringslivet kan därför inte lösa den offentliga sektorns långsiktiga finansieringsproblem.

En tillväxt som genereras genom en ökad sysselsättning har en betydligt mer positiv inverkan på den offentliga ekonomin. Dels förstärks den offentliga sektorns inkomstsida och dels minskar utgifterna.

Enligt Långtidsutredningen finns det en viss potential för en förbättrad produktivitet i offentlig verksamhet. Denna potential bör utnyttjas i så stor utsträckning som möjligt, men den är inte av sådan omfattning att den ensam kan bidra till att lösa den offentliga sektorns långsiktiga finansieringsproblem.

Om skattefinansieringen på vissa välfärdsområden helt eller delvis ersätts med avgifter kan följderna bli en minskad efterfrågan av dessa tjänster. Detta kan bl.a. ge upphov till oönskade fördelnings effekter. Ett ökat inslag av inkomstrelaterade avgifter är enligt Långtidsutredningen ett sätt att begränsa det efterfrågebortfall som kan uppstå vid en ökad avgiftsfinansiering. Problemet är att en sådan avgränsning påtagligt bidrar till att också begränsa de resurstillskott som avgiftshöjningen är avsedd att ge.

Vi behandlar översiktligt den långsiktiga finansieringen av vård och omsorg även om vi inte haft uppdraget att lösa denna. Obalansen mellan behov och resurser inom vård och omsorg leder till svårigheter för den kommunala sektorn att långsiktigt finansiera verksamheten. Obalansen förstärks av den demografiska utvecklingen som kommer att medföra ökande behov av vård och omsorg. Vi kan dock sammanfattningsvis konstatera att den långsiktiga finansieringen är en viktig och komplicerad fråga för kommuner och landsting som kräver fortsatt utredning.

Inga nya åtaganden för kommunsektorn

Förslagen att både samla ansvar och att förbättra samverkan mellan kommuner och landsting kring den enskildes vård och omsorg innebär totalt sett inga nya samhällsekonomiska åtaganden. För de kommuner inom vilka landstingen idag svarar för hemsjukvården innebär förslagen däremot nya åtaganden som i omfattning motsvarar minskningen av landstingens nuvarande åtaganden inom be-

rörda verksamhetsområden. En sammanhållen hemvård innebär därmed ett mer omfattande uppdrag för hälften av landets kommuner.

De kommuner som har ansvar för hemsjukvård och som vi har varit i kontakt med, uppfattar sitt utökade uppdrag som grundläggande, naturligt, praktiskt och kostnadseffektivt. De kommuner som inte har hemsjukvårdsansvar har uttryckt allvarlig oro över hur finansieringen av nya åtaganden ska klaras. En vanlig fråga är om skatteväxlingen verkligen ger den finansiering som behövs för åtagandet. En annan om det nya kommunala ansvaret riskerar att leda till en ökad efterfrågan på aktuella tjänster och som inte motsvaras av den finansiering som kommer att erbjudas. Detta kan innebära att även om kommuner i sak anser att de bör ta ansvar även för hemsjukvård, så kan det finnas tveksamheter till en sådan lösning enbart av ekonomiska skäl.

Vår utgångspunkt är att de resurser som idag används för de verksamheter som flyttas över från landstingen till kommunerna ska följa med verksamheten, så att tillförda resurser motsvarar åtagandet. Det är därvid viktigt att underlagsberäkningarna upptar kostnaderna fullt ut, således även indirekta kostnader t.ex. för administrativ och medicinsk service samt andel i fjärradministration, som inte redovisas i hemsjukvårdens kostnader.

Resurser som ska överföras från landstingen till kommunerna

Vi bedömer att våra förslag bidrar till att dämpa kostnadsutvecklingen för samhället totalt sett genom ett tydligare ansvar och därmed förutsättningar för huvudmännen att undvika parallella insatser. Möjligheterna ökar att styra resurserna till strategiskt viktiga insatser som leder till ökad kvalitet för den enskilde och till positiva ekonomiska effekter för kommuner och landsting.

För att genomföra våra förslag ska landstingen överföra personal till kommunerna så att de kan organisera hemvård i enlighet med tidigare beskrivningar i kapitlet Behov av förbättringar - allmänna överväganden. Tillskottet av personal till hemvården bedömer vi kan skapas genom omfördelning av befintliga resurser från landstingen till kommunerna genom skatteväxling.

Den personal som arbetar inom hemsjukvården i de 12 landsting som i dag har ansvar för hemsjukvården i ordinärt boende ska byta arbetsgivare från landsting till kommun. Det gäller främst distrikts-

sköterskor, arbetsterapeuter, sjukgymnaster och undersköterskor som arbetar med hemsjukvård i landstingens primärvård.

Vår bedömning är att omkring hälften av distriktssköterskorna och merparten av arbetsterapeuterna i landstingens primärvård ska byta arbetsgivare. Även en viss andel sjukgymnaster och undersköterskor är berörda beroende på vilken utsträckning de arbetar med hemsjukvård. Antalet personer som enligt vårt förslag ska byta arbetsgivare kan överslagsmässigt beräknas till ca 5 000 heltidstjänster, varav 3 000–4 000 distriktssköterskor och ca 1 000 arbetsterapeuter. Det innebär totalt en personalökning med ca 4 procent i de kommuner som tar över hemsjukvården. De administrativa resurser m.m. inom landstingets primärvård som är kopplade till hemsjukvård ska också överföras till kommunerna.

En del av landstingens personal är i dag anställd hos privata vårdgivare. När utredningens förslag ska genomföras kommer landstingens avtal med berörda entreprenörer att behöva sägas upp och entreprenörerna får teckna nya avtal med de kommuner som tar över ansvaret för hemsjukvården. Med hänsyn till att denna process tar viss tid i anspråk bedömer vi att förslagen i dessa fall inte kan genomföras vid en enda tidpunkt utan får ske under en begränsad övergångstid beroende på det enskilda fallet.

Hur påverkas landstingens kostnader?

Utöver landstingens överföring av resurser för hemsjukvård till kommunerna, kommer landstingens kostnader för primärvårdens läkarmedverkan att påverkas. Förstärkt läkarmedverkan i kommunal vård och omsorg innebär att landstingens primärvård måste avsätta mer läkartid till hemsjukvård än vad som sker i dag. Det kan innebära att tillgängligheten på vårdcentralen minskar för de personer som själva kan gå dit. I de fall landstinget inte kan klara uppgiften att tillhandahålla läkartid för hemvårdens räkning vid t.ex. vakanser på läkartjänster, riskerar kostnaderna för läkarinsatser att i vissa fall öka kortsiktigt p.g.a. landstingets betalningsansvar gentemot kommunerna.

Erfarenheter från några håll i landet visar dock tydligt att landstingen genom en förstärkt läkarmedverkan i patientens ordinära eller särskilda boende på ett betydande sätt kan dämpa akut-sjukvårdens kostnadsutveckling för främst äldre. I brist på alternativ sker ofta besök på sjukhusens akutmottagningar, och inte sällan

läggs personer in på sjukhus i onödan delvis på grund av brister i den öppna hälso- och sjukvården. Vi bedömer att den nästan helt outnyttjade potentialen till att dämpa kostnadsutvecklingen inom akutsjukvården som en aktiv läkarmedverkan i ordinärt och särskilt boende innebär, mer än väl kan uppväga vissa andra eventuella och mer kortsiktiga kostnadsökningar. Ett väl utvecklat samarbete kan bl.a. resultera i effektivare utnyttjande av specialistsjukvårdens resurser. Goda exempel på läkarmedverkan ges i kapitlet Landstingets hälso- och sjukvård, avsnittet Läkarmedverkan i kommunal vård och omsorg samt i kapitlet Samverkan om vård och omsorg.

Ekonomisk reglering genom skatteväxling

Överföring av resurser från landstingen till kommunerna föreslås ske genom skatteväxling. I likhet med vad som gällde för Ädelreformen skall de resurser som används för den verksamhet som flyttas över från landsting till kommun skatteväxlas. Varje kommun får härigenom ett finansiellt utrymme som motsvarar driftskostnaderna för den övertagna verksamheten.

Beräkningarna har i utredningen inriktats på att uppskatta kostnaderna för hemsjukvård och hjälpmedel vid de 12 landsting som inte tidigare har skatteväxlat för hemsjukvård i ordinärt boende. Det har inte varit möjligt att beräkna eventuella ekonomiska konsekvenser för de landsting/kommuner, där denna resursöverföring redan tidigare har ägt rum. Förslagen berör dock i viss mån även de kommuner som redan har tagit över ansvar för hemsjukvården.

Ekonomiska konsekvenser av en skatteväxling

Vid Ädelreformen reglerades de finansiella konsekvenserna med hjälp av

- Statens bidrag till huvudmännen
- Skatteutjämningsystemet
- Skatteväxling
- Mellankommunalt omfördelningssystem som tillämpades inom respektive län

Skatteväxling var det främsta instrumentet för resursöverföringen vid Ädelreformen 1992. Erfarenheterna från denna beskrivs i kapitlet Vård och omsorg – faktabakgrund, avsnittet Erfarenheter av tidigare skatteväxling. 1992 omfattade skatteväxlingen i genomsnitt 2:07 skattekronor. Det kan noteras i sammanhanget att det inte fanns någon skillnad i skatteväxlingens storlek mellan de landsting där hemsjukvården fullt ut överfördes till kommunerna och där ansvaret för hemsjukvård i ordinärt boende behölls i landstingen.

Utbyggnad och kostnader för äldrevården varierade kraftigt mellan huvudmännen när Ädelreformen genomfördes. Även de förändringar som genomförts efter reformen har olika omfattning och kostnadsnivåer beroende på lokala förutsättningar. Skatteväxlingens storlek mellan berörda landsting och kommuner blir en

följd av förhandlingar mellan parterna. Erfarenheterna från tidigare skatteväxlingar talar för att storleken även denna gång kommer att variera kraftigt mellan landstingen. Vid en skatteväxling som görs på ett läns-genomsnitt kommer vissa kommuner att över- eller underkompenseras beroende på vilka kostnader man tar över. Om skillnaderna är stora kan det vara befogat att under en övergångsperiod skapa möjligheten till en mellankommunal omfördelning. Behovet av en mellankommunal omfördelning får avgöras i diskussionerna om skatteväxlingens storlek. En kommunal omfördelning kräver emellertid ett lagstöd.

Vi har konstaterat att utformningen av nuvarande statliga bidrag till huvudmännen och skatteutjämningsystemet inte påverkas av ett ändrat huvudmannaskap för hemsjukvården i ordinärt boende.

Regeringen har i maj 2004 föreslagit riksdagen ändringar i det kommunala utjämningsystemet (prop. 2003/04:155). Bl.a. föreslås skilda utjämningsnivåer för kommuner respektive landsting. Kommunerna i ett län får vid en skatteväxling sammantaget ett inkomstutjämningsbidrag som är större än det landstinget förlorar. Det innebär att utfallet av en skatteväxling inte blir neutralt. Regeringen avser att vid behov senare återkomma i frågan för att vid eventuella framtida skatteväxlingar åstadkomma ett neutralt utfall mellan kommuner och landsting.

Beräkningsmetoder för skatteväxling

I samband med tidigare skatteväxlingar har parterna gjort en detaljerad genomgång av faktiska kostnader för den verksamhet som ska skatteväxlas med syftet att få fram ett säkert underlag för förhandlingarna. Beräkningssättet har varit förenat med mycket stora arbetsinsatser och ändå har resultaten från beräkningarna varit mycket osäkra. Våra förslag medför i förhållande till Ädelreformen en skatteväxling av betydligt mindre omfattning. Motsvarande skatteväxling gjordes år 1999 i samband med att regionerna Västra Götaland och Skåne bildades då landsting och kommuner i före detta Bohus län och Kristianstads län skatteväxlade resurser för hemsjukvård. Även i samband med dessa skatteväxlingar lades mycket arbete ned på att noggrant identifiera och beräkna de resurser som skulle överflyttas till kommunerna. Trots noggranna beräkningar blev det diskussioner och tvister mellan parterna rörande resursdimensioneringen.

Som alternativ till att i detalj försöka beräkna faktiska kostnader för hemsjukvård har vi tagit fram en generell beräkningsmodell som bygger på schabloniserade antaganden om behoven och kostnaderna för hemsjukvård i befolkningen. Beräkningsmodellen är enkel att använda och kan också anpassas till förhållandena i respektive landsting och kommuner.

Huvudmännen kan använda sig av flera olika alternativ för att kostnadsberäkna de verksamheter som ska skatteväxlas:

- Beräkna de faktiska kostnaderna för aktuella verksamheter
- Använda vår beräkningsmodell som jämförelse till beräkning av de faktiska kostnaderna
- Använda beräkningsmodellens schabloniserade värden för att beräkna kostnaderna
- Använda beräkningsmodellen genom att sätta in egna värden i modellen

För att pröva tillförlitligheten i vår generella beräkningsmodell har vi gjort kostnadsberäkningar som baseras på de skatteväxlingar för hemsjukvård inklusive hjälpmedel som genomfördes år 1999 i dåvarande Bohuslandstinget respektive Kristianstads läns landsting. En jämförelse mellan de båda beräkningsmetoderna visar på *i stort sett samma resultat*, vilket ger en indikation på att beräkningarna går att förenkla. *Med hänsyn härtill rekommenderar vi att den generella beräkningsmodellen utnyttjas i arbetet med framtagande av förhandlingsunderlag.* Båda beräkningsmetoderna beskrivs i följande avsnitt.

Beräkning baserad på tidigare gjorda skatteväxlingar

Kostnader för hemsjukvård i ordinärt boende och hjälpmedel är svåra att identifiera och beräkna, då kostnaderna ingår som delar av kostnader för olika verksamheter. Landstingens redovisning på denna nivå är ofta mycket osäker. Kostnadsberäkningarna har därför baserats på underlag och erfarenheter från de skatteväxlingar för hemsjukvård inklusive hjälpmedel som genomfördes 1999 i dåvarande Bohuslandstinget respektive Kristianstads läns landsting. Skatteväxlingen för dessa landsting uppgick till:

Bohus län 0:43 skattekronor

Kristianstads län 0:39 skattekronor

Genomsnittsvärden från dessa skatteväxlingar har sedan använts för att beräkna motsvarande kostnader för de 12 berörda landstingen. Vid kostnadsberäkningen har även hänsyn tagits till uppgifter som inhämtats från dessa landsting. Vidare har kostnadsstatistik från Landstingsförbundet använts. De på så sätt framräknade beloppen måste betraktas som mycket osäkra och är ägnade att visa en nivå för de kostnader som berörs av en skatteväxling. Någon exakt redovisning är inte möjlig att göra i nuläget.

Kostnaderna som ska skatteväxlas i de 12 landstingen kan uppskattas enligt följande (2003 års nivå):

Hemsjukvård:	1,9 miljarder
Hjälpmedel:	0,5 ”
Övrigt t ex administration:	0,1 ”

Summa: 2,5 miljarder

Beloppet 2,5 miljarder kronor motsvarar en genomsnittlig skatteväxling på 0,38 skattekröner. Detta kan jämföras med kostnaderna för äldreomsorg som 2002 uppgick till 76 miljarder kronor (2003/04:102). I följande avsnitt beskrivs närmare förutsättningarna för dessa beräkningar.

Hemsjukvård

Många diskussioner och tvister mellan landstingen och kommunerna vid skatteväxlingen år 1992 när Ädelreformen genomfördes gällde frågor om ansvarsgränsen för hemsjukvård. Överenskommelserna innebar att landstingens och kommunernas åtagande för hemsjukvård blev olika i länen. Det finns även idag stora lokala skillnader i hemsjukvårdens täckningsgrad, innehåll och samverkansformer vilket innebär att kostnaderna för hemsjukvård är olika hos huvudmännen. Till exempel överförde landstinget i Bohus län 364 kr per invånare för hemsjukvård till kommunerna medan motsvarande kostnad för Kristianstad län var 472 kr per invånare (2003 års prisnivå). Landstingsförbundets statistik över kostnader för hemsjukvård i landstingen visar på ännu större skillnader. Vi har i utredningen använt oss av en kostnad på 415 kr/invånare, som är en skattad genomsnittskostnad.

Hjälpmedel

Hjälpmedel är en sammanfattande benämning på produkter för att underlätta för funktionshindrade och äldre att leva ett bättre liv. De omfattar även produkter för att stödja personal och närstående i deras vård- och omsorgsarbete t.ex. gällande förflyttning och hygien.

Ansvar för förskrivning och kostnader för hjälpmedel varierar mellan de olika landstingen och kommunerna, vilket framgår av bilaga 5. Huvudmännen har också satsat olika mycket resurser på hjälpmedelsverksamheten. Detta gör att hjälpmedelskostnaderna varierar kraftigt.

Vi har från berörda landsting begärt en bedömning av storleken av kostnaderna för de hjälpmedel och förbrukningsartiklar som ska överföras till kommunerna som en konsekvens av våra förslag. Syn-, hörsel- och ortopedtekniska hjälpmedel omfattas inte av förslagen. En vanlig bedömning är att större delen av landstingets hjälpmedelskostnader kommer att överföras till kommunerna. Vi har uppskattat den genomsnittliga kostnaden till 100 kr/invånare för de hjälpmedel och förbrukningsartiklar som ska överföras till kommunerna. Utgångspunkten för uppskattningen har varit kostnaderna för de hjälpmedel och förbrukningsartiklar som skatteväxlades i främst Kristianstads läns landsting och de inhämtade kostnadsuppgifterna från landstingen.

Övriga kostnader

De genomförda skatteväxlingarna visar att den verksamhet som överförts till kommunerna inte enbart redovisas som hemsjukvård eller hjälpmedel. Om man enbart tar hänsyn till sådana "direkta" kostnader vid en skatteväxling riskerar resurserna som förs över att bli för lågt beräknade. Det är till exempel viktigt att beakta olika slag av overheadkostnader t.ex. andel av fjärradministrationen.

I vissa fall redovisas även andra slag av kostnader som en del av skatteväxlingen. Anledningen till detta kan bero på att landstingen har olika organisation och redovisningsprinciper. Exempel på sådana poster är kostnader för rehabilitering. Skatteväxlingen år 1999 i både Bohuslandstinget och landstinget i Kristianstads län omfattade även effekter av justeringar av vissa ansvarsgränser i för-

hållande till vad som beslutades år 1992 när Ädelreformen genomfördes.

Behov av kostnadskontroll av hjälpmedel

Ansvar för kostnaderna för hjälpmedel är fördelat mellan kommuner och landsting på många olika sätt. Gemensamt för alla är att det inte finns någon struktur för kostnadskontroll och jämförelser. Kostnadsposten är snabbt växande, vilket gör det extra angeläget att införa en sådan.

Det finns därför sannolikt ett gemensamt behov av att strukturera kostnaderna på ett likartat sätt för att kunna ta fram nyckeltal och därmed kunna indikera onormal resursanvändning. Vi ser ett utvecklingsarbete som även innefattar uppbyggnad och förvaltning av statistik över kostnader för hjälpmedelsverksamhet och förbrukningsartiklar som mycket angeläget.

Beräkningsmodell för skatteväxling

En databaserad generell beräkningsmodell har tagits fram som syftar till att vara ett stöd för att beräkna skatteväxlingens storlek för hemsjukvård i ordinärt boende för ett landsting eller en kommun. Vår avsikt är att göra programmet tillgängligt på Internet för kommuner och landsting tillsammans med en detaljerad beskrivning av metoden och användarmanual.

Beräkningsmodellen utgår från andelen i befolkningen, fördelad på kön och ålder, som får hemsjukvård. Vi utgår från att alla som bor i särskilt boende också har hemsjukvård. I modellen antas att summan av andelarna i befolkningen som behöver hemsjukvård i ordinärt och särskilt boende är konstant i respektive åldersgrupp och kön. Relativt färre behöver således hemsjukvård i ordinärt boende i en kommun där en relativt stor del av befolkningen bor i särskilt boende och vice versa.

Modellen bygger på tillgänglig statistik från Socialstyrelsen över antal personer som är inskrivna i hemsjukvård i ordinärt boende och antal personer som bor i särskilt boende i kommuner som övertagit ansvaret för hemsjukvården i ordinärt boende. Den tillgängliga statistiken över omfattning och kostnader för hemsjukvård i ordinärt boende där landstinget har ansvaret är mycket

bristfällig. Antal besök och kostnader för besöken räknas ofta in i den ordinarie primärvården. För dessa landsting finns ingen rikstäckande statistik över antal inskrivna i hemsjukvård i ordinärt boende.

Vi har inte gjort någon differentiering av vårdtyngden eftersom de analyser vi kunnat göra indikerar att vårdtyngden inte skiljer sig mellan kön och olika åldersgrupper så att de påverkar beräkningarna. Vårdtyngden för hemsjukvård i ordinärt boende och i särskilt boende har därför antagits vara densamma inom varje ålderskategori och kön.

Modellen använder en schablonkostnad per inskriven patient i hemsjukvården.

Modellen bygger således på följande antaganden:

Antaganden:

1. Behov av samhällets insatser för sjukvård i hemmet är direkt relaterade till ålderskategori och kön.
2. Andelen invånare med behov av hälso- och sjukvård i hemmet inom respektive ålderskategori och kön är ungefär konstant oavsett boendeform. En minskning av andelen personer som bor i särskilt boende medför därmed en lika stor ökning av antalet personer som behöver hemsjukvård i ordinärt boende.
3. De kommuner som har övertagit ansvaret för hemsjukvård i ordinärt boende får tjäna som riktmärke för de samlade behoven av hemsjukvård i ordinärt och särskilt boende
4. Statistiken avser den hemsjukvård som kommunen ska ha ansvar för och inte sådan hemsjukvård som kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens.
5. Kostnader för hemsjukvård i ordinärt boende har beräknats med en schablonkostnad per inskriven.
6. Anhörigas del av insatser har antagits vara lika inom respektive ålderskategori och kön.
7. Mixen av olika patienters vårdtyngd för hemsjukvård i ordinärt boende har antagits vara densamma inom varje ålderskategori och kön.
8. Antal personer inskrivna i hemsjukvård har större betydelse för skatteväxlingen än variationer i kostnadsnivå per hemsjukvårdsbesök eller per inskriven.

9. Definitionen av begreppet ”inskriven i hemsjukvård i ordinärt boende” är densamma för alla som lämnat uppgifter till Socialstyrelsens statistik.

Behov av hemsjukvård i ordinärt boende

Källor för de värden som används i modellen är Socialstyrelsens statistik ”Äldre - vård och omsorg år 2002 samt Funktionshindrade personer år 2002, Kommunala insatser enligt socialtjänstlagen samt hälso- och sjukvårdslagen”. Uppgifter om antalet boende enligt lagen om särskilt stöd för funktionshindrade har inte tagits med i beräkningarna.

Tabell 1 visar den andel av befolkningen i respektive ålderskategori och kön som har hemsjukvård i ordinärt boende och särskilt boende. Medelvärde och max- och minimivärden i varje ålderskategori och kön framgår av tabellen.

Tabell 1. Andel av befolkningen som har hemsjukvård i ordinärt och särskilt boende i län där kommunerna har ansvaret för hemsjukvård

		Landsting Kronoberg	Skåne	Halland	Västra Götaland	Värmland	Örebro	Jämtland	Medel
w.64 år	Män	0,43 %	0,26 %	0,27 %	0,20 %	0,30 %	0,22 %	0,37 %	0,29 %
	Kvinnor	0,52 %	0,30 %	0,32 %	0,24 %	0,35 %	0,26 %	0,45 %	0,35 %
	S:a	0,47 %	0,28 %	0,29 %	0,22 %	0,32 %	0,24 %	0,41 %	0,32 %
65-74 år	Män	3,69 %	3,07 %	1,95 %	2,97 %	3,52 %	2,92 %	4,06 %	3,17 %
	Kvinnor	4,01 %	3,45 %	2,39 %	2,79 %	3,74 %	3,13 %	4,18 %	3,38 %
	S:a	3,86 %	3,27 %	2,18 %	2,87 %	3,64 %	3,04 %	4,12 %	3,28 %
75-84 år	Män	15,02 %	11,91 %	9,03 %	10,99 %	13,22 %	11,78 %	15,72 %	12,52 %
	Kvinnor	19,14 %	15,48 %	13,25 %	14,02 %	17,10 %	15,76 %	19,04 %	16,25 %
	S:a	17,32 %	13,98 %	11,41 %	12,74 %	15,45 %	14,11 %	17,60 %	14,66 %
85-w år	Män	44,20 %	38,14 %	36,38 %	36,65 %	42,26 %	38,85 %	45,67 %	40,31 %
	Kvinnor	61,20 %	50,70 %	46,56 %	47,82 %	54,09 %	48,70 %	55,58 %	52,09 %
	S:a	55,51 %	46,76 %	43,16 %	44,31 %	50,36 %	45,46 %	52,10 %	48,24 %
Totalt	Män	2,42 %	1,75 %	1,51 %	1,58 %	2,16 %	1,85 %	2,67 %	1,99 %
	Kvinnor	4,56 %	3,43 %	2,97 %	3,07 %	4,13 %	3,57 %	4,54 %	3,75 %
	S:a	3,49 %	2,60 %	2,24 %	2,33 %	3,15 %	2,72 %	3,60 %	2,88 %

	Max
	Min

Som framgår av tabell 1 har i genomsnitt minst andel av befolkningen under 65 år hemsjukvård i kommuner i Västra Götaland. I Hallands län är andelen minst för övriga ålderskategorier. Jämtland har den högsta andelen hemsjukvård i de flesta ålderskategorierna

både för män och kvinnor. Det finns dock ett enhetligt mönster som visar att avvikelserna från medelvärdet är måttliga för de flesta ålderskategorier. Tabellen bekräftar att antagandena 1 och 2 ovan är rimliga och att beräkningarna enligt antagandena 3, 5 och 8 ovan också bör vara rimliga. Vår bedömning är att antagandena om modellen väl kan tillämpas på landstings- och länsnivå men att skillnaderna kan vara stora för enskilda kommuner.

Modellens användning

Medelvärdet i tabell 1 över andelen personer i respektive ålderskategori och kön (kolumnen längst till höger) som behöver hemsjukvård i ordinärt och särskilt boende används i vår modell som norm för att beräkna antalet personer i en befolkning som behöver hemsjukvård i ordinärt boende samt kostnaderna för denna hemsjukvård. Beräkningarna sker enligt följande steg:

1. Normen multipliceras med faktisk befolkning i respektive åldersgrupp och kön i det län, kommun eller kommungrupp som man vill göra beräkningar för.
2. Från det framräknade totala antalet personer som behöver hemsjukvård drar vi bort faktiskt antal som bor i särskilt boende enligt statistiken (finns för alla kommuner).
3. Skillnaden mellan de båda framräknade värdena visar hur många personer som borde vara inskrivna i hemsjukvård i ordinärt boende om våra antagande stämmer.
4. För att få fram det belopp som ska skatteväxlas multipliceras det uppskattade antalet personer som borde vara inskrivna i hemsjukvård i ordinärt boende med en schablonmässig kostnad per inskriven patient.

Modellen kan användas för enskilda kommuner och för landsting. De olika variablerna ålderskategori, kön och typ av kommun kan användas för känslighetsanalyser. Både kommuner och landsting kan använda egna värden på t.ex. genomsnittskostnader i modellen.

Kostnader

Insatserna för hemsjukvård består i huvudsak av läkemedelshandling, insulingivning med penna, provtagning, vård i livets slut, sondmatning, såromläggning och lindning, stomiskötsel, katetervård, ordinerade stödstrumpor, trycksårsprofylax, vård av patienter med astma och palliativ vård.

Det är svårt att få uppgifter om kostnader för hemsjukvård. Sjuksköterskor, undersköterskor och andra personalkategorier har hemsjukvård som en del av sin övriga verksamhet och särredovisar inte insatserna för hemsjukvård. Det gäller både landsting och kommuner. I landstingen ingår kostnaderna som en del av primärvårdens kostnader och i kommunerna som en del av kostnaderna för hemtjänsten. Personal inom hemtjänsten utför ofta insatser för hemsjukvård i samband med hemtjänstinsatser. I bilaga 3 till betänkandet finns dock studier av hemsjukvårdens omfattning i kommuner och landsting som genomförts på uppdrag av Äldrevårdsutredningen.

Vi har i våra kalkyler antagit att ett hembesök av sjuksköterskor, undersköterskor, arbetsterapeuter, sjukgymnaster och logopeder kostar lika mycket oberoende av åtgärd. Vi har också antagit att anhörigas insatser är lika inom respektive ålderskategori och kön.

Den schablonmässiga kostnaden per patient inskriven i hemsjukvård i ordinärt boende är beräknad utifrån uppgifter från tre stadsdelar i Stockholm. Skälen till detta är att där finns välutvecklad statistik att tillgå samt att Stockholm har en stor andel av hemsjukvårdens volym i landet. Dessa stadsdelar har separata vårdavtal med Stockholms läns landsting avseende hemsjukvård i ordinärt boende. De inkluderar även läkarinsatser. Dessa utförs främst som mottagningsbesök på vårdcentralen. Kostnaden per inskriven och år har för dessa tre stadsdelar beräknats till i genomsnitt 43 800 kr. Uppgifter från Värmland och Jämtland som utgår från mätningarna (bilaga 3) av använd tid för hemsjukvård och med påslag för övriga kostnader ger 35 900 kr/inskriven för Värmland och 48 800 kr för Jämtland. Vi har i våra kalkyler använt en beräknad genomsnittskostnad på 43 500 kr per inskriven person i hemsjukvård. Se även bilaga 4.

Skatteväxlingens storlek

I tabell 2 redovisas hur stor skatteväxlingen skulle bli mellan de landsting och kommuner där landstingen ska överlämna ansvaret till kommunerna när beräkningsmodellen med de schabloniserade värdena används. I bilaga 4 finns fullständiga tabeller för alla 12 aktuella landsting där beräkningar enligt schabloniserade värden i modellen redovisas. Det är även möjligt att göra alternativa beräkningar med andra variabler som gäller för lokala förhållanden och för enskilda kommuner.

Tabell 2. Skatteväxlingens storlek enligt beräkningsmodellen

	Att skatteväxla mnkr	Antal skattekr.
Stockholms län	917,8	0,30
Sörmland	145,8	0,43
Östergötland	261,4	0,48
Jönköping	200,7	0,48
Kalmar	169,9	0,58
Blekinge	97,5	0,50
Västmanland	145,9	0,42
Dalarna	196,8	0,56
Gävleborg	196,3	0,55
Västernorrland	102,5	0,31
Västerbotten	120,8	0,37
Norrbotten	108,6	0,33
Totalt/medel	2664,0	0,38

Skillnaderna är relativt stora mellan länen. I Stockholm, Västernorrland, Västerbotten och Norrbotten bor en relativt stor andel av befolkningen i särskilt boende, vilket enligt vårt sätt att räkna medför att relativt färre behöver hemsjukvård i ordinärt boende.